

# Kwaliteitsrichtlijnen Palliatieve terminale zorg

in het verzorgingshuis

Arcares : brancheorganisatie verpleging & verzorging

**Arcares**





# **Kwaliteitsrichtlijnen Palliatieve terminale zorg**

**in het verzorgingshuis**

Deze publicatie is geschreven door Prismant in opdracht van Zon/Mw  
en uitgegeven door Arcares.



**Uitgave** Arcares : Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht : postbus 8258, 3503 RG Utrecht  
telefoon 030 273 93 93 : fax 030 273 97 87 : info@arcales.nl : www.arcales.nl

**Bestelling** Schriftelijk of per fax bij de receptie van Arcares  
postbus 8258, 3503 RG Utrecht : fax 030 273 97 87

**Prijs** leden Arcares: € 10,- : niet-leden € 20,- .  
Bij bestelling publicatienummer 02.030 en het gewenste aantal vermelden.

© *Arcares, oktober 2002*

*Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Arcares. Het gebruik van de tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.*

## Voorwoord

Voor u ligt de nota ‘Kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg in verzorgingshuizen’. De nota benoemt de in de terminale fase te onderscheiden doelen, de daarbij behorende subdoelen en voorwaarden voor goede en zorgvuldige palliatieve terminale zorg aan bewoners, cliënten en hun naasten.

De kwaliteitsrichtlijnen kunnen gebruikt worden om de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg (verder) te ontwikkelen en om de kwaliteit van deze zorg te toetsen.

De richtlijnen zijn in het kader van het project ‘Kwaliteitsverbetering terminale zorg in verzorgingshuizen’ door de adviseurs Julie Meerveld en Carolien Koning van de afdeling Zorgprocessen van Prismant ontwikkeld met financiering van Zon/Mw. De richtlijnen zijn tot stand gekomen in samenwerking met een aantal pilothuizen dat aan het project deelnam.

U kunt deze nota beschouwen als een werkboek. Het garanderen van kwalitatief goede palliatieve terminale zorg betekent in de praktijk dat gestreefd wordt naar een aantal doelen dat vooraf is opgesteld. In deze nota worden deze doelen aan de hand van subdoelen en voorwaarden uitgewerkt. Verder is er een aantal ‘handreikingen’ ontwikkeld; hulpmiddelen voor het vormgeven van kwaliteitsverbetering in de dagelijkse praktijk. In deze nota wordt op diverse plaatsen verwezen naar deze handreikingen. U kunt ze downloaden van het ledennet van Arcares en indien wenselijk aanpassen aan de eigen situatie.

Naast deze nota met kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg voor verzorgingshuizen is er ook een nota kwaliteitsrichtlijnen voor de verpleeghuizen ontwikkeld. Ondanks de verschillen die er zijn qua doelgroep, aanbod en organisatiestructuur, is er naar gestreefd beide nota’s zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

Deze kwaliteitsrichtlijnen bieden handvatten voor het (verder) ontwikkelen van de palliatieve terminale zorgverlening aan de eigen bewoners en de cliënten die voor deze zorg worden opgenomen op een gespecialiseerde unit. Daarnaast kan de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met deze richtlijnen getoetst worden.

Deze nota telt drie onderdelen. In de *Inleiding* wordt o.a. uiteengezet wat palliatieve terminale zorg inhoudt en hoe kwaliteitsrichtlijnen in kwaliteitssystemen van instellingen kunnen worden ingebed. In het onderdeel *Palliatieve terminale zorg* worden algemene doelen en voorwaarden behandeld. Voor verzorgingshuizen met een gespecialiseerde unit of aparte bedden wordt bovendien een aantal aanvullende doelen en voorwaarden aangereikt.

Tot slot wordt in het onderdeel *Toetsing* aangegeven hoe de kwaliteit van palliatieve terminale zorg met deze kwaliteitsrichtlijnen kan worden getoetst vanuit het perspectief van professionals en van bewoners/cliënten en naasten. U vindt hier ook de toetsingsinstrumenten.

In een aparte bijlage volgt een overzicht van de handreikingen die u op het ledennet van Arcares aantreft.

De kwaliteitsrichtlijnen sluiten aan op de diverse kwaliteitssystemen die in de sector gebruikt worden. Ze geven praktische invulling aan bestaande MIK-V en HKZ onderwerpen voor wat betreft deze bijzondere zorg en kunnen uiteraard geïntegreerd worden in uw eigen kwaliteitsbeleid.

Het is vanzelfsprekend dat waar in de tekst de hij-vorm wordt gehanteerd, ook 'zij' kan worden gelezen.

# Inhoudsopgave

Voorwoord 3

## **1 Inleiding 7**

- 1.1 Verantwoording 7
- 1.2 Wat is palliatieve terminale zorg? 7
- 1.3 Palliatieve terminale zorg in verzorgingshuizen 8
- 1.4 Gebruik kwaliteitsrichtlijnen: ontwikkelen en toetsen 8
- 1.5 Koppeling aan kwaliteitssystemen 9
- 1.6 Begripsverheldering 9
- 1.7 Opbouw 11

## **2 Palliatieve terminale zorg 13**

*Deel 1: Algemene doelen en voorwaarden*

- Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze
- Doel B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid
- Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund
- Doel D: De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt
- Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd
- Doel F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking

*Deel 2: Aanvullende doelen en voorwaarden voor gespecialiseerde palliatieve terminale zorg op een aparte unit of bij aparte bedden*

- Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden
- Doel H: De verwijzing van terminale cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen

## **3 Toetsing en toetsingsinstrumenten 59**

### **Bijlage 1: Overzicht handreikingen**



# 1 : Inleiding

## 1.1 Verantwoording

Prismant voert in opdracht van ZonMw het project ‘Kwaliteitsverbetering palliatieve terminale zorg in verzorgingshuizen’ uit. Het project is onderdeel van het programma palliatieve zorg van ZonMw.

De sector verzorgingshuizen heeft op basis van geïnventariseerde knelpunten enkele belangrijke speerpunten vastgesteld. Er zijn vier thema’s:

1. Professionalisering: palliatieve terminale zorg voor de eigen bewoners
2. Een unit voor terminale zorg
3. Kwaliteitsrichtlijnen
4. Deskundigheidsbevordering

Veertien verzorgingshuizen zijn geselecteerd als pilothuis. Een sterkte/zwakte analyse van palliatieve terminale zorgverlening vormde het startpunt van het traject. Voor meer informatie over de resultaten van het totale project wordt verwezen naar het werkboek ‘Aan de slag met palliatieve zorg’.

In deze nota worden de kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg (thema 3) uitgewerkt. Het gaat nadrukkelijk om richtlijnen. De nota biedt geen protocol, geen blauwdruk, maar een richtinggevend kader met praktische suggesties. Verzorgingshuizen kunnen aan de hand van de kwaliteitsrichtlijnen zelf de kwaliteit van palliatieve terminale zorg toetsen en verbeteren; zowel voor de eigen bewoners als voor cliënten op een aparte unit.

## 1.2 Wat is palliatieve terminale zorg?

Een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod van verzorgingshuizen is palliatieve terminale zorg. De WHO omschrijft deze zorg als:

*‘Palliatieve zorgverlening is de continue, actieve en integrale zorg voor patiënten en hun familie door een interdisciplinair team op het moment dat medisch gezien geen genezing meer wordt verwacht. Het doel van palliatieve zorg is de hoogst mogelijke kwaliteit van leven, zowel voor de patiënt als zijn familie, waarbij de patiënt wordt benaderd als een gelijkwaardige en medeverantwoordelijke partner. Palliatieve zorg beantwoordt aan fysieke, psychologische, sociale en spirituele behoeften. Zo nodig strekt de zorg zich uit tot steun bij rouwverwerking’*

### **1.3 Palliatieve terminale zorg in verzorgingshuizen**

Verzorgingshuizen richten zich bij het geven van palliatieve terminale zorg grofweg op twee doelgroepen: de eigen verzorgingshuisbewoners en terminale cliënten die speciaal voor deze vorm van zorg worden opgenomen.

Bij het verlenen van palliatieve terminale zorg in het verzorgingshuis wordt er van uitgegaan dat aan drie vooronderstellingen is voldaan, namelijk:

- De zorg die vóór de terminale fase wordt gegeven is vanzelfsprekend ook van goede kwaliteit en vastgelegd in o.a. een zorgplan.
- Het verzorgingshuis heeft een visie op terminale zorg en deze visie staat op schrift.
- De terminale fase gaat in als de (huis)arts heeft geconstateerd dat de dood binnen afzienbare tijd (max. dertien weken met een evenredige verlenging van dertien weken) zijn intrede zal doen. De palliatieve fase gaat in als curatieve fase voorbij is.

De meest actuele informatie over (andere) vormen en ontwikkelingen van palliatieve terminale zorg zijn te vinden op de website van het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten Nederland (NPTN): [www.palliatief.nl](http://www.palliatief.nl).

### **1.4 Gebruik kwaliteitsrichtlijnen: ontwikkelen en toetsen**

De kwaliteitsrichtlijnen in deze nota kunnen op twee manieren gebruikt worden. Allereerst uiteraard voor de (verdere) ontwikkeling van de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg. Daarnaast kan met behulp van de kwaliteitsrichtlijnen de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg getoetst worden. Denk hierbij aan:

- De zorg voor de eigen bewoners met een beperkte levensverwachting.
- De zorg voor terminale cliënten die met een zeer beperkte levensverwachting worden opgenomen in het verzorgingshuis, of op een speciale unit of een apart bed van het verzorgingshuis.
- Het transparant maken van de kwaliteit van palliatieve terminale zorg naar samenwerkingspartners en de buitenwereld.

Er kan zowel een toetsing plaatsvinden bij de professionals van het verzorgingshuis als bij bewoners/cliënten of familieleden/naasten. Bij doel I Toetsing en in handreiking 21 op het ledennet wordt hier nader op ingegaan.

### **1.5 Koppeling aan kwaliteitssystemen**

De kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg hebben een directe relatie met de gangbare kwaliteitssystemen in de verzorgings- en verpleeghuissector. In aansluiting op de Kwaliteitswet zorginstellingen en het branchebeleid werken de meeste zorginstellingen momenteel aan het opbouwen van een kwaliteitssysteem. Door verzorgingshuizen wordt op grote schaal gebruik gemaakt van het HKZ schema voor Verzorgingshuizen. In een aantal gevallen wordt als structurerend kader gebruik gemaakt van het MIK-V. De kwaliteitsrichtlijnen voor palliatieve terminale zorg uit deze nota sluiten hierop aan. Zij geven invulling aan bestaande HKZ en MIK-V onderwerpen voor wat betreft deze bijzondere zorg.

Met betrekking tot HKZ-V kunnen genoemd worden: de zorgvisie en privacy/bejegening (2.4, 2.5, 4.4), werken met zorgplannen (2.2, 4.11), informatieverstrekking (1.3, 2.1) afstemming en ketenzorg (2.3, 4.18.4, 4.23, 8.2), professioneel handelen (2.6, 2.7, 4.7), deskundigheid medewerkers (5.3) en vrijwilligersbeleid (5.5), en de fysieke omgeving (7.3). Daarnaast wordt nadrukkelijk invulling gegeven aan belangrijke principes van kwaliteitsmanagement, namelijk het uitvoeren van interne beoordelingen en het doen van waarderingsonderzoeken bij cliënten en medewerkers (4.3, 3.1, 4.12, 5.10).

*De zorg voor verzorgenden* in deze richtlijnen is evenwel een aanvullende norm.

Met betrekking tot het MIK-V kunnen genoemd worden: de zorgvisie (veld 3), nadrukkelijk alle elementen van het multidisciplinair werken (veld 7), informatieverstrekking (4-2), vormgeving woon/verblijfsomgeving en invulling zorgklimaat (6-6,7), de inzet van professionals en vrijwilligersbeleid (6-2,3,4), elementen uit veld 8 betreffende procedures en werkwijzen, en uit veld 11 betreffende deskundigheid medewerkers en vrijwilligers. Daarnaast wordt nadrukkelijk invulling gegeven aan belangrijke principes van kwaliteitsmanagement, namelijk het uitvoeren van interne beoordelingen, en het doen van waarderingsonderzoeken bij cliënten en medewerkers (2-7, 2-8, 2-11).

*De zorg voor verzorgenden* is een extra norm, evenals *de samenwerking met ketenpartners*.

## 1.6 Begripsverheldering

Hieronder vindt u in alfabetische volgorde een omschrijving van een aantal in deze nota gehanteerde begrippen.

### *Contactverzorgende*

Verzorgende die het eerste aanspreekpunt is voor de bewoner/cliënt en zijn naasten en die verantwoordelijk is voor de continuïteit in en uitvoering van het zorgplan.

### *COPZ*

COPZ is een Centrum Ontwikkeling Palliatieve Zorg. Er zijn zes centra waarin universiteiten én plekken waar palliatieve zorg in ontwikkeling/uitvoering is, samenwerken aan de verdere ontwikkeling, onderwijs en onderzoek.

### *Gespecialiseerde palliatieve terminale zorg*

Palliatieve zorg voor terminale cliënten, die met een beperkte levensverwachting van dertien<sup>1</sup> weken (met een evenredige verlenging van dertien weken) op een apart bed c.q. een speciale unit van het verzorgingshuis worden opgenomen.

### *Markeringsgesprek*

Een gesprek dat plaatsvindt tussen de bewoner/cliënt, familie en een of meerdere leden van het zorgteam om stil te staan bij belangrijke veranderingen in het ziektebeloop en/of overgangen naar het stervensproces. Dit vindt plaats kort na de opname of op het moment dat het begin van het terminale stadium wordt vastgesteld.

### *Medewerker*

Een persoon die een aandeel levert in de terminale zorg die gegeven wordt in het verzorgingshuis. Dit kunnen verschillende personen zijn te weten: verzorgenden, verpleegkundigen, geestelijke verzorger, huishoudelijke assistenten, mensen die ingezet worden vanuit een ID-baan (voorheen Melkertbaan), vrijwilligers, technische dienst keukenspersoneel, etc.

---

<sup>1</sup> De grens van dertien weken is gekozen vanwege financiële afspraken rondom de toegang tot de zorg en niet vanwege zorginhoudelijke overwegingen.

#### *Naasten/mantelzorg*

Iedereen die betrokken is bij de cliënt/bewoner en die relaties met hem onderhoudt. Dit kan zijn: partner, kinderen, ouders, broers en zusters, maar ook goede vrienden, kennissen en burens.

#### *Netwerk palliatieve terminale zorg*

Regionaal samenwerkingsverband voor palliatieve terminale zorg met ziekenhuis, verpleeghuis, andere verzorgingshuizen, thuiszorg, hospice, bijna-thuis-huis, huisarts, vrijwilligers en integraal kankercentrum.

#### *Palliatieve terminale zorg voor eigen bewoners*

Palliatieve zorg voor eigen bewoners van het verzorgingshuis voor wie het levenseinde binnen afzienbare tijd in het gezichtsveld komt.

#### *Samenwerkingspartners*

Instellingen en hulpverleners waarmee het verzorgingshuis samenwerkt (al dan niet in de vorm van een netwerk) bij de ontwikkeling en het aanbieden van terminale zorg: huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgenden, vrijwilligers, pastores, dominees, indicatieorgaan, enz.

#### *Zorgcoördinator*

De persoon die de zorg rondom een specifieke bewoner/cliënt coördineert. Dit kunnen verschillende zorgverleners zijn zoals bijvoorbeeld een contactverzorgende, een leidinggevende, een eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV-er) etc.

### **1.7 Opbouw**

In het volgende onderdeel van de nota worden de kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg verder uitgewerkt.

#### **Deel 1:**

Hier komen de zes *algemene* doelen van palliatieve zorg (A t/m F) voor bewoners en cliënten, hun naasten en medewerkers aan bod. Bij elk doel worden subdoelen en voorwaarden die nodig zijn om doelstellingen te bereiken uitgewerkt.

## **Deel 2:**

Hier worden *aanvullende* doelen van gespecialiseerde palliatieve zorg (G en H) gepresenteerd voor verzorgingshuizen met een aparte unit c.q. aparte bedden. Ook hier worden subdoelen en voorwaarden die nodig zijn om doelstellingen te bereiken uitgewerkt.

Na dit onderdeel volgt het onderdeel *Toetsing*. De kwaliteitsrichtlijnen kunnen gebruikt worden om de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg te toetsen (zie I).

**In de kwaliteitsrichtlijnen wordt (bijvoorbeeld voor procedures, gesprekken en speciale situaties in de zorg) verwezen naar de handreikingen. Deze handreikingen, die hulpmiddelen/voorbeeldinstrumenten zijn bij het ontwikkelen en toetsen van palliatieve terminale zorg, zijn te vinden op het ledennet van Arcares. U kunt deze handreikingen downloaden en aanpassen aan de eigen situatie.**

## 2 : Palliatieve terminale zorg

### **Deel 1: Algemene doelen en voorwaarden**

- Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze
- Doel B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid
- Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund
- Doel D: De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt
- Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd
- Doel F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking



**Doel A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze**

**Subdoel:**

**De bewoner heeft een markeringsgesprek met de contactverzorgende; gesprekspunten (handreiking 2) komen aan de orde.**

**Voorwaarden:**

1. Informeren (on)mogelijkheden verzorgingshuis
2. Eerste gesprek van zorgcoördinator met bewoner/cliënt
3. (Kennismakings)gesprek (huis)arts met bewoner/cliënt en naasten.



**Doel A:** *De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze*

**Subdoel:**

**De bewoner heeft een markeringsgesprek met de contactverzorgende; gesprekspunten (handreiking 2) komen aan de orde:**

- De bewoner/cliënt krijgt bij het ingaan van de terminale fase een gesprek met de contactverzorgende over het einde van het leven, speciale wensen en andere afspraken over de zorg.
- Naasten hebben aan het begin van de terminale fase een gesprek met de contactverzorgende; zie gesprekspunten (handreiking 2).
- De bewoner/cliënt heeft een gesprek met de (huis)arts; zie gesprekspunten (handreiking 3).
- Naasten hebben aan het begin van de terminale fase een gesprek met de (huis)arts; zie gesprekspunten (handreiking 3).
- De bewoner/cliënt voelt zich welkom op een manier die op hem persoonlijk is afgestemd.
- De bewoner/cliënt heeft de informatie waarom hij vraagt over het verzorgingshuis.
- De bewoner/cliënt heeft de informatie waarom hij vraagt over zijn eigen situatie.
- De bewoner/cliënt weet bij welke medewerkers hij terecht kan met vragen.
- De bewoner/cliënt ervaart dat hij de regie van zijn leven in eigen hand heeft en is op de hoogte van de (on)mogelijkheden (zie handreiking 2) van het verzorgingshuis.
- De verzorgingshuismedewerkers hebben de informatie van de bewoner/cliënt om zorg op maat te leveren.

## **Voorwaarden bij doel A**

- 1. Voor de opname, bij het ingaan van de terminale fase, informeert de zorgcoördinator van het verzorgingshuis de bewoner en naasten over de mogelijkheden van (gespecialiseerde) terminale zorg in het verzorgingshuis.**
  - Dit gebeurt in een gesprek bij de start van de terminale fase, tenzij de situatie spoedeisend is. Gesprekspunten bij voorbezoek/rondleiding of markeringsgesprek: zie handreiking 1.
  - De zorgcoördinator legt de gegevens en de indrukken uit het voorbezoek/markeringsgesprek dan wel telefonische contacten vast in het opnameformulier/zorgdossier (handreiking 7). Hij zorgt ervoor dat dit formulier uiterlijk de dag na het gesprek of op de dag van de opname beschikbaar is.
  
- 2. Op de dag van opname heeft de zorgcoördinator een eerste gesprek met de bewoner/cliënt en zijn naasten.**
  - Gesprekspunten: zie handreiking 2.
  - De zorgcoördinator verwerkt de gegevens van het opnamegesprek en het opname/markeringsgespreks-formulier volgens afspraak in een voorlopig (aangepast) zorgplan. De zorgcoördinator en de arts schakelen de uitvoerende disciplines in die zij noodzakelijk achten.
  - Het voorlopige/aangepaste zorgplan wordt uiterlijk binnen één week in het zorgteam besproken.
  
- 3. De (huis)arts heeft een (kennismakings)gesprek met de bewoner/cliënt en de naasten.**
  - Het gesprek met de naasten vindt plaats samen met de bewoner/cliënt, tenzij de bewoner/cliënt niet aanspreekbaar is of toestemming heeft gegeven voor een apart gesprek tussen de (huis)arts en de naasten.
  - Bij minder ernstig zieke bewoners/cliënten heeft de (huis)arts in ieder geval binnen één week een kennismakingsgesprek/markeringsgesprek met de cliënt/bewoner en de naasten. Gesprekspunten: zie handreiking 3.
  - Bij kortdurende terminale zorg neemt de arts een anamnese af en doet hij een probleemgerichte lichamelijke screening.

- Samen met een uitvoerende discipline inventariseert de (huis)arts mogelijke complicaties. Het is duidelijk op welke wijze de verzorgenden deze symptomen bij een bewoner/cliënt kunnen meten/observeren (zie bijvoorbeeld het pijnmetingsinstrument in handreiking 17).
- De (huis)arts rapporteert over de wensen van de cliënt/bewoner en de naasten. Deze wensen worden op de afgesproken wijze in het zorgplan verwerkt.



**Doel B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid**

**Subdoelen:**

1. De bewoner/cliënt voelt zich gerespecteerd
2. De bewoner/cliënt voelt zich niet ‘overheerst’ door symptomen die een gevolg zijn van zijn ziekte of de terminale fase waarin hij zich bevindt. Ze mogen hem niet belemmeren zijn leven in waardigheid en eigenheid te voltooien
3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat geregeerd wordt op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium
4. De bewoner/cliënt ervaart dat de activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen

**Voorwaarden:**

1. Flexibiliteit
2. Wensen rondom overlijden
3. Eigen kamer of aanpassing van de kamer naar eigen voorkeur en gewoonte
4. Rust, privacy, structuur en veiligheid
5. Medewerkers op de hoogte van (dreigende) problemen
6. Bezoek levensbeschouwelijke medewerkers, geestelijk verzorger
7. Ruimte voor levensbeschouwelijke gebruiken
8. Bespreken effecten behandeling en begeleiding
9. Verstrekken informatie over gang van zaken voor en na overlijden



***B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid***

**Subdoelen**

**1. De bewoner/cliënt voelt zich gerespecteerd.**

- Hij ervaart dat de zorg is afgestemd op zijn wensen en verwachtingen.
  - De bewoner/cliënt maakt aanvullende afspraken met de contactverzorgende over de inhoud van het zorgplan; bijvoorbeeld over eten, verzorging, begeleiding, welzijn, afleiding en bezoek.
- Hij is (indien hij dat wenst) op de hoogte van de symptomen die (kunnen) optreden.
- Hij ervaart dat medewerkers hem professioneel en respectvol benaderen.
- De bewoner blijft in zijn eigen kamer/appartement of blijft in de eigen omgeving.

**2. De bewoner/cliënt voelt zich niet ‘overheerst’ door de symptomen die een gevolg zijn van zijn ziekte of de terminale fase waarin hij zich bevindt. Zij mogen hem niet belemmeren zijn leven in waardigheid en eigenheid te voltooien.**

- Belemmerende symptomen zijn bijvoorbeeld: verwardheid, depressiviteit, angst, pijn, benauwdheid, bewustzijnsverlaging, misselijkheid, obstipatie, decubitus en uitdroging.

**3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium**

- Hij ervaart dat hij en zijn naasten tijdig hulp (van psychosociale, levensbeschouwelijke dan wel lichamelijk aard) krijgt. De bewoner/cliënt krijgt deze hulp van verzorgingshuismedewerkers of van hulpverleners van externe instanties, zoals (huis)arts, RIAGG, maatschappelijk werk, specialist en pastoraal werk.

**4. De bewoner/cliënt ervaart dat de activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.**

- Hij ervaart dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten.
- Hij weet dat de (huis)arts verantwoordelijk is voor de inhoud van de medische zorg.

- Hij weet wie zijn contactverzorgende is.
- Hij weet wie het hoofd van de werkeenheid/afdeling/team is.
- Hij ervaart dat uitvoerende disciplines niet onnodig dezelfde dingen vragen en dat hun adviezen op elkaar aansluiten.

### ***Voorwaarden bij doel B***

#### **1. Medewerkers hanteren het huisreglement flexibel.**

- In het opnamegesprek/zorgplangesprek informeert de zorgcoördinator bij de bewoner/cliënt en de naasten naar speciale wensen omtrent de leefgewoonten/leefstijl en bespreekt de (on)mogelijkheden (handreiking 2). Voorbeelden zijn: het meenemen van huisdieren, afspraken rondom bezoek, wensen en culturele gewoontes rondom de maaltijden.
- In het eerste teamoverleg bespreken de medewerkers deze speciale wensen en maken afspraken over de leefstijl. De zorgcoördinator verwerkt deze afspraken binnen de afgesproken termijn in het zorgplan.
- De zorgcoördinator bespreekt de afspraken over de leefstijl regelmatig met de bewoner/cliënt en de naasten. Hij rapporteert op de afgesproken wijze en zorgt ervoor dat andere betrokken zorgverleners op de hoogte zijn. Bijstellingen worden op de afgesproken wijze genoteerd; bijvoorbeeld in het zorgplan (handreiking 7).

#### **2. De zorgcoördinator gaat samen met bewoner/cliënt en naasten in op de gang van zaken vlak voor en na het overlijden.**

- Gesprekspunten vlak voor en na het overlijden: zie handreiking 4.
- Op verzoek van de bewoner/cliënt wordt contact gelegd met mensen die de bewoner/cliënt graag wil zien.
- De bewoner/cliënt weet dat zijn wensen (al dan niet vastgelegd in een verklaring) m.b.t. de zorg en behandeling rondom het levenseinde (levenswensverklaring, euthanasieverklaring) binnen de professionele verantwoordelijkheden van de medewerkers worden gehonoreerd.

#### **3. Medewerkers nodigen de bewoner/cliënt en naasten uit om de inrichting aan te passen naar eigen gewoonte en voorkeur.**

- Voor eigen bewoners geldt dat de inrichting van het appartement tijdens de terminale fase zo veel mogelijk in tact gelaten wordt; dit in overeenstemming met de af-

spraken die zijn gemaakt met de bewoner/cliënt in de zorgovereenkomst (zie ook punt 1 hierboven).

- 4. Alle betrokken zorgverleners/disciplines zijn (naar de aard van hun functie) op de hoogte van de problemen in de terminale fase en beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en attitude om hiermee om te gaan.**
  - De verzorgende voert zondig een pijnanamnese uit en overlegt over de uitslag hiervan met de (huis)arts.
  - De verzorgende inventariseert en observeert de problemen en overlegt hierover met de (huis)arts (zie problemenlijst in handreiking 18).
- 5. Indien de bewoner/cliënt dit wenst, bezoekt de geestelijk verzorger de bewoner/cliënt in de eerste dagen van de opname of in de eerste dagen na de markering van de terminale fase.**
- 6. Alle betrokken zorgverleners/disciplines geven de bewoner/cliënt op een open manier de gelegenheid om levensbeschouwelijke gebruiken op eigen wijze uit te voeren.**
  - Alle betrokken zorgverleners/disciplines zijn op de hoogte van de levensbeschouwelijke overtuiging van de bewoner/cliënt en de daarbij behorende gebruiken.
  - Alle betrokken zorgverleners/disciplines zijn zich bewust van de levensbeschouwelijke vragen die de verwerking van het sterven met zich mee brengt en beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en attitude om hiermee om te gaan.
  - Er is een plaats waar de bewoner/cliënt ongestoord kan verblijven bij het voldoen aan levensbeschouwelijke behoeften, gebruiken of plichten.
- 7. Gedurende de opname/terminale zorgfase bespreken de uitvoerende disciplines de effecten van de gegeven behandeling en begeleiding met de bewoner/cliënt en de (contactpersoon van de) naasten zo vaak als de bewoner/cliënt daar behoeften aan heeft en de disciplines dat nodig achten.**
  - De (huis)arts bezoekt de bewoner/cliënt en naasten zo vaak als de bewoner/cliënt en de arts dat zelf nodig achten.
  - Bij onverwacht verloop of complicaties overlegt de (huis)arts met de bewoner/cliënt en de contactpersoon van de naasten over het beleid en over het moment waarop eventueel nieuw beleid (bijv. medicatiebeleid) wordt ingezet.

- De (huis)arts bespreekt de gemaakte afspraken met de zorgcoördinator en rapporteert ze op de afgesproken wijze. De zorgcoördinator bespreekt ze met de andere uitvoerende disciplines. Bijstellingen worden op de afgesproken wijze in het zorgplan genoteerd.
- De zorgcoördinator overlegt met de bewoner/cliënt en de naasten over wijzigingen in de niet medische zorg. Hij bespreekt de gemaakte afspraken met de uitvoerende disciplines en verwerkt ze op de afgesproken wijze in het zorgplan.

## **Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund**

### **Subdoelen:**

- 1. De naasten blijven de goede en de verdrietige momenten met de bewoner/cliënt delen indien de bewoner/cliënt en de naasten dat wensen.**
- 2. De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.**
- 3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van de ziekte.**
- 4. De naasten ervaren dat de activiteiten van de uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.**

### **Voorwaarden:**

1. Naasten geen werkzaamheden uit handen nemen
2. Aandacht voor oververmoeidheid naasten.
3. Bewoner/cliënt en naasten desgewenst in contact brengen met lotgenoten.



**Doel C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund**

**Subdoelen:**

**1. De naasten blijven de goede en de verdrietige momenten met de bewoner/cliënt delen indien de bewoner/cliënt en de naasten dat wensen**

- Naasten voelen dat ze de zorg aankunnen en raken niet oververmoeid.
- Ze blijven betrokken bij het sterven van de bewoner/cliënt (op een afstand dan wel bij de gehele, dagelijkse zorg) en verrichten werkzaamheden die ze willen en kunnen verrichten (handreiking 2).
- Ze blijven desgewenst dichtbij de bewoner/cliënt en zijn op de hoogte van de mogelijkheden (handreiking 2, punt 1).

**2. De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers**

- Ze ervaren dat de zorg ook op hun wensen en verwachtingen is afgestemd mits deze zorg niet haaks staat op de wensen van de bewoner/cliënt.
- Ze zijn op de hoogte van de inhoud van het zorgplan indien de bewoner/cliënt dat wenst. De informatie betreft de inhoud van het eerste plan en bijstellingen.
- Ze zijn desgewenst op de hoogte van de symptomen die (kunnen) optreden.
- Ze kunnen hun verblijf na overleg met de bewoner/cliënt en de contactverzorgende zoveel mogelijk op eigen wijze invullen en zijn op de hoogte van de (on)mogelijkheden (handreiking 2).
  - Ze voelen zich niet te veel belemmerd door huisregels.
  - Ze hebben geen overmatige last van bezoek van naasten van andere bewoners/cliënten.
  - Ze kunnen zich terugtrekken in een spreekkamer en/of logeerkamer/familiekamer/stiltecentrum.
- Ze ervaren dat medewerkers hen professioneel en respectvol benaderen.
  - Ze voelen dat ze zichzelf mogen zijn.
  - Ze merken dat er zoveel mogelijk aan hun wensen wordt tegemoet gekomen.
  - Wanneer ze niet willen erkennen dat de bewoner/cliënt stervende is passen medewerkers hun houding hierop aan.
  - Ze uiten hun emoties over het sterven van de bewoner/cliënt indien ze dat wensen.

**3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van de ziekte.**

- Ze ervaren dat de bewoner/cliënt tijdig hulp (van psychosociale, levensbeschouwelijke dan wel lichamelijke aard) krijgt.
- Ze ervaren dat ze, indien ze deze wensen, zelf tijdig begeleiding (van psychosociale dan wel levensbeschouwelijke aard) krijgen. Ze krijgen deze begeleiding van verzorgingshuismedewerkers of van hulpverleners van externe instanties, zoals (huis)arts, RIAGG, maatschappelijk werk, specialist en pastoraal werk.

**4. De naasten ervaren dat de activiteiten van uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.**

- Ze ervaren dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten.
- Ze weten dat de (huis)arts verantwoordelijk is voor de inhoud van de medische zorg. Ze weten bovendien wie de contactverzorgende en het hoofd van de werkeenheden/afdeling/team is.
- Ze ervaren dat de uitvoerende disciplines niet onnodig dezelfde dingen vragen en dat hun adviezen op elkaar aansluiten.

***Voorwaarden bij doel C***

**1. Medewerkers nemen de naasten geen werkzaamheden uit handen die ze zelf willen en kunnen verrichten.**

- Medewerkers nodigen de naasten uit om gedurende de hele terminale fase zoveel mogelijk bij de zorg betrokken te blijven, uitgaande van de wensen en mogelijkheden van de bewoner/cliënt en de naasten zelf. Medewerkers bespreken met de naasten de mogelijkheden (handreiking 2 punt m).

**2. Medewerkers hebben aandacht voor het risico van oververmoeidheid van de naasten.**

- Ze attenderen hen op de mogelijkheid om te verblijven in het verzorgingshuis (op een logeerbed of in een logeerkamer).
- Ze attenderen hen op de mogelijkheid om te eten in het verzorgingshuis (tegen betaling).

- Ze attenderen hen op de mogelijkheid om te werken met een aanwezigheidsrooster.
- Ze attenderen hen op de mogelijkheid om de was van de bewoner/cliënt te laten doen.

**3. Medewerkers stimuleren de bewoners/cliënten en naasten die lotgenotencontact op prijs stellen om dit contact te zoeken.**

- De zorgcoördinator/contactverzorgende stelt de geïnteresseerde bewoners/cliënten en familieleden/naasten aan elkaar voor (in bijvoorbeeld de huiskamer).
- De zorgcoördinator/contactverzorgende attendeert de bewoner/cliënt en naasten op de mogelijkheden tot lotgenotencontact in speciale bijeenkomsten die door het verzorgingshuis worden georganiseerd.



**Doel D: De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt**

**Subdoelen:**

- 1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers.**
- 2. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene.**

**Voorwaarden:**

1. Ingaan op wensen rondom opbaren.
2. Een luisterend oor voor reacties van nabestaanden.
3. Peilen van behoefte aan ondersteuning .



**Doel D:** *De naasten worden ondersteund en begeleid bij en na het overlijden van de bewoner/cliënt*

**Subdoelen:**

**1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers.**

- Ze ervaren in de eerste uren na het overlijden dat ze hun emoties en reacties met de betrokken contactverzorgende en/of een maatschappelijk werker, pastoor of vrijwilliger kunnen bespreken.
- Ze zijn op de hoogte van de gang van zaken vlak voor en na het overlijden. Gesprekspunten (handreiking 4) komen aan de orde.
- Ze kijken desgewenst met de contactverzorgende terug op het verblijf in het verzorgingshuis.
- Ze kijken desgewenst met de (huis)arts terug op de symptomen en de gegeven behandeling.
- Ze houden desgewenst ook op langere termijn contact met het verzorgingshuis (handreiking 5) volgens vaste structuren (bijvoorbeeld herdenkingsdiensten, evaluatiegesprekken) en op afspraak (bijvoorbeeld voor een evaluatiegesprek).

**2. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene.**

- Ze weten welke werkzaamheden ze zouden kunnen verrichten (handreiking 4).
- Ze ervaren dat er rekening wordt gehouden met specifieke wensen die voortvloeien uit een bepaalde levensovertuiging/religie.

**Voorwaarden bij doel D**

**1. De medewerkers gaan uit van de wensen en (culturele) gewoontes van de bewoner/cliënt en zijn naasten rondom het opbaren.**

**2.. In de eerste uren na het overlijden is er een luisterend oor voor de vele verschillende vormen van reacties en emoties van naasten.**

- Een medewerker van een betrokken discipline of een vrijwilliger is aanwezig om de eerste emoties met naasten te delen. De gesprekspunten (handreiking 4) komen aan de orde.

### **3 De bij het overlijden betrokken medewerker gaat na of de nabestaanden behoefte hebben aan ondersteuning van het verzorgingshuis op langere termijn.**

- De bij het overlijden betrokken medewerker van een uitvoerende discipline rapporteert over de situatie rondom het overlijden en de wensen van de nabestaanden omtrent de nazorg.
- Afspraken omtrent de activiteiten voor nazorg op korte en langere termijn worden in de teambespreking of in de eerstvolgende overdracht gemaakt (handreiking 5). Eventuele nazorg op langere termijn (bijvoorbeeld herdenkingsdiensten) is bedoeld voor nabestaanden met een klein netwerk en/of nabestaanden die het verlies moeilijk alleen kunnen verwerken. De zorgcoördinator noteert ze binnen de afgesproken termijn in het zorgplan.

**Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd**

**Subdoelen:**

1. De medewerkers voelen zich gesteund door hun collega's.
2. De medewerkers voelen zich gesteund door hun leidinggevenden, directie en bestuur.
3. De medewerkers voelen zich toegerust voor hun taken.

**Voorwaarden:**

1. Voldoen aan kwalificaties
2. Beschikbaarheid technische hulpmiddelen
3. Attitude
4. Deskundigheidsbevordering
5. Onderlinge steun van medewerkers
6. Begeleiding van medewerkers
7. Begeleiding en ondersteuning van vrijwilligers
8. Personeelsbezetting
9. Taakverdeling professionals – vrijwilligers



**Doel E: De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd**

**Subdoelen:**

- 1. De medewerkers voelen zich gesteund door hun collega's.**
- 2. De medewerkers voelen zich gesteund door hun leidinggevenden, directie en bestuur.**
- 3. De medewerkers voelen zich toegerust voor hun taken.**

**Voorwaarden bij doel E**

- 1. Medewerkers die zorgen voor palliatieve terminale cliënten voldoen aan specifieke kwalificaties.**
  - Specifieke kwalificaties: zie handreiking 12.
- 2. De directie ziet erop toe dat de benodigde technische hulpmiddelen beschikbaar zijn en door de uitvoerende disciplines gebruikt kunnen worden.**
  - De directie zorgt ervoor dat technische hulpmiddelen, die passen in het beleid van het huis en bij de vraag van de cliënt, beschikbaar zijn. De leidinggevende ziet hierop toe.
  - De directie zorgt ervoor dat de betrokken disciplines met de hulpmiddelen kunnen omgaan. Het hoofd van de werkeenheid ziet hierop toe.
- 3. Medewerkers hebben de juiste attitude jegens de bewoner/cliënt en de naasten.**
  - Aspecten van attitude: zie handreiking 12.

**4. Het verzorgingshuis biedt 'nieuwe' en reeds in het verzorgingshuis werkzame medewerkers ondersteuningsmogelijkheden aan om hun deskundigheid (kennis, vaardigheden) en hun attitude omtrent terminale zorg te verbeteren.**

- Mogelijkheden ter ondersteuning van de deskundigheidsbevordering: zie handreiking 13 en 14.

**5. Medewerkers steunen elkaar.**

- Medewerkers weten wanneer ze hun eigen grenzen bereikt hebben en kunnen dit aangeven.
- Zij zien wanneer een collega het niet 'trekt' en spreken hem daarop aan. Ze nemen, in overleg, desgewenst zijn werk over.
- Zij bespreken met elkaar twijfels en emoties en geven elkaar tips (zie handreiking 14).
- Zorgverleners, medewerkers van ondersteunende diensten en vrijwilligers hebben ook aandacht voor elkaars gevoelens bij het verlenen van de terminale zorg.

**6. Medewerkers worden begeleid.**

- De leidinggevende stimuleert een klimaat waarin medewerkers hun persoonlijke vragen en twijfels durven te bespreken.
- De leidinggevende ziet erop toe dat:
- Medewerkers niet oververmoeid raken en moedigt hen aan om voor eigen ontspanning te zorgen.
- Er regelmatig momenten zijn waar besproken kan worden hoe medewerkers in de zorg staan. Bespreekmomenten kunnen zijn:
  - . De dagelijkse overdracht.
  - . Evaluatiegesprekken na het overlijden van een bewoner/cliënt.
  - . De zorgteambespreking.
  - . De werkbespreking/intervisie.
  - . Persoonlijke gesprekken met contactpersoon of persoon van eigen voorkeur.
- De directie zorgt desgevraagd voor externe professionele begeleiding.

**7. Vrijwilligers die betrokken zijn bij de terminale zorg worden apart begeleid en ondersteund.**

- De directie ziet erop toe, dat één medewerker (de zorgcoördinator) verantwoordelijk is voor:
  - . Een apart scholingsprogramma voor vrijwilligers.
  - . Een algemene introductie in het verzorgingshuis.
  - . Een inwerkperiode in de terminale zorg.
  - . Evaluatiegesprekken.
  - . Ondersteuning en counseling.
  - . Begeleiding door middel van (bijvoorbeeld) informatie over wijzigingen in de zorg, over verandering in afspraken, etc. De begeleiding heeft een structureel en blijvend karakter.

#### **8. De directie zorgt voor een goede personeelsbezetting.**

- De directie van het verzorgingshuis gaat na of de formatie kwalitatief en kwantitatief voldoende is en zoekt, indien nodig, naar extra middelen voor uitbreiding van de formatie.
- De directie realiseert randvoorwaarden voor consultatie van externe deskundigen door eigen medewerkers.
- De leidinggevende zorgt ervoor dat het rooster voor de bereikbaarheidsdiensten overdag, in de avond en gedurende de nacht bekend is.
- De leidinggevende ondersteunt de teams waar nodig.
- De leidinggevende zorgt (zodanig) voor informatie over vrijwilligers die bij piekbelasting en/of bij een specifieke bewoner/cliënt 24 uur per dag bereikbaar zijn, zodat deze makkelijk opgeroepen kunnen worden.

#### **9. Indien vrijwilligers palliatieve terminale zorg verlenen spreekt de leidinggevende met de bewoner/ cliënt, naasten en vrijwilligers af welke taken de vrijwilligers verrichten.**

- De zorgcoördinator overlegt regelmatig met de bewoner/cliënt, de naasten en de vrijwilliger wanneer de vrijwilliger aanwezig is en wat de taken zijn. De taken worden vastgelegd in het zorgplan en zijn inzichtelijk voor het zorgteam dat betrokken is bij de terminale zorg.
- Vrijwilligers informeren de zorgcoördinator op de afgesproken wijze.



**Doel F: De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking**

**Subdoelen:**

1. Medewerkers streven naar voortdurende afstemming tijdens de zorgverlening, zodat de bewoner/cliënt en naasten kwalitatief goede zorg krijgen en er optimaal gebruikt wordt gemaakt van de aanwezige kennis en deskundigheid.
2. Na het overlijden wordt er gezamenlijk nabesproken om te leren van de gegeven zorg en te anticiperen op een volgende situatie.

**Voorwaarden:**

1. Onderlinge afstemming van de zorg.
2. Evalueren en bijstellen tijdens de zorgverlening.
3. Samenwerkingsafspraken met (huis)artsengroep.
4. Evalueren na het overlijden en anticiperen.



**Doel F:** *De zorgverlening wordt gekenmerkt door methodische en multidisciplinaire samenwerking*

**Subdoelen:**

1. Medewerkers streven naar voortdurende afstemming tijdens de zorgverlening, zodat de bewoner/cliënt en naasten kwalitatief goede zorg krijgen en er optimaal gebruikt wordt gemaakt van de aanwezige kennis en deskundigheid.
2. Na het overlijden wordt er gezamenlijk nabesproken om te leren van de gegeven zorg en te anticiperen op een volgende situatie.

**Voorwaarden bij doel F**

1. **Betrokken medewerkers stemmen de zorg op elkaar af.**
  - Ze nemen deel aan het zorgteam (handreikingen 8, 9 en 19).
  - Ze overleggen dagelijks op vaste momenten (handreikingen 8, 9 en 19).
  - Ze rapporteren volgens afspraak over de dagelijkse zorgverlening en informeren de zorgcoördinator altijd over bijstellingen in het zorgplan. Deze informeert de andere betrokken zorgverleners. Bijstellingen worden altijd op de afgesproken wijze in het zorgplan genoteerd.
  - De zorgcoördinator informeert de betrokken vrijwilligers en stemt zaken met hen af. Bij verschil van mening of conflicterende situaties tussen medewerkers en vrijwilligers, heeft de zorgcoördinator een bemiddelende rol.
  - Zo spoedig mogelijk na het overlijden licht de zorgcoördinator de betrokken zorgverleners en vrijwilligers in.
2. **Betrokken medewerkers evalueren de effecten van de gegeven behandeling, begeleiding en verzorging regelmatig en stellen steeds de zorg bij.**
  - Zij observeren systematisch veranderingen in lichamelijke, psychosociale en levensbeschouwelijke behoeften.

- Zij bespreken en evalueren de zorg dagelijks met elkaar (handreikingen 8, 9 en 19) en bespreken tevens hoe te handelen bij calamiteiten of bij optreden c.q. vererging van symptomen.
  - Zij bespreken en evalueren de zorg wekelijks met elkaar in het team (handreiking 8 en 9).
- 3. Het verzorgingshuis maakt heldere afspraken met de (huis)artsengroep over de samenwerking rondom de terminale zorg (zie handreiking 19).**
- 4. Na het overlijden bespreken en evalueren betrokken medewerkers het verblijf en het verloop van de terminale fase.**
- De bij het overlijden betrokken discipline(s) en vrijwilliger(s) bespreken het verblijf en het verloop van de terminale fase in de eerstvolgende overdracht (dit kan ook dienen om stoom af te blazen; zie de zorg voor de zorgenden).
  - Het team bespreekt het verblijf en het verloop van de terminale fase in het eerstvolgende multidisciplinaire teamoverleg aan de hand van handreikingen 8 en 9. De zorgcoördinator vult het formulier in (evt. samen met andere betrokken medewerkers). Voor deze vakinhoudelijke nabespreking kunnen eventueel nabestaanden worden uitgenodigd.

## **Palliatieve terminale zorg**

### **Deel 2: Aanvullende doelen en voorwaarden**

Voor verzorgingshuizen die gespecialiseerde palliatieve terminale zorg bieden op een aparte unit of op aparte bedden worden enkele doelen uit deel 1 aangepast en ingevuld. Dit wordt beschreven onder doel G.

Doel H is een extra doel om verwijzingen binnen het netwerk van voorzieningen en disciplines soepel te laten verlopen.

Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden.

Doel H: De verwijzing van cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen.



**Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden**

Daartoe dient zoals reeds aangegeven een aantal *algemene* doelen en voorwaarden te worden aangepast en aangevuld.

**Aanvullende voorwaarden bij doel A: (De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op expliciete en professionele wijze)**

- Voorbezoek/rondleiding
- Coördinatie opnames
- Aanwijzen zorgcoördinator/ EVV-er
- Welkomstgesprek
- Inventariseren leefstijlwensen
- Informeren (on)mogelijkheden verzorgingshuis

**Aanvullende voorwaarden bij doel B: (Terminale cliënten voltooien hun leven in waardigheid en eigenheid)**

- Standaardinrichting van kamer
- Eigen kamer/omgeving
- Specifieke wensen t.a.v. kamer/omgeving

**Aanvullende voorwaarden bij doel C: (De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund)**

- Naasten betrekken vanaf voorbezoek
- Naasten betrekken bij inrichting kamer

**Aanvullende voorwaarden bij doel E: (De zorg voor de zorgenden is optimaal gegarandeerd)**

- Intensieve emotionele ondersteuning is aanwezig
- Cyclische dan wel jaarlijkse bij- en nascholing van iedere medewerker
- Aanwezigheid interne supervisor

***Doel G: Op een gespecialiseerde unit of bij aparte bedden wordt voldaan aan de aanvullende voorwaarden***

- 1. De bewoner/cliënt krijgt in principe een voorbezoek en, indien hij dat wenst en het technisch mogelijk is, een rondleiding; gesprekspunten (handreiking 1) komen aan de orde. De bewoner/cliënt heeft een gesprek met de contactverzorgende; gesprekspunten (handreiking 2) komen aan de orde.**
- 2. Opnames worden gecoördineerd.**
  - De opnamecommissie bespreekt de cliënten op de wachtlijst en de cliënten die rechtstreeks worden aangemeld (en niet op de wachtlijst staan). De opnamecommissie en het hoofd van de werkeenheid beslissen over een nieuwe opname.
  - De zorgcoördinator coördineert de opnames in kantooruren.
- 3. De bewoner/cliënt maakt afspraken met de contactverzorgende over de inhoud van het zorgplan; bijvoorbeeld over eten, verzorging, begeleiding, welzijn, afleiding en bezoek.**
- 4. De bewoner/cliënt heeft een eigen kamer/appartement.**
- 5. Naasten worden in het voortraject betrokken door middel van een voorbezoek, een rondleiding of een telefonisch contact; gesprekspunten (handreiking 1) komen aan de orde.**
- 6. Indien de cliënt dit wenst, zorgen naasten en medewerkers samen met de cliënt voor de ‘aankleding’ van de eigen kamer met dierbare spullen van thuis, of znodig extra spullen als kaarsen/wierook.**

***Voorwaarden bij doel G***

- 1. Voor de dag van opname wijst de leidinggevende een zorgcoördinator aan.**
  - De zorgcoördinator en de (huis)arts bepalen aan de hand van het opnameformulier/zorgdossier of het kennismakingsgesprek/eerste gesprek met de arts op de dag van opname of binnen enige dagen plaatsvindt.

**2. Voor de opname informeert de zorgcoördinator van het verzorgingshuis de cliënt en de naasten over de mogelijkheden van terminale zorg in het verzorgingshuis.**

- Dit gebeurt tijdens een voorbezoek, tijdens de rondleiding of in een (telefonisch) contact met de cliënt en de naasten.
- Over de standaardinrichting van de kamer: zie handreiking 6.
- De zorgcoördinator vraagt bij het voorbezoek, de rondleiding dan wel in het telefonisch contact of de bewoner/cliënt en de naasten dierbare zaken (bijvoorbeeld foto's, een klok, een kastje, een schemerlamp, tv, geluidsinstallatie, etc) mee willen nemen. Hij noteert dit op het opnameformulier.
- Het hoofd van de werkeenheid/afdeling/team informeert de technische en huishoudelijke dienst over specifieke wensen of de hulp die de bewoner/cliënt nodig heeft voor het plaatsen van meegebrachte zaken.

## **Doel H: De verwijzing van terminale cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen**

### **Subdoelen:**

- 1. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria.**
- 2. Samenwerkingspartners in het netwerk weten waarvoor terminale cliënten in het verzorgingshuis kunnen worden opgenomen.**
- 3. Samenwerkingspartners in het netwerk weten wanneer terminale cliënten kunnen worden opgenomen.**
- 4. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de verwijs- en opnameprocedures bij gespecialiseerde terminale zorg.**
- 5. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent de gespecialiseerde terminale zorg in het verzorgingshuis.**
- 6. Het verzorgingshuis en de samenwerkingspartners in het netwerk wisselen hun ervaringen met gespecialiseerde terminale zorg aan elkaar uit.**

### **Voorwaarden:**

1. Onderzoeken mogelijkheden om naar huis te gaan.
2. Informeren van samenwerkingspartners over (on)mogelijkheden palliatieve terminale zorg.
3. Evalueren gang van zaken in samenwerking met netwerkpartners.
4. Evalueren zorgverlening in samenwerking met netwerkpartners.
5. Uitwisselen ervaringen, kennis en deskundigheid in netwerk.
6. Informeren zorgkantoor over palliatieve terminale zorgverlening in verzorgingshuis.



***Doel H: De verwijzing van terminale bewoners/cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen***

**Subdoelen:**

- 1. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria. (zie handreiking 10)**
- 2. Samenwerkingspartners in het netwerk weten waarvoor terminale cliënten in het verzorgingshuis kunnen worden opgenomen.**
  - Zij weten dat in het verzorgingshuis:
    - Ook kortdurend terminale zorg geboden wordt.
    - Kortdurend terminale cliënten ook tijdelijk kunnen worden opgenomen voor:
      - a. Verlichting van de mantelzorg;
      - b. Instellen symptoombehandeling/begeleiding;
    - Comfortabele omstandigheden worden geboden aan terminale cliënten die niet verder thuis verzorgd kunnen of willen worden.
  - Ze weten:
    - Dat er vanuit het verpleeghuis/thuiszorg/ziekenhuis/specifieke consultatieteams/COPZ (=het netwerk) consultatie wordt gegeven aan verwijzers.
    - De naam van de te consulteren verpleeghuis-/ziekenhuis-/thuiszorg-/specifieke consultatieteams /COPZ disciplines.
- 3. Samenwerkingspartners in het netwerk weten wanneer terminale cliënten kunnen worden opgenomen.**
  - Zij weten dat er opname mogelijk is op basis van het afgegeven indicatieadvies.
- 4. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de verwijs- en opnameprocedures bij kortdurend terminale zorg (zie handreiking 11).**
- 5. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent de gespecialiseerde terminale zorg in het verzorgingshuis.**
  - Voor mogelijke middelen van informatievoorziening: zie handreiking 13.

**6. Het verzorgingshuis en de samenwerkingspartners in het netwerk wisselen hun ervaringen met gespecialiseerde terminale zorg aan elkaar uit.**

- Ze ontwikkelen samen een beleid ten behoeve van een optimale informatie-uitwisseling en bespreken hun ervaringen in bestaande overlegvormen of elders (handreiking 15).

***Voorwaarden bij doel H***

**1. Wanneer een bewoner/cliënt naar huis wenst te gaan onderzoeken de (huis)arts en de zorgcoördinator de mogelijkheden van een ontslag.**

- Zij bespreken deze met de bewoner/cliënt, met de contactpersoon van de naasten en met de hulpverleners die de zorg overnemen.
- Gesprekspunten zijn onder andere:
  - De mogelijkheden van de thuiszorg.
  - De mogelijkheden van heropname.
  - De datum van het ontslag.
- Indien besloten wordt tot ontslag draagt de zorgcoördinator de gegevens van de bewoner/cliënt op de dag van het ontslag schriftelijk over aan de hulpverleners die de zorg overnemen.
- De zorgcoördinator blijft de contactpersoon voor de bewoner/cliënt, de naasten en de hulpverleners.

**2. Het verzorgingshuis informeert de samenwerkingspartners regelmatig over de (on)mogelijkheden met betrekking tot (gespecialiseerde) terminale zorg in het verzorgingshuis.**

- De directie draagt zorg voor de informatievoorziening aan samenwerkingspartners. Eventueel wijst ze een medewerker aan die hiervoor verantwoordelijk is.
- Het verzorgingshuis informeert zowel de samenwerkingspartners op uitvoerend niveau als personen op strategisch niveau (bijv: instellingsdirecteuren, teammanagers, etc). Voor aandachtspunten en middelen in de informatievoorziening: zie handreiking 13.
- Het aanbod van het verzorgingshuis op het terrein van terminale zorg wordt opgenomen in de regiovisie.

- Verwijzers (huisartsen, ziekenhuizen, etc.) worden geïnformeerd over de (on)mogelijkheden van het verzorgingshuis met betrekking tot terminale zorg.
- 3. Het verzorgingshuis/de unit bepaalt en evalueert de doelgroep van de gespecialiseerde terminale zorg mede in overleg met de samenwerkingspartners.**
- De directie draagt zorg voor het overleg met de samenwerkingspartners. Eventueel wijst ze een medewerker aan, die hiervoor verantwoordelijk is. Aandachtspunten zijn:
    - Het concretiseren of wijzigen van vastgestelde opnamecriteria.
    - Het formuleren van criteria t.b.v. vroegsignalering.
    - Afspraken over elkaars rol in de terminale zorg.
    - Bekendmaken van afgesproken opnamecriteria.
- 4. Het verzorgingshuis evalueert de gang van zaken rondom de (gespecialiseerde) terminale zorg met de samenwerkingspartners en stelt de procedures en/of de zorg eventueel bij.**
- De directie draagt zorg voor de evaluatie met de samenwerkingspartners. Eventueel wijst ze een medewerker aan die hiervoor verantwoordelijk is. Aandachtspunten zijn:
    - De verwijs- en opnameprocedures (verloop van de verwijzingen, wederzijdse informatievoorziening, helderheid procedures; zie handreiking 11).
    - Kennis, informatie over de functie en de deskundigheid van het verzorgingshuis/de unit op dit gebied.
    - Het verloop van de opnames van terminale cliënten in de regio: verbeterpunten.
    - Andere zaken die aandacht vragen.
  - Evaluatie vindt plaats in individuele contacten, bestaande overlegvormen en eventueel apart in te stellen overlegvormen omtrent terminale zorg in de regio.
- 5. Het verzorgingshuis en de samenwerkingspartners wisselen hun ervaringen met (gespecialiseerde) terminale zorg uit.**
- Mogelijke middelen: zie handreikingen 13 en 14.
- 6. Het verzorgingshuis informeert het zorgkantoor over de wijze waarop en de mate waarin het verzorgingshuis terminale zorg levert.**



### **3 : Toetsing en toetsingsinstrumenten**

**Doel I:** Het verzorgingshuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen



**Doel I: Het verzorgingshuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen**

**Subdoel:**

**Het verzorgingshuis werkt systematisch aan de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg.**



**Doel I: *Het verzorgingshuis toetst de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg met de kwaliteitsrichtlijnen***

**Subdoel:**

**Het verzorgingshuis werkt systematisch aan de kwaliteit van de palliatieve terminale zorg.**

***Aanpak***

- 1. Stel een bescheiden projectgroep samen uit de diverse geledingen die ervaring hebben met de praktijk van palliatieve terminale zorgverlening.**
- 2. De medewerkers inventariseren de sterke en zwakke doelen in de geleverde palliatieve terminale zorg vanuit het perspectief van bewoners/cliënten en naasten én vanuit het perspectief van de professionals. Daartoe worden de toetsingsinstrumenten (formulier A en B) uit handreiking 23 gebruikt.**
- 3. Houd een kwaliteitsverbetertraject ‘klein’ en concreet en draai eerst proef met kwaliteitstoetsing van een afdeling of een deel van de zorg.**
- 4. Vraag aan de directie commitment wat betreft het uit te voeren traject en de randvoorwaarden, ook qua tijd en geld.**
- 5. Op de geconstateerde zwakke punten worden verbetertrajecten georganiseerd (zie voorbeeld actieplan handreiking 20).**
- 6. Conclusies uit de verbetertrajecten worden verankerd in het kwaliteitssysteem van de instelling.**

## Toetsingsinstrumenten

### Toetsing van de Kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg

**Handreiking bij toepassing en verwerking van de checklijst: hoe vaak worden de doelen behaald?**

**Formulier A** volgens professionals

**Formulier B** volgens bewoner/cliënt en naasten

#### Introductie en doelstelling

Op de volgende pagina's treft u twee formulieren aan waarmee u in uw verzorgingshuis kunt meten hoe vaak de doelen voor palliatieve terminale zorg worden gehaald. De formulieren kunnen gebruikt worden om de stand van zaken met betrekking tot de kwaliteit van terminale zorg snel in kaart te brengen én om na een verbetertraject een nameting te doen. Met formulier A kunt u het perspectief van de professionals meten, met formulier B het perspectief van de bewoner/cliënt en zijn naasten. Verder kunt u aan de bewoner/cliënt vragen wat in zijn ogen het belang is van een specifiek doel voor de kwaliteit van de terminale zorg.

De meerwaarde van deze toetsingsinstrumenten wordt gevormd door de mogelijkheid op systematische wijze de mening van de professional en die van de bewoner/cliënt naast elkaar te leggen. Overeenstemming of verschil in mening worden op deze wijze snel duidelijk.

*Afname: schriftelijk of mondeling?*

U kunt de formulieren A en B kopiëren of downloaden van het ledennet.

Het is wellicht belangrijk om naast verzorgenden ook bijvoorbeeld de huishoudelijke dienst, medewerkers levensbeschouwelijke zorg of andere betrokkenen te vragen formulier A in te vullen. Wanneer u het formulier uitrekt, geeft u aan wanneer u en hoe u het terug wilt ontvangen en op welke wijze zij iets terug zullen horen van de resultaten.

Als de situatie van de bewoner/cliënt het toelaat kunt u met behulp van formulier B mondeling zijn mening vragen. Indien dit niet mogelijk is kunnen familieleden/naasten het formulier schriftelijk beantwoorden. Ook hier geldt dat u bij uitreiking van het formulier aangeeft wanneer u en hoe u het terug wilt ontvangen en op welke wijze zij iets terug zullen horen van de resultaten.

De betekenis van de scoremogelijkheden is als volgt:

1.	nooit	2.	soms	3.	regelmatig	4.	altijd
----	-------	----	------	----	------------	----	--------

#### *Verwerking en interpretatie*

Wanneer de formulieren zijn ingevuld scoort u per doel hoe vaak een 1 voorkomt, een 2 etc. U telt dus de frequenties van de scores. U doet dit per groep (professionals of bewoners/cliënten/naasten) en per doel.

U krijgt dan bijvoorbeeld de volgende scores bij doel B: de naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.

<b>Doel:</b>	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *	Wordt dit doel behaald volgens cliëntsysteem *	Vindt cliënt systeem dit doel belangrijk
<b>2. De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ervaren dat de zorg ook op hun wensen en verwachtingen is afgestemd mits de zorg dan niet haaks staat op de wensen van de bewoner: <ul style="list-style-type: none"> <li>voor eigen bewoners: naasten hebben aan het begin van het terminale stadium een gesprek met de contactverzorgende; gesprekspunten (handreiking 2) komen aan de orde;</li> <li>voor eigen bewoners: naasten hebben aan het begin van het termina-</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-45% zegt soms</li> <li>55% zegt nooit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 45% zegt ja</li> <li>55% zegt nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 58% zegt ja</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% zegt regelmatig,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% zegt ja,</li> <li>75% nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 88 % zegt ja</li> </ul>

<p><i>le stadium een gesprek met de (huis)arts; gesprekspunten (handreiking 3) komen aan de orde;</i></p> <p>- <i>gespecialiseerde terminale zorg: naasten worden in het voortraject betrokken door middel van een voorbezoek, een rondleiding of een telefonisch contact; gesprekspunten (handreiking 1) komen aan de orde;</i></p>	<p>75% altijd</p> <p>-89% zegt regelmatig</p>	<p>- 95 % zegt altijd</p>	<p>- 100% zegt ja</p>
--	---	---------------------------	-----------------------

Interessant zijn die scores waarbij er een groot verschil zit tussen de scores van de professionals en die van de bewoners/cliënten, zoals bij het tweede aandachtsstreepje. Ook is het interessant als het doel volgens de professionals en/of bewoners/cliënten niet wordt behaald terwijl de bewoners/cliënten wel aangeven dat het belangrijk is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het eerste aandachtsstreepje. In bovenstaande situaties zijn de betreffende scores aanleiding om een aantal actiepunten te formuleren.

**Formulier A: perspectief professionals**
**A: De start van de palliatieve terminale zorg vindt plaats op een expliciete en professionele wijze**

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals
<b>1. De bewoner/ cliënt heeft een opname/markeringsgesprek met de contactverzorgende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigen bewoner: krijgt in principe een gesprek met de contactverzorgende bij het ingaan van het terminale stadium over het einde van het leven, zijn andere wensen en andere afspraken over de zorg.</li> <li>- Gespecialiseerde terminale zorg: krijgt in principe een voorbezoek en indien hij dat wenst een technisch mogelijk is een rondleiding; heeft een gesprek met de contactverzorgende; gesprekspunten (handreiking 2) komen aan de orde.</li> <li>- De bewoner/cliënt heeft een gesprek met de (huis)arts; gesprekspunten (handreiking 3) komen aan de orde.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p> <p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p> <p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>
<b>2. De bewoner/cliënt voelt zich welkom op een manier die op hem persoonlijk is afgestemd.</b>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>
<b>3. De bewoner/cliënt heeft de informatie waarom hij vraagt over het verzorgingshuis.</b>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>
<b>4. De bewoner/cliënt heeft de informatie waarom hij vraagt over zijn eigen situatie.</b>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>
<b>5. De bewoner/cliënt weet bij welke medewerkers hij terecht kan met vragen.</b>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>
<b>6. Ervaart dat hij de regie van zijn leven in eigen hand heeft.</b>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>
<b>7. De verzorgingshuismedewerkers hebben de informatie van de bewoner/cliënt om zorg op maat te leveren.</b>	<p style="text-align: center;">1. 2. 3. 4.</p>

<b>B: Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in alle waardigheid en eigenheid</b>	
<b>Doel:</b>	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *
<b>1. De bewoner/cliënt voelt zich gerespecteerd.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigen bewoner: maakt aanvullende afspraken met contactverzorgende over de inhoud van het zorgplan bijvoorbeeld over eten, verzorging, begeleiding, welzijn, afleiding en bezoek.</li> <li>- Gespecialiseerde terminale zorg: maakt afspraken met contactverzorgende over de inhoud van het zorgplan bijvoorbeeld over eten, verzorging, begeleiding, welzijn, afleiding en bezoek.</li> </ul>	<p>1. 2. 3. 4.</p> <p>1. 2. 3. 4.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is op de hoogte van de symptomen die (kunnen) optreden indien hij dat wenst.</li> </ul>	<p>1. 2. 3. 4.</p>
<b>2. Ervaart dat medewerkers hem professioneel en respectvol benaderen.</b>	<p>1. 2. 3. 4.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruimte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigen bewoner: blijft in zijn eigen kamer/appartement of blijft in de eigen omgeving;</li> <li>- Gespecialiseerde terminale zorg: heeft een eigen kamer/appartement.</li> </ul> </li> </ul>	<p>1. 2. 3. 4.</p> <p>1. 2. 3. 4.</p>
<b>3. De bewoner/cliënt voelt zich niet overheerst door de symptomen tengevolge van zijn ziekte terminaal stadium, die hem belemmeren zijn leven in waardigheid en eigenheid te voltooien.</b>	<p>1. 2. 3. 4.</p>
<b>4. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium.</b>	<p>1. 2. 3. 4.</p>
<b>5. De bewoner/cliënt ervaart dat de activiteiten van de uitvoerende medewerkers en disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.</b>	<p>1. 2. 3. 4.</p>

**C: De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund.**

Doel:	Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals
<b>1. De naasten blijven de goede en de verdrietige momenten met de bewoner delen indien de bewoner/cliënt en de naasten dat wensen.</b>	1. 2. 3. 4.
<b>2. De naasten voelen zich gesteund door de medewerkers.</b> Ervaren dat de zorg ook op hun wensen en verwachtingen is afgestemd mits de zorg dan niet haaks staat op de wensen van de bewoner.	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn op de hoogte van de inhoud van het zorgplan indien de bewoner/cliënt dat wenst. Informatie betreft inhoud van het eerste plan en bijstellingen.</li> </ul>	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn desgewenst op de hoogte van de symptomen die (kunnen) optreden.</li> </ul>	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnen hun verblijf na overleg met de bewoner/cliënt en de contactverzorgende zoveel mogelijk op eigen wijze invullen.</li> </ul>	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaren dat medewerkers hen professioneel en respectvol benaderen:</li> </ul>	1. 2. 3. 4.
<b>3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van de ziekte.</b>	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaren dat de bewoner/cliënt tijdig hulp (van psychosociale, levensbeschouwelijke dan wel lichamelijke aard) krijgt.</li> </ul>	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaren dat ze, indien ze deze wensen, zelf tijdig begeleiding (van psychosociale dan wel levensbeschouwelijke aard) krijgen.</li> </ul>	1. 2. 3. 4.
<b>4. De naasten ervaren dat de activiteiten van de uitvoerende disciplines elkaar bevestigen en aanvullen.</b>	1. 2. 3. 4.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaren dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten.</li> </ul>	1. 2. 3. 4.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weten dat de (huis)arts verantwoordelijk is voor de inhoud van de medische zorg.</li> <li>• Weten wie de contactverzorgende is.</li> <li>• Weten wie het hoofd van de werkeenheid/afdeling/team is.</li> </ul>	<p>1. 2. 3. 4.</p> <p>1. 2. 3. 4.</p> <p>1. 2. 3. 4.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ervaren dat de uitvoerende disciplines niet onnodig dezelfde dingen vragen en dat hun adviezen op elkaar aansluiten.</li> </ul>	<p>1. 2. 3. 4.</p>

**D: De naasten worden ondersteund en begeleid na het overlijden van de bewoner/cliënt**

<p><b>Doel:</b></p>	<p>Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals *</p>
<p>1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/ cliënt begeleid door de medewerkers.</p>	<p>1. 2. 3. 4.</p>
<p>1. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene.</p>	<p>1. 2. 3. 4.</p>

**H: De verwijzing van terminale cliënten verloopt soepel binnen het netwerk van voorzieningen**

<p><b>Doel:</b></p>	<p>Hoe vaak wordt dit doel behaald volgens professionals</p>
<p>1. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria (handreiking 10).</p>	<p>1. 2. 3. 4.</p>

2. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de overplaatsingscriteria (handreiking 10).	1. 2. 3. 4.
3. Samenwerkingspartners in het netwerk weten waarvoor kortdurend terminale cliënten in het verzorgingshuis kunnen worden opgenomen.	1. 2. 3. 4.
4. Samenwerkingspartners in het netwerk weten wanneer kortdurend terminale cliënten kunnen worden opgenomen.	1. 2. 3. 4.
5. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de verwijs- en opnameprocedures bij kortdurend terminale zorg (handreiking 11).	1. 2. 3. 4.
6. Samenwerkingspartners in het netwerk zijn op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent de kortdurend terminale zorg in het verzorgingshuis.	1. 2. 3. 4.
7. Het verzorgingshuis en de samenwerkingspartners in het netwerk wisselen hun ervaringen met kortdurend terminale zorg aan elkaar uit.	1. 2. 3. 4.

**Formulier B: Cliëntenperspectief**
**Doel A De start van de palliatieve terminale fase verloopt op een expliciete en professionele wijze**

Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt/-systeem	Vindt de cliënt/-systeem dit doel belangrijk
<b>De cliënt/bewoner heeft een markeringsgesprek</b>		
1. Heeft u een (markerings)gesprek gehad met de contactverzorgende/huisarts?	Ja/nee	Ja/nee
2. Werd u naar uw idee persoonlijk benaderd?	Ja/nee	Ja/nee
3. Heeft u in dit gesprek de informatie gekregen waaraan u op dat moment behoefte had?	Ja/nee	Ja/nee
4. Weet u bij welke medewerkers u terecht kunt met vragen?	Ja/nee	Ja/nee

<b>Doel B Terminale bewoners/cliënten voltooien hun leven in alle waardigheid en eigenheid</b>		
Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt/-systeem?	Vindt de cliënt/-systeem dit doel belangrijk?
<b>1. De bewoner/cliënt voelt zich (h)erkend in zijn eigen wensen en verwachtingen</b>		
1a. Bent u geïnformeerd over de mogelijkheden en grenzen in de zorg die het verzorgingshuis kan bieden?	Ja/nee	Ja/nee
1b. Wordt u door de medewerkers geholpen en benaderd op de wijze waarop u dat prettig vindt?	Ja/nee	Ja/nee
<b>2. De bewoner/cliënt voelt zich niet 'overheerst' door symptomen die een gevolg zijn van de ziekte of de terminale fase</b>		
2a. Is u verteld welke symptomen (pijn, misselijkheid) zouden kunnen voorkomen in uw geval?	Ja/nee	Ja/nee
2b. Vindt u dat het personeel zo goed mogelijk zijn best doet om ervoor te zorgen dat u van deze symptomen zo min mogelijk last heeft?	Ja/nee	Ja/nee
<b>3. De bewoner/cliënt ervaart dat 24 uur per etmaal adequaat wordt gereageerd op de gevolgen van zijn ziekte/terminaal stadium</b>		
3a. Wanneer u hulp/aandacht/zorg nodig heeft, krijgt u die dan ook?	Ja/nee	Ja/nee
<b>4. De bewoner/cliënt ervaart dat activiteiten van de uitvoerende medewerkers elkaar bevestigen en aanvullen</b>		
4a. Weet u wie uw contactverzorgende is?	Ja/nee	Ja/nee

4b. Weet u wie het hoofd van de afdeling is?	Ja/nee	Ja/nee
4c. Vindt u dat de uitvoerende disciplines geen dubbele handelingen verrichten?	Ja/nee	Ja/nee
4d. Bent u ervan op de hoogte dat de zorg aan u wordt geleverd door een team van verzorgingshuismedewerkers?	Ja/nee	Ja/nee
4e. Bent u ervan op de hoogte dat er regelmatig een zorgplanbespreking plaatsvindt met het team waarin de zorg aan u wordt doorgesproken?	Ja/nee	Ja/nee
4f. Weet u wat er in het zorgplan staat beschreven?	Ja/nee	Ja/nee
4g. Ervaart u dat de uitvoerende disciplines/ de verzorgenden niet dezelfde dingen vragen?	Ja/nee	Ja/nee

<b>Doel C De naasten zijn betrokken en voelen zich gesteund</b>		
Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt/ -systeem?	Vindt de cliënt/-systeem dit doel belangrijk
<b>1. De naasten blijven momenten delen met de bewoner indien de bewoner en naasten dat wensen</b>		
1a. Was u op de hoogte van de mogelijkheden (logeerkamer, eten, etc.) zodat u dichtbij uw naaste kon blijven?	Ja/nee	Ja/nee
1b. Heeft u in de zorg voor uw naaste die dingen kunnen doen die u ook wilde doen?	Ja/nee	Ja/nee
1c. Heeft u die werkzaamheden kunnen doen zonder oververmoeid te raken?	Ja/nee	Ja/nee
<b>2. De naasten voelen zich gesteund door medewerkers</b>		
2a. Heeft u zich gesteund gevoeld door de medewerkers van de afdeling waar uw naaste werd verzorgd?	Ja/nee	Ja/nee
2b. Heeft u ervaren dat de zorg ook werd afgestemd op uw wensen en behoeften?	Ja/nee	Ja/nee
2c. Bent u van mening dat u voldoende bent geïnformeerd over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptomen;</li> <li>- (On)mogelijkheden van het verzorgingshuis qua zorg en faciliteiten;</li> <li>- Inhoud van het zorgplan?</li> </ul>	Ja/nee	Ja/nee
2d. Werd u indien nodig en gewenst met vragen doorverwezen naar andere medewerkers?	Ja/nee	Ja/nee

2e. Werd u als naaste door de medewerkers geholpen en benaderd op de wijze zoals u dat prettig vond?	Ja/nee	Ja/nee
<b>3. De naasten ervaren dat adequaat gereageerd wordt op de gevolgen van de ziekte</b>		
3a. Heeft u ervaren dat er door de verzorgenden op de juiste manier werd gereageerd op symptomen van uw naaste?	Ja/nee	Ja/nee
3b. Heeft u, indien gewenst, tijdig begeleiding en ondersteuning gekregen van bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, pastoraal werker, etc?	Ja/nee	Ja/nee
<b>4. De naasten ervaren dat de activiteiten van de disciplines elkaar bevestigen en aanvullen</b>		
4a. Werden er handelingen dubbel verricht of zaken dubbel gevraagd door diverse verzorgingshuismedewerkers?	Ja/nee	Ja/nee
4b. Was u ervan op de hoogte dat de huisarts verantwoordelijk was voor de medische zorg?	Ja/nee	Ja/nee
4c. Was u ervan op de hoogte dat de zorg aan uw naaste werd geleverd door een team van verzorgingshuismedewerkers?	Ja/nee	Ja/nee

**Doel D De naasten worden ondersteund en begeleid na het overlijden van de bewoner/cliënt**

Doel	Wordt dit doel behaald volgens cliënt/-systeem?	Vindt de cliënt/-systeem dit doel belangrijk?
<b>1. De nabestaanden die dit wensen voelen zich na het overlijden van de bewoner/cliënt begeleid door de medewerkers</b>		
1a. Kon u in de eerste uren na het overlijden van uw naaste (desgewenst) met uw emoties en vragen terecht bij één van de teamleden?	Ja/nee	Ja/nee
1b. Was u op de hoogte gebracht van de gang van zaken vlak voor en na het overlijden van uw naaste?	Ja/nee	Ja/nee
1c. Heeft u (desgewenst) met één of meerdere van de verzorgingshuis-medewerkers een gesprek gehad om terug te blikken op de zorg en het overlijden van uw naaste?	Ja/nee	Ja/nee
1d. Heeft u er behoefte aan om ook op langere termijn met het verzorgingshuis contact te hebben?	Ja/nee	Ja/nee

<b>2. De nabestaanden die dit wensen helpen mee bij de laatste zorg voor de overledene</b>		
2a. Bent u geïnformeerd over welke werkzaamheden u zou kunnen verrichten bij het verlenen van de laatste zorg aan uw naaste?	Ja/nee	Ja/nee
2b. Heeft u ervaren dat er bij de laatste zorg aan uw naaste rekening werd gehouden met specifieke wensen die voortvloeien uit bepaalde levensovertuiging en/of religie?	Ja/nee	Ja/nee

## **Bijlage 1:      Overzicht handreikingen**

Voorbeeldinstrumenten bij ontwikkeling en toetsing van PTZ  
(zie voor uitwerking ledennet Arcares)

1.      Gesprekspunten voorbezoek/rondleiding (gespecialiseerde terminale zorg)
2.      Gesprekspunten opnamegesprek of markeringsgesprek
3.      Gesprekspunten (kennismakings)gesprek met (huis)arts
4.      Gesprekspunten vlak voor en na het overlijden
5.      Nazorg
6.      Standaardinrichting kamer
7.      Vast te leggen gegevens
8.      Overleg (inclusief intervisiemethoden)
9.      Mondelinge afstemming
10.     Opnamecriteria
11.     Verwijs- en opnameprocedures (deels voor kortdurende terminale zorg)
12.     Kwalificaties: attitude en deskundigheid
13.     Mogelijkheden tot deskundigheidsbevordering
14.     Onder ons
15.     Kwalificaties en taken van vrijwilligers in de terminale zorg
16.     Informatievoorziening van samenwerkingspartners; aandachtspunten en middelen
- 17a.    Pijnanamnese (analyse pijnprobleem)
- 17b.    Pijndagboek
17.     Checklijst problemen terminale fase
18.     Contacten en afspraken met huisartsen
19.     Voorbeeld actieplan verbetertraject
20.     Toetsing van kwaliteitsrichtlijnen palliatieve terminale zorg  
Formulier A: volgens professionals  
Formulier B: volgens bewoner/cliënt en naasten