

**Behorend bij het kwaliteitskader palliatieve zorg**

**Ontwikkeld in het kader van de proefimplementatie van de Zorgmodule palliatieve zorg versie 1.0**



**Wanneer is de checklist van toepassing?**

- De vraag "zou u verbaasd zijn als deze patiënt binnen een jaar komt te overlijden" kan helpen bij het identificeren van patiënten die palliatieve zorg nodig zouden kunnen hebben. Bij voorkeur dient deze vraag met "Nee" te worden beantwoord door arts en verpleegkundige samen. Deze vraag komt jaarlijks in voorbereiding van IOP aan bod of ongepland indien er aanleiding voor is.

**Doel van de checklist is een hulpmiddel voor behandelaren en persoonlijke begeleider om zicht te krijgen op:**

- Wat al dan niet nodig is voor het bieden van goede palliatieve zorg. De basis hiervoor is het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Wie waarvoor verantwoordelijk is in de zorgverlening.
- Welke informatie in het zorgdossier moet worden opgenomen over palliatieve zorg.
- De informatie en kennis nodig om goed voor deze patiënt te kunnen zorgen.
- Onderwerpen voor deskundigheids-bevordering, wanneer blijkt dat het lastig is om uitvoering te geven aan bepaalde items en/of deze te bespreken met de patiënt en/of diens naaste.

**Instructie bij checklist:**

- Vul de bijgevoegde lijsten in met ja of nee. Dit is het kwantitatieve gedeelte om zicht te krijgen op welke zorg voor deze cliënt al dan niet nodig is. Er kan worden aangegeven of een item (indien relevant) besproken is met patiënt of naasten. Het inhoudelijke verslag wordt geschreven in het dossier daar waar van toepassing.
- De persoonlijk, coördinerend begeleider van de betreffende patiënt wordt de centrale zorgverlener. Het doel waarop de afdeling rapporteert is: [Naam] brengt haar (of zijn) laatste levensfase comfortabel door, door het voorkomen en/of verlichten van het psychisch en/of lichamelijk lijden.
- Het kwantitatieve deel geeft ook zicht op de vraag of verzorgenden onderling (het team) beter geïnformeerd moeten worden over een bepaald item om goed voor deze patiënt te kunnen zorgen. De informatie hieruit wordt indien relevant aan het team teruggekoppeld door de behandelaar of persoonlijk begeleider.
- Vul de checklist minimaal 1 keer per 3 maanden in (om pro-actief te kunnen handelen) of frequenter indien de situatie snel verandert.

- Het invullen van de checklist kan zowel bij een gepland contact (structureel overleg) als bij een ongepland contact (bijvoorbeeld als de situatie van de patiënt snel verandert). Waar mogelijk worden lijsten ingevuld door arts en persoonlijk begeleider samen.
- Bij het item zelfmanagement kan de ADL lijst worden gebruikt om informatie vast te leggen.
- De lijst wordt ingevuld in een gezamenlijk overleg tussen arts en persoonlijk begeleider of tussen palliatief zorgconsulent en persoonlijk begeleider. De arts vult het inhoudelijk deel in, de persoonlijk begeleider bewaakt de uitvoering (zie items lijst), zo nodig in overleg met de palliatief zorgconsulent. Vervolgens wordt de familie uitgenodigd voor een Advance Care Planning (ACP)-gesprek.

**Vragen?**

Heeft u vragen of behoefte aan instructie of toelichting? Stuur dan een e-mail naar [palliatiefteamMvld@koraal.nl](mailto:palliatiefteamMvld@koraal.nl)

Checklist voor de arts en persoonlijk begeleider 1/2



Naam patiënt:	Naam arts	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Bespreek wie de eerst betrokken hulpverleners,					
Bespreek met de <b>patiënt</b> diagnose, prognose, beloop.					
Bespreek met de <b>naasten</b> diagnose, prognose, beloop.					
Bespreek zorgvraag en problemen op lichamelijk gebied.					
Bespreek zorgvraag <b>patiënt</b> op psychisch, sociaal, spiritueel en existentieel niveau.					
Bespreek zorgvraag <b>naasten</b> op psychisch, sociaal, spiritueel en existentieel					
Bespreek verwachtingen van <b>patiënt en naasten</b> over beschikbaarheid					
Bespreek beloop en veranderingen sinds vorig contact.					
Bespreek mogelijke medische scenario's en gevolgen daarvan.					
Onderzoek ondersteuningsbehoefte om eigen regie te behouden bij de patiënt.					
Bespreek rol mantelzorg.					
Bespreek met patiënt en/of naaste of (en welke) informatie naar derden mag.					
Hoe is veerkracht / draagkracht <b>patiënt</b> .					

Opmerkingen:

Checklist voor de arts en persoonlijk begeleider 2/2



Hoe is veerkracht / draagkracht <b>naaste</b> ?				
Hoe is veerkracht / draagkracht <b>team</b> ?				
Wat heeft <b>patiënt</b> nodig aan andere zorg en ondersteuning				
Wat heeft <b>naaste</b> nodig aan andere zorg en ondersteuning				
Wat heeft het <b>team</b> nodig aan andere zorg en ondersteuning?				
Bespreek actuele wensen en doelen.				
Onderzoek haalbaarheid doelen.				
Bespreek zinvolheid behandeling, eventueel staken van behandeling.				
Bespreek tijdig behandelbeslissingen, levenseinde beslissingen, gewenste plaats				
Markeer stervensfase.				
Bespreek nazorg				

Opmerkingen:

Actielijst voor de persoonlijk begeleider en palliatief zorgconsulent (1/2)



Naam patiënt:	Naam persoonlijk begeleider:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
1. Begeleider bekend met ACP? Is er met cliënt/naaste een zorgplan opgesteld gebaseerd op ACP? Verdient dit eventueel bijstelling?					
2. Kun je de cliënt hierbij betrekken? Heb je hier hulp bij nodig? (passende en begrijpelijke info).					
3. Leg de rollen vast: persoonlijk begeleider, hoofdbehandelaar, overige formele en informele zorgverleners.					
4. Schakel zorgverleners in met specifieke deskundigheid volgens het advies van de arts (palliatief team).					
5. Rapporteer over het vastgelegde beleid/afspraken. Zorg dat collega's dit terug kunnen vinden in de rapportage. NR, IC en overige afspraken rondom levenseinde.					
6. Ondersteun vrijwilligers/flexers/stagiaires/andere disciplines.					

Opmerkingen:

Actielijst voor de persoonlijk begeleider en palliatief zorgconsulent (2/2)



Naam patiënt:	Naam persoonlijk begeleider:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
7. De persoonlijk begeleider houdt de processen in de gaten. Communicatie verloopt in principe via de persoonlijk begeleider, maar mag gedelegeerd worden.					
8. Bewaak uitvoering van het zorgplan					
9. Regel continuïteit van zorg en leg vervolgcontacten vast.					
10. Leg afspraken vast die gemaakt zijn met overige zorgverleners.					
11. Regel multidisciplinair overleg waar nodig.					
12. Zorg voor benodigde hulpmiddelen, inclusief pijninstrumenten.					
13. Regel nazorg. Evalueer na 6 weken.					

Opmerkingen: