

RVT	<b>KWALITEITSHANDBOEK WZC + CKV</b>	NAAM BEWONER:  KAMER: HUISARTS:  Datum opmaak:
	Palliatief dossier	
	Doelgroep: verpleegkundigen / verzorgenden	
	SMK: --	

### 1. Afspraken met alle betrokkenen

**1.1. Opstart van de palliatieve benadering** op datum van: .....

**1.2. Contactpersonen**

naam:..... tel.: ..... verwittigen tss 21u-7u  ja  neen  
naam:..... tel.: ..... verwittigen tss 21u-7u  ja  neen  
naam:..... tel.: ..... verwittigen tss 21u-7u  ja  neen

**1.3. Waarheidmededeling**

Is de bewoner op de hoogte.....  
Is de familie op de hoogte.....  
Zijn beide partijen van elkaar op de hoogte.....

**1.4 Speciale wensen/afspraken**

voor de bewoner.....  
voor de familie.....  
met betrekking tot de levensovertuiging.....

**1.5 Welke handelingen worden nog uitgevoerd (in te vullen door de huisarts)**

	Ingevuld op datum van: .... / .... / .....		Stempel en handtekening huisarts
ziekenhuisopname:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel .....	
sondevoeding:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel.....	
	<input type="checkbox"/> maagsonde <input type="checkbox"/> gastrostomiesonde <input type="checkbox"/> andere		
extra vochttoediening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel.....	
	<input type="checkbox"/> intraveneus <input type="checkbox"/> subcutaan <input type="checkbox"/> orale voeding: .....		
transfusie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel.....	
opstarten medicatie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel.....	
afbouw van medicatie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	datum.....in ja, welke .....	
palliatieve sedatie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel.....	
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	in welke omstandigheden wel.....	
	<b>Herziening op datum van: .... / .... / .....</b>		<b>Stempel en handtekening huisarts</b>

### 2. Afspraken ivm overlijden

**2.1** De bewoner heeft **schriftelijk of mondeling** te kennen gegeven wat en hoe er iets dient te gebeuren bij zijn/haar overlijden  ja  nee

Indien ja, wat.....zie voor details:.....  
De familie is hiervan op de hoogte  ja  nee

**2.2 Opbaring**

- **Opbaringskledij**.....  
- **Juwelen** aandoen  niet aandoen   
afgegeven aan ..... op datum van .....  
- **Opbaring** rusthuis  funerarium   
keuze funerarium ..... tel.: .....

NAAM BEWONER:

Item	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<b>PIJN</b>					
<b>Pijnobservatie</b> <u>Gebruik pijnregistratieformulier?</u> Wat voor pijn ? branderig, stekend,... Wanneer? continu, na x-uur. Hoe hevig? (schaal van 0-10) Situatiegebonden? (bij rust – bij inspanning)					
<b>Gebruik SC</b> <b>Pijnpomp</b> Waar steekplaats? (abdomen, re dij, li dij, andere) Observatie insteekplaats: rood, oedeem, hard, pijnlijk Vervanging vleugelnaald Observatie katheter neerslag? Vervanging katheter Andere					
Samenstelling spuit+ Verandering samenstelling					
Start uur spuit					
Loopsnelheid .....mm/24 uur					
Herkomst spuit: PZT of zelf gemaakt					
Aantal keren bij- drukken voor 1 <b>bolus</b>					
Tijdstip van bolus					
Effect bolus (+, ±, -)					
<b>Gebruik durogesic</b> <b>Pleisters</b> Dosis pleister Verandering dosis					
Start uur pleister					

**Palliatief dossier – follow-up**

**NAAM BEWONER:**

**1ste – 2de – 3de – 4de – 5<sup>de</sup> blad**

<u>Item</u>	Datum			Datum			Datum			Datum		
<u>Adjuverende Medicatie</u> <u>Samenstelling</u> <u>Morfine siroop</u> Hoeveelheid bijgegeven bij pijn (..... ml) Verandering hoeveelheid <u>MS-direct</u> 10/20  <u>Pijnmedicatie per os</u> Trap 1 – 2 – 3												
Tijdstip bijgeven adjuverende medicatie												
Effect bijgeven (+, ±, -)												

IN & UIT					
<b><u>Voeding &amp; drank</u></b>  Ontbijt  middag  avond					
<b><u>Gastro-intestinaal stelsel</u></b> Mond: <b>infectie, droog, aften...</b>  <b>slikstoornissen</b> smaakstoornissen  Maag: <b>misselijk, opgeblazen, braken (wat, hoeveel)</b>					
<b><u>Uitscheiding:</u></b> diarree, obstipatie, faecalomen, kleur, bloederig, incontinentie obstructietekenen Stoma Aambeien Krampen, winderigheid					
<b><u>Urinair</u></b> Incontinentie (verbanden, sonde, ....)  Retentie (oorzaak)  Pijn, geur, kleur, hoeveelheid, bloederig					

VITALE FUNCTIES					
Item	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<b>Ademhaling</b> Rustig/onrustig Ademnood/dyspnoe Cheyne-stokes ademhaling hyperventilatie hoest (droog - slijmerig) secreties (kleur – viscositeit) reutelend (sinds wanneer?)					
<b>Huid</b> Decubitus roodheid, open huid, necrose, lokalisatie (hiel, stuit,...) andere letsels Jeuk (waar) Droge huid Transpiratie: (wanneer, waar) Oedeem (plaats, uitbreiding)					
<b>Neurologisch</b> Lokalisatie en tijdstip van: - krachtsvermindering - gevoelsvermindering - tintelingen - beven - krampen - stuipen					
<b>Slaap</b> rustig, inslaapmoeilijkheden doorslaapmoeilijkheden Korte slaapjes dag- en nachtritme OK? onrustig, nachtmerries					
<b>Temperatuur</b> 's morgens 's middags 's avonds bij het slapen gaan					
<b>Bloeddruk</b>					
<b>Pols</b>					
<b>Glycemie</b>					
<b>Andere</b>					



**Palliatief dossier – follow-up**

**NAAM BEWONER:**

**1ste – 2de – 3de – 4de – 5<sup>de</sup> blad**

<b>PSYCHO-SOCIALE ASPECTEN</b>					
<b>Item</b>	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
<b><u>Psyche bewoner</u></b> Helder Verward Slaperig Agitatie/onrust					
<b><u>Emotioneel</u></b> Normaal, verdriet, boos, angst, tevreden, achterdochtig, neerslachtig, machteloos, schuldgevoelens, bezorgd...					
<b><u>Sociaal</u></b> Nood aan ondersteuning van familie/medewerkers/arts Sluit zich af/ vermijdt contact Nood aan spirituele ondersteuning					
<b><u>Fase van het rouwproces</u></b> Ontkenning Agressie of protest Verdriet Gelatenheid Aanvaarding					
<b><u>Praktisch</u></b> Nood aan informatie rond palliatieve werking Nood aan medisch-technische informatie					
<b><u>Communicatie</u></b> Verbaal: Helder Kan behoeften meedelen Onverstaanbaar Geen verbale communicatie  Non-verbaal:					



## 2. Gegevens betreffende de palliatieve patiënten (een blad per patiënt)

Naam en voornaam van de patiënt (facultatief):

Geboortedatum: -- / -- / ---- (D-M-J)

Geslacht: M / V

Datum van de eerste opname in de inrichting (rob of RVT)

-- / -- / ---- (D-M-J)

Datum vanaf welke de patiënt aan de volgende criteria beantwoorde:

**(die datum moet door de huisarts worden bepaald, op een document dat in het verzorgingsdossier van de patiënt moet worden bewaard)**

- 1) aan een of meer irreversibele aandoeningen lijden
- 2) met een ongunstige evolutie die een ernstige verslechtering van de fysieke en/of psychische toestand van de patiënt veroorzaakt,
- 3) bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hadden op die ongunstige evolutie,
- 4) waarvan de prognose zo slecht was dat het overlijden op relatief korte termijn waarschijnlijk was (levensverwachting van meer dan 24 uur en minder dan drie maanden),
- 5) waardoor de patiënt aanzienlijke fysieke, psychische, sociale en geestelijke behoeften heeft, die een volgehouden en langdurige inzet vergen.

(Datum: -- / -- / 200-)

Begindatum van de palliatieve verzorging: --/ -- / 200-

Einddatum van het verblijf in de inrichting: -- / -- / 200-

Datum van overlijden: -- / -- / 200-

Plaats van overlijden:

# KWALITEITSKAART - PALLIATIEVE ZORG

NAAM BEWONER:
INGEVULD DOOR:
PLAATS EN DATUM VAN OVERLIJDEN:
DATUM VAN EVALUATIE:

**Evaluatiescore:** ++ = zeer goed + = goed - = matig -- = onvoldoende NVT = niet van toepassing

<b>1. communicatie</b>		
KWALITEITSNORM	SCORE	BEMERKINGEN
1.1. Alle partijen (bewoner, familie, team) werden betrokken bij de beslissing tot ondersteunende behandeling		
1.2. Er was een goede communicatie in overleg met de familie		
1.3. Er werd uitleg gegeven mbt. het wat en waarom van interventies (ook na verpleegkundige interventies vb blaassonde)		
1.4. Er was ondersteuning vanuit het Palliatief support team		
1.5. Er was ondersteuning vanuit het Palliatief thuiszorg team		
1.6. Er was ondersteuning van de directie		
1.7. Er was ondersteuning van collegae (vb actief inspringen bij noodsituatie, emotionele bijstand,...)		
1.8. Er was medewerking van de huisarts		
1.9. Er was samenwerking met het ziekenhuis		
<b>2. MEDISCHE ZORG</b>		
2.1. Er werd rekening gehouden met elke kans tot genezing		
2.2. Onderliggend acuut lijden werd nagegaan (vb bronchitis, urinaire infecties,...)		
2.3. Er gebeurden geen overbodige onderzoeken en/of behandelingen		
2.4. Pijncontrole gebeurde conform de palliatieve leidraad, rekening houdende met de wensen van de bewoner		
2.5. Er werd aandacht besteed aan het comfort van de ademhaling		
<b>3. HET ZORGTEAM</b>		
3.1. De bewoner bleef op zijn vertrouwde kamer (igv meerpersoonskamer)		
3.2. Er was voldoende aandacht voor zit- en ligcomfort		
3.3. Verpleegtechnische interventies werden aangepast tot het hoognodige (vb. sondage)		
3.4. Hygiënische zorg gebeurde conform de noden, wensen en mogelijkheden van de individuele bewoner		
3.5. Vocht- en voedseltoediening gebeurde conform de noden, wensen en mogelijkheden van de individuele bewoner		
3.6. Mondhygiëne werd uitgevoerd conform de afspraken		
3.7. De medewerkers waren de stervende nabij gedurende de laatste stervensperiode volgens de wens van de bewoner		
3.8. De religieuze, morele en spirituele waarden van de stervende werden gerespecteerd		
<b>4. FAMILIE</b>		
4.1. Familie en/of vrienden waren de stervende nabij gedurende de laatste stervensperiode volgens de wens van de bewoner		
4.2. Er was facilitair comfort voor familieleden en bezoek (vb aanbieden van maaltijd, ligzetel, mogelijkheid tot 24u permanentie)		
4.3. De familie was in de mate van het mogelijke betrokken bij de zorgverlening (vb mondzorg, haartooi, laatste zorg,...)		
<b>5. NAZORG</b>		
5.1. Na het overlijden werd er in de eerste plaats tijd vrijgemaakt voor opvang van de familie en/of vrienden		
5.2. Het funerarium werd pas verwittigd nadat familie, medebewoners en aanwezig medewerkers de kans hebben gehad afscheid te nemen		
5.3. Er was een inrichting van een herdenkingshoekje en/of moment van de bewoner		
5.4. Tenminste 1 medewerker was aanwezig op de gebedswake en/of begrafenisplechtigheid		
5.5. De familie bepaalde zelf de tijd die zij nodig achtten om de kamer te ontruimen		
5.6. De nabestaanden werden uitgenodigd voor de herdenkingsplechtigheid in de instelling		