



Netwerk Palliatieve Zorg
Zuid-Hollandse Eilanden

De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige

in de rol van casemanager, consulent en technisch verpleegkundig

Versie: 18 september 2026

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van casemanager	3
2.1 Zorg coördineren	3
2.2 Zorgplan opstellen en bewaken	3
2.3 Symptoommanagement	4
2.4 Ondersteuning van patiënt en naasten	4
2.5 Voorlichting en communicatie	4
2.6 Continuïteit en bereikbaarheid	4
2.7 Signaleren van ethische en existentiële vragen	4
3. De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van consulent	5
3.1 Inleiding, doelomschrijving , definitie en uitgangspunten	5
3.2. De rol van consulent gedefinieerd	6
3.3 Werkwijze van het (telefonisch) consult volgens de richtlijnen	8
3.4 De methodiek 'besluitvorming in de palliatieve fase'	8
3.4.1 De methodiek	8
3.4.2 Hulpmiddel: De Beslisschijf	9
3.5 Criteria opleiding en ervaring consulenten	10
3.5.1 Criteria opleiding en ervaring consulenten	10
3.5.2 Algemene criteria voor consulentem	10
3.5.3 Vereiste competenties voor consulenten	11
4. De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van technisch verpleegkundige	12
4.1 Opstarten en coördineren van zorg	12
4.2 Uitvoering van palliatieve pijnbestrijding en sedatie	12
4.3 Overige verpleegtechnische handelingen	12
4.4 Begeleiding van cliënt en naasten	12
4.5 Taken, verantwoordelijkheden en samenwerking	12
4.6 Continuïteit en bereikbaarheid	13

1. Inleiding

Tijdige inzet van palliatieve zorg zorgt voor een significant lager risico op het ontvangen van niet-passende zorg in de laatste levensfase (IKNL, Vektis, PZNL). Op de Zuid-Hollandse Eilanden zijn afspraken gemaakt voor eenduidige inzet van de in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige.

Hierbij zijn 3 rollen te onderscheiden, de in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van:

1. **Casemanager**
2. **Consulent**
3. **Technisch verpleegkundige**

De rollen zijn in de onderstaande hoofdstukken uitgewerkt.

2. De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van casemanager

De rol van een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige thuis als casemanager is breed en draait vooral om coördinatie, begeleiding en het bewaken van kwaliteit van leven in de laatste levensfase.

De palliatief verpleegkundige als casemanager

2.1 Zorg coördineren

- Verwijzing via: ziekenhuis, thuiszorg, huisarts, op het moment dat de palliatieve fase (ziekte/symptoom) wordt gemarkeerd
- Wordt via PaTz-groep betrokken bij signalering van palliatieve fase (surprise question)
- Stemt af met regiebehandelaar, huisarts, specialisten, (technisch verpleegkundige) thuiszorg, vrijwilligers, apothekers en paramedici
- Zorgt dat alle betrokkenen dezelfde doelen en informatie hebben
- Organiseert praktische zaken zoals hulpmiddelen, medicatie en ondersteuning thuis
- Schakelt zo nodig met consultatieteam

2.2 Zorgplan opstellen en bewaken

- Brengt samen met patiënt en naasten wensen en behoeften in kaart bijv. via het Wensenboekje
- Stelt een individueel zorgplan op (lichamelijk, psychosociaal, spiritueel)
- Evalueert en past dit plan continu aan naarmate de situatie verandert
- Maakt indien nodig gebruik van Besluitvorming in de palliatieve fase en Symptoomlast Analyse

2.3 Symptoommanagement

- Signaleert en beoordeelt klachten zoals pijn, benauwdheid, misselijkheid, angst
- Adviseert over en ondersteunt bij behandeling (in samenwerking met arts)
- Anticipeert op mogelijke complicaties

2.4 Ondersteuning van patiënt en naasten

- Biedt emotionele begeleiding en een luisterend oor
- Helpt bij het bespreken van moeilijke onderwerpen zoals het levenseinde
- Ondersteunt mantelzorgers en voorkomt overbelasting

2.5 Voorlichting en communicatie

- Geeft uitleg over ziekteverloop en wat te verwachten
- Bespreekt in samenspraak met de arts behandelopties en helpt bij het maken van keuzes (advance care planning)
- Zorgt voor duidelijke communicatie tussen alle partijen
- Deskundigheidsbevordering gekoppeld aan de cliënt

2.6 Continuïteit en bereikbaarheid

- Is een vast aanspreekpunt voor patiënt en familie
- Zorgt voor goede regievoering m.b.t. continuïteit van zorg, ook bij veranderingen of crisissituaties. Legt (preventieve) huisbezoek en continuïteitshuisbezoeken af
- Kan schakelen bij acute problemen

2.7 Signaleren van ethische en existentiële vragen

- Herkent vragen rond zingeving, angst voor de dood of afscheid
- Verwijst zonodig door naar geestelijke verzorging of andere disciplines

3. De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van consulent

3.1 Inleiding, doelomschrijving , definitie en uitgangspunten

Consultatie betekent letterlijk raadpleging, het vragen van advies. Consultatie kent verschillende doelstellingen: ondersteuning, toetsing en overdracht van deskundigheid. De behandeling of zorgverlening wordt niet overgenomen. Een advies komt bij voorkeur multidisciplinair tot stand, met gebruikmaking van de multidisciplinaire, en waar mogelijk evidence based, opgestelde richtlijnen Palliatieve zorg.

De doelomschrijving van ‘consultatie’

Via de consultatievoorziening wordt actuele en gespecialiseerde kennis over alle aspecten van palliatieve zorg aan professionele hulpverleners verspreid. Hierdoor kunnen patiënten in de palliatieve fase optimaal worden behandeld en begeleid, ongeacht de plaats waar zij verblijven.

De definitie van consultatie palliatieve zorg

Consultatie wordt beschreven als een methodisch overleg tussen zorgprofessionals in de rol van consultgever(s) en consultvrager(s). De consultgever ondersteunt de consultvrager bij het verhelderen van de (actuele en te verwachten) problematiek. Hij draagt gespecialiseerde kennis en inzichten over van fysieke, psychologische, sociale en spirituele aspecten. Ook kan hij adviseren over regionale mogelijkheden van behandeling, begeleiding, opvang en verzorging voor patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Een consult heeft betrekking op zorginhoudelijke en/of organisatorische problemen en ook op communicatieprocessen in de zorgverlening. Goede palliatieve consultatie vraagt, gezien de brede inhoudelijke scope, om samenwerking in een multidisciplinair team en vereist goede consultatievaardigheden.

Uitgangspunten (telefonische) consultatie

Een consult, in welke vorm dan ook, kent een aantal uitgangspunten

- De patiënt moet erbij gebaat zijn
- De consultvrager moet erbij gebaat zijn
- De consulent moet erbij gebaat zijn
- De organisatie moet erbij gebaat zijn

De patiënt moet erbij gebaat zijn

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland levert hiervoor drie essenties die de basis vormen voor het consultatieproces:

1. De patiënt (en zijn mantelzorger) krijgt de best mogelijke palliatieve zorg. Vanuit patiëntperspectief betekent dit: eigen regie, gezamenlijke besluitvorming, aandacht voor persoonlijke wensen, deskundige zorgverleners en bestrijding van symptoomlast.
2. Om te komen tot passende ondersteuning bij specifieke klachten op lichamelijk, emotioneel, sociaal en geestelijk gebied is aandacht en deskundigheid ten aanzien van symptoombestrijding op de vier dimensies van zorg vereist.

3. De patiënt heeft recht op een evenwichtige zorgverlener. Om goede zorg te kunnen blijven leveren, dienen zorgverleners en vrijwilligers zich bewust te zijn van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg op henzelf kan hebben. Zij reflecteren op hun eigen handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen zorg voor zichzelf en voor hun collega's. Deze belangrijke onderwerpen voor de patiënt sluiten aan bij de in het kwaliteitskader genoemde elementen, zoals vroegtijdige markering, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, goede symptoombestrijding en coördinatie en continuïteit van zorg.

De consultvrager moet erbij gebaat zijn

De consultvrager moet kunnen rekenen op een collega die specialistische kennis, kunde en attitude kan bieden en hem bejegt vanuit professionele gelijkwaardigheid. De dienstverlening is transparant en kan worden getoetst aan kwaliteitscriteria, zoals bekendheid, bereikbaarheid, laagdrempeligheid, snelheid, deskundigheid en professionaliteit.

De consulent moet erbij gebaat zijn

De consulent levert een bijdrage aan de kwaliteit van de palliatieve zorg. Hij/zij houdt zijn/haar expertise als specialist in palliatieve zorg op peil door voldoende ervaring op te doen in een multidisciplinair team en door zich te scholen. Stichting PZNL biedt een passende vergoeding aan de consulenten voor de geleverde diensten. Het is mogelijk dat dit in de toekomst verandert: in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) beraadt Stichting PZNL zich, samen met het palliatieve zorgveld, over hoe de consulent het beste in de zorgpraktijk kan worden gepositioneerd, met passende financiering, en kan worden gefaciliteerd op het gebied van deskundigheidsbevordering.

De organisatie moet erbij gebaat zijn

Stichting PZNL en werkgevers van consulenten maken nu gebruik van gemeenschapsgelden. Zij willen daarom maatschappelijk toegevoegde waarde combineren met kwaliteitseisen als: transparantie, doelmatigheid, rechtvaardigheid en toekomstbestendigheid. Consultatie in de palliatieve zorg is een vorm van kwaliteitsbevordering.

3.2. De rol van consulent gedefinieerd

Op basis van het Kwaliteitshandboek Consultatie van Stichting PZNL (Palliatieve Zorg Nederland) wordt de rol van een consulent palliatieve zorg gedefinieerd als een specialistische, adviserende en ondersteunende functie voor andere zorgverleners (de consultvragers). De consulent neemt de zorg niet over, maar ondersteunt de hoofdbehandelaar.

De rol en de bijbehorende kerntaken van de consulent laten zich onderverdelen in de volgende aspecten:

1. Advisering en Ondersteuning (Multidimensioneel)

- Brede advisering: De consulent biedt ondersteuning bij complexe vraagstukken in de palliatieve fase op alle vier de dimensies van palliatieve zorg: medisch, verpleegkundig, psychosociaal en spiritueel (zingeving).
- Methodisch werken: Het advies wordt opgesteld volgens de landelijke richtlijnen en de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'.
- Proactief en anticiperend: De consulent denkt vooruit om potentiële symptomen of crises in de toekomst te voorkomen of vroegtijdig op te vangen.

2. Typen consulten en Samenwerking

- Monodisciplinair versus Multidisciplinair: Afhankelijk van de complexiteit geeft de consulent direct zelfstandig advies (monodisciplinair) of stemt dit af met de medische/verpleegkundige achterwacht en/of een interdisciplinair team van deskundigen.
- Vormen van consultatie: De ondersteuning kan telefonisch, digitaal of via een face-to-face (thuis)consult plaatsvinden. Vaak werken een verpleegkundig consulent en een arts-consulent nauw samen om tot een integraal advies te komen.
- Regionale verankering: De consulent kan ook een actieve rol spelen binnen Patz groepen (Palliatieve Zorg Thuis) om de transmurale samenwerking in de regio te versterken.

3. Procedurele Verantwoordelijkheden, administratieve afhandeling en nazorg

- Schriftelijke bevestiging: Het telefonisch gegeven advies moet **binnen één werkdag** schriftelijk (via beveiligde mail) aan de consultvrager worden bevestigd. Dit borgt dat het advies correct in het patiëntendossier van de hoofdbehandelaar terechtkomt. In het geval van een consult waarbij alleen sprake is van ontzorging, wordt het gegeven advies niet schriftelijk bevestigd, tenzij de hoofdbehandelaar dit wil.
- Registratie: De consulent is verantwoordelijk voor het accuraat registreren van de casuïstiek en het advies in het landelijke registratiesysteem (PRADO). Dit is een harde voorwaarde voor de landelijke monitoring en de vergoeding door PZNL.
- Follow-up: De consulent voert zelf een follow-up uit om te monitoren of het advies effectief was en of de situatie van de patiënt stabiel is.

4. Kwaliteit en Deskundigheidsbevordering

- Opleidingseisen: Een beginnende consulent is verplicht de *basistraining consultatievaardigheid* te volgen. Daarnaast gelden er strikte criteria voor werkervaring en periodieke scholing om de inschrijving als specialist te behouden.
- Consultbesprekingen: Consulenten nemen actief deel aan periodieke (geaccrediteerde) consultbesprekingen binnen hun transmurale of eerstelijns team om complexe casuïstiek te evalueren en van elkaar te leren.

3.3 Werkwijze van het (telefonisch) consult volgens de richtlijnen

Volgens het Kwaliteitshandboek Consultatie van stichting PZNL verloopt een (telefonisch) consult via een strak gestructureerd en methodisch proces. Dit zorgt ervoor dat het advies van hoge kwaliteit is, multidimensioneel insteekt en goed wordt vastgelegd.

De werkwijze is onderverdeeld in vier stappen en specifieke procedurele eisen en volgt de structuur van 'Besluitvorming in de palliatieve fase':

- **1. Probleemverheldering:** De consulent (de voorwacht die de telefoon aanneemt) be vraagt de consultvrager uitgebreid. Er wordt actief geluisterd, doorgevraagd en samengevat om de hulpvraag scherp te krijgen. Hierbij is er nadrukkelijk aandacht voor alle vier de dimensies (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel).
- **2. Analyse en werkhypothese:** De verkregen informatie wordt geanalyseerd om tot een werkhypothese te komen. Bij een multidisciplinaire consultatie neemt de voorwacht contact op met de medische of verpleegkundige achterwacht om de casus en de analyse te bespreken.
- **3. Formuleren van het advies:** Het advies komt in samenspraak met de achterwacht (en eventueel andere interdisciplinaire deskundigen) tot stand. Het advies is altijd adviserend en anticiperend (gericht op het voorkomen van toekomstige crisissituaties).
- **4. Terugkoppeling en Overdracht:** De voorwacht (of in overleg de achterwacht) koppelt het definitieve advies telefonisch terug aan de consultvrager.

Monodisciplinair versus Multidisciplinair

- **Multidisciplinaire werkwijze:** De multidisciplinaire wijze heeft sterk de voorkeur. Het consult wordt dan gezamenlijk uitgevoerd en gedragen door een arts en een verpleegkundige/verpleegkundig specialist.
- **Monodisciplinaire afhandeling:** Dit is uit praktische overwegingen toegestaan bij enkel- of meervoudige vragen die puur medisch of puur verpleegkundig van aard zijn. Een verpleegkundige mag bijvoorbeeld alleen zelfstandig monodisciplinair afhandelen als het uitsluitend verpleegkundige zorgvragen betreft.

3.4 De methodiek 'besluitvorming in de palliatieve fase'

3.4.1 De methodiek

De methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase', ook wel de methode van *palliatief redeneren* genoemd is een specifieke, toegepaste vorm van klinisch redeneren. Deze methodiek combineert klinische expertise met de kernprincipes van de palliatieve zorg: de benadering is multidimensioneel, individueel, anticiperend en proactief.

Om tot een zorgvuldig advies of behandelplan te komen, doorloopt de consulent samen met de consultvrager systematisch vier opeenvolgende stappen:

Stap 1: Inventarisatie

In deze fase verzamelt de consulent alle 'puzzelstukjes' van de patiënt. Er wordt niet alleen naar de medische diagnose gekeken, maar naar de totale situatie op basis van de vier dimensies van palliatieve zorg:

- Lichamelijk: Welke symptomen (pijn, benauwdheid, misselijkheid) spelen er? Wat is de actuele medicatie?
- Psychisch: Is er sprake van angst, somberheid, verwardheid of slaapproblemen?
- Sociaal: Hoe ziet het netwerk eruit? Wat is de draagkracht van de mantelzorgers?
- Spiritueel/Existentieel: Hoe gaat de patiënt om met betekenisgeving, zingeving of naderend sterven?

Tegelijkertijd worden de wensen, waarden en doelen van de patiënt en diens levensverwachting expliciet uitgevraagd.

Stap 2: Analyse en prioriteren (de werkhypothese)

Alle verzamelde informatie uit stap 1 wordt kritisch geanalyseerd. De consulent legt verbanden tussen de verschillende dimensies (bijvoorbeeld: Is de kortademigheid puur lichamelijk of speelt angst een grote rol?).

- Er wordt gezocht naar de onderliggende oorzaak van het probleem.
- De symptomen en zorgen worden in kaart gebracht en geprioriteerd op basis van wat voor de patiënt op dat moment de hoogste lijdensdruk veroorzaakt.
- Dit leidt tot een heldere werkhypothese die met de achterwacht (arts/verpleegkundige) wordt afgestemd. [[1](#), [2](#), [3](#)]

Stap 3: Formuleren van advies

Het behandel- en zorgbeleid wordt geformuleerd op basis van de landelijke Palliatieve richtlijnen. Kenmerkend voor deze stap is dat het beleid proactief en anticiperend is:

- Doelen stellen: Wat willen we bereiken? (Bijvoorbeeld: comfort verhogen, rustige nacht).
- Niet-medicamenteuze en medicamenteuze adviezen: Er worden concrete interventies voorgesteld.
- Anticiperen: Wat te doen als de situatie vannacht verslechtert? (Er worden direct afspraken gemaakt over 'als-dan'-scenario's, zodat crisissituaties worden voorkomen).

Stap 4: Evaluer het beleid (Follow-up)

Een essentieel onderdeel van het palliatief redeneren is de continue evaluatie.

Palliatieve situaties kunnen immers snel veranderen.

- De consulent spreekt met de consultvrager een concreet evaluatiemoment af.
- Er wordt getoetst of de ingezette interventies het gewenste effect hebben gehad op het comfort van de patiënt.
- Indien nodig wordt de cyclus opnieuw doorlopen om het beleid bij te stellen.

3.4.2 Hulpmiddel: De Beslisschijf

Om deze systematiek in de praktijk makkelijk toe te passen, gebruiken consulenten de beslisschijf besluitvorming in de palliatieve fase. Deze fysieke of digitale schijf fungeert als een 'spiekbrieffje' dat helpt om tijdens een (telefonisch) consult geen enkele dimensie of stap over te slaan.

3.5 Criteria opleiding en ervaring consulenten

De consulenten zijn in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Zij beschikken als arts, verpleegkundig specialist of verpleegkundige over specifieke deskundigheid op het terrein van de palliatieve zorg. Zij zijn in staat vanuit deze deskundigheid en vanuit multidisciplinair teamverband hulpverleners uit alle sectoren van de gezondheidszorg te adviseren en te ondersteunen bij de zorg aan patiënten in de palliatieve fase van hun leven.

De opleidingseis is een harde eis voor nieuwe consulenten vanaf 2020 en kan niet worden gecompenseerd door praktijkervaring. Voor huidige consulenten die niet aan de opleidingseisen voldoen, geldt een overgangsregeling tot 2025 om alsnog aan deze eisen te voldoen. Alleen consulenten met >10 jaar ervaring in de palliatieve zorg in 2020 vallen buiten deze overgangsregeling.

3.5.1 Criteria opleiding en ervaring consulenten

BIG-geregistreerde artsen komen in aanmerking voor het consulentschap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en één van de volgende opleidingen hebben gevolgd:

- Kaderopleiding palliatieve zorg
- Cardiff Palliative Medicine (post graduate)
- Cursus palliatieve zorg

BIG-geregistreerde verpleegkundigen (HBO-werk- en -denkniveau) komen in aanmerking voor het consulentschap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en voldoen aan het Profiel Palliatieve Zorg Verpleegkundige (V&VN PZ | 2022). Dit profiel biedt een expliciete beschrijving van de specifieke kennis en vaardigheden van de palliatieve zorg verpleegkundige. Een erkende (post) HBO-opleiding is noodzakelijk om als in de palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener (Kwaliteitskader palliatieve zorg NL, 2017) gekwalificeerd te kunnen worden. Beide zijn een voorwaarde voor de positionering van de verpleegkundige werkzaam in de meer complexe palliatieve zorg.

BIG-geregistreerde verpleegkundig specialisten (MSc) komen in aanmerking voor het consulentschap als zij werkzaam zijn binnen een functie/specialisme die raakt aan de palliatieve zorg en de 8-daagse leergang voor v.s./pa in de palliatieve zorg hebben gevolgd.

3.5.2 Algemene criteria voor consulentem

De consulent;

- heeft tenminste twee jaar ervaring in de zorg voor patiënten in de palliatieve fase
- heeft ruime ervaring in een consulterende functie met een coachende houding
- werkt tenminste één dag per week in de directe patiëntenzorg
- kent en kan de methode van de besluitvorming in de palliatieve fase toepassen. Dit wordt gezien als een basisvaardigheid voor consulenten
- is op de hoogte van actuele ontwikkelingen in de palliatieve zorg m.b.t. zorg, behandeling, begeleiding, onderzoek en richtlijnen

- is in staat te participeren in richtlijn- en protocolontwikkeling
- houdt ontwikkelingen bij op het gebied van de palliatieve zorg in het algemeen en in Nederland in het bijzonder, zowel wetenschappelijk, maatschappelijk als zorginhoudelijk
- is verbonden aan een Netwerk Palliatieve Zorg

3.5.3 Vereiste competenties voor consulenten

De consulent:

- past communicatieve vaardigheden adequaat toe, zoals: exploreren, vragen verhelderen, reflecteren, samenvatten, advies formuleren, kennis overdragen, feedback geven en het geven van een gevoelsreflectie.
- sluit zijn/haar advies inhoudelijk aan bij de vraag of het probleem van de consultvrager.
- kan anticiperen op basis van de door de consultvrager ingebrachte situatie/gegevens.
- identificeert de specifieke wensen van de patiënt en diens naasten.
- beoordeelt wanneer een eendimensionale ingangsvraag een meerdimensionaal antwoord behoeft.
- signaleert de invloed van de ziekte op het fysieke, psychische en sociale niveau en heeft aandacht voor zingevingsvragen.
- betreft levensbeschouwelijke en culturele opvattingen van de patiënt en diens naasten in het formuleren van het advies.
- heeft kennis op het gebied van problematiek van familie/naasten/mantelzorgers en signaleert problemen in de interactie en neemt dit mee in het advies.
- adviseert op basis van de landelijke richtlijnen Palliatieve zorg (beschikbaar op www.palliaweb.nl, Pallialine of PalliArts).
- past kennis op het gebied van integraal symptoommanagement toe.
- vraagt advies aan deskundigen bij twijfel of onvoldoende kennis.
- geeft een onderbouwing van het gegeven advies.
- heeft een reflecterend vermogen.
- kan feedback geven en ontvangen.
- kan denken buiten eigen kaders en eigen organisatie.
- heeft rapportagevaardigheden
- is sensitief voor signalen die wijzen op knelpunten in de zorg en is in staat deze op de juiste wijze en op het juiste niveau te agenderen (op regionaal- en netwerkniveau)
- is in staat zich toetsbaar op te stellen

4. De in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige in de rol van technisch verpleegkundige

Het technisch verpleegkundig team bestaat uit ervaren gespecialiseerd verpleegkundigen die bevoegd en bekwaam zijn om complexe en risicovolle verpleegtechnische handelingen in de thuissituatie uit te voeren. Binnen de palliatieve zorg maakt het team medisch-technische zorg thuis mogelijk, zodat cliënten zo lang mogelijk comfortabel, veilig en in hun vertrouwde omgeving kunnen verblijven.

4.1 Opstarten en coördineren van zorg

De technisch verpleegkundige wordt ingezet na verwijzing door een huisarts, medisch specialist of andere bevoegde arts, nadat palliatief beleid is vastgesteld. Op basis van een zorgaanvraag en uitvoeringsverzoek beoordeelt de verpleegkundige of de zorg veilig thuis kan worden uitgevoerd. Bij spoed vindt afstemming plaats met de verwijzer over urgentie en mogelijkheden voor snelle inzet.

De technisch verpleegkundige coördineert de specialistische verpleegtechnische zorg en stemt af met betrokken zorgverleners, waaronder huisarts, huisartsenpost, wijkverpleging, apotheek en palliatief verpleegkundige.

4.2 Uitvoering van palliatieve pijnbestrijding en sedatie

De technisch verpleegkundige verzorgt de benodigde toegangswegen (subcutaan of intraveneus), sluit infuuspompen aan en start, indien voorgeschreven, palliatieve sedatie. Bij aanvang kan overeenkomstig het uitvoeringsverzoek een bolusmedicatie worden toegediend om klachten snel te verlichten.

Tijdens de behandeling controleert en beoordeelt de verpleegkundige dagelijks de werking van de pomp, het effect van de medicatie en de symptoomlast van de cliënt. Binnen de grenzen van het uitvoeringsverzoek kan de medicatie worden aangepast. Wanneer aanvullende dosisverhoging of wijziging nodig is, wordt hierover afgestemd met de huisarts of huisartsenpost. Complicaties, veranderingen in de conditie of onvoldoende symptoomverlichting worden tijdigesignaleerd en opgevolgd.

4.3 Overige verpleegtechnische handelingen

Het team voert waar nodig aanvullende verpleegtechnische handelingen uit, zoals het plaatsen van een blaaskatheter of een infuusnaald ter voorbereiding op euthanasie, evenals andere complexe handelingen die bijdragen aan veilige palliatieve zorg thuis.

4.4 Begeleiding van cliënt en naasten

De technisch verpleegkundige geeft uitleg over de behandeling, medicatie en werking van de infuuspomp. Daarnaast worden cliënten en naasten voorbereid op het te verwachten verloop van de palliatieve fase en ondersteund bij vragen, zorgen en onzekerheden rondom de zorgsituatie.

4.5 Taken, verantwoordelijkheden en samenwerking

De technisch verpleegkundige is verantwoordelijk voor de uitvoering van specialistische verpleegtechnische handelingen, het aansluiten en beheren van infuuspompen en het

monitoren van het effect van de behandeling. Daarbij wordt gewerkt binnen het uitvoeringsverzoek, de eigen bevoegdheden en geldende richtlijnen.

De voorschrijvend arts blijft verantwoordelijk voor het medisch beleid, de indicatiestelling voor palliatieve sedatie en het medicatiebeleid. De dagelijkse verzorging en reguliere verpleegkundige zorg blijven in principe belegd bij het wijkteam. Indien betrokken, vervult de palliatief verpleegkundige een ondersteunende rol in begeleiding en coördinatie.

4.6 Continuïteit en bereikbaarheid

Het technisch verpleegkundig team waarborgt 24-uurs continuïteit van specialistische verpleegtechnische zorg. Overdag en in de avond is het team rechtstreeks bereikbaar; gedurende de nacht vindt waarneming plaats volgens regionale afspraken. Voor een veilige overdracht wordt actuele informatie gedeeld over het palliatief beleid, medicatie, pompinstellingen, gemaakte afspraken en relevante aandachtspunten. Hierdoor blijft deskundige zorg ook buiten kantooruren beschikbaar.