

Canmedsrollen en Rubrics in de palliatieve zorgverlening

Te gebruiken door zorgprofessionals in de regio Zuid Gelderland
versie 1, juni 2017

Colofon

© juni 2017, uitgave van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of vermenigvuldigd door middel van druk, fotokopie, microfilm of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland
P/a Radboudumc
Postbus 9101, huispost 717,
6500 HB Nijmegen

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Algemene informatie	4
Gebruiksaanwijzing	7
De Canmedsrollen m.b.t. Palliatieve zorg.....	8
Canmeds rol 1: De Zorgverlener	8
Canmeds rol 2: De Communicator	11
Canmeds rol 3: De Samenwerkingspartner	13
Canmeds rol 4: De EBP-professional.....	15
Canmeds rol 5: De Gezondheidsbevorderaar	17
Canmeds rol 6: De Organisator	20
Canmeds rol 7: De Kwaliteitsprofessional	23
Bijlage 1: Projectplan “Samenwerken aan deskundigheid (mrt 2015)	25

1. Inleiding

Voor u ligt een gebruiksaanwijzing voor professionals: opleiders, leidinggevendenden, coaches, verpleegkundigen, verzorgenden en studenten in de palliatieve zorg. Het document is ontwikkeld door professionals uit het netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland en heeft als doel de palliatieve zorgverlening aan patiënten en naasten verder te verbeteren.

Om commitment te creëren tussen de professionals uit verschillende organisaties uit het netwerk, is er naar gestreefd om een community of practice¹ tot stand te brengen waarin kennis en ervaring met elkaar worden gedeeld om tot nieuwe inzichten en producten te komen. Omdat het professionals uit verschillende zorg- en onderwijsorganisaties betref, is een sfeer van wederzijds vertrouwen en een gezamenlijk referentiekader gecreëerd.

In het V&VN beroepsprofiel² (mrt 2012) is de CanMEDS-systematiek opgenomen. De systematiek bestaat uit één centrale rol (de zorgverlener met vakinhoudelijke competenties) en zes rollen die daarmee samenhangen (zie Kader).

1. Vakinhoudelijk handelen

Heb ik kennis verworven over de zorgverlening aan patiënten/cliënten?

2. Communicatie

Heb ik meer kennis verworven over de communicatie met patiënten/cliënten?

3. Samenwerking

Heb ik meer kennis verworven over het samenwerken met zorgontvangers, zorgverleners en zorginstellingen?

4. Kennis en wetenschap

Heb ik meer kennis verworven om te reflecteren op mijn deskundigheid en de onderbouwing van mijn handelen?

5. Maatschappelijk handelen

Heb ik meer kennis verworven over de maatschappelijke context en het bevorderen van gezondheid?

6. Organisatie

Heb ik meer kennis verworven over de wijze waarop zorg kan worden georganiseerd?

7. Professionaliteit en kwaliteit

Heb ik meer kennis verworven over de professionele standaard en kwaliteitsborging?

¹ A community of practice (CoP) is a group of people who share a craft and/or a profession. The concept was first proposed by cognitive anthropologist Jean Lave and educational theorist Etienne Wenger in their 1991 book *Situated Learning* (Lave & Wenger 1991). Wenger then significantly expanded on the concept in his 1998 book *Communities of Practice* (Wenger 1998).

A CoP can evolve naturally because of the members' common interest in a particular domain or area, or it can be created deliberately with the goal of gaining knowledge related to a specific field. It is through the process of sharing information and experiences with the group that members learn from each other, and have an opportunity to develop personally and professionally (Lave & Wenger 1991).

² Link [V&VN Beroepsprofiel verpleegkundige, deel 3](#)

De vijfde waarde uit de NPZZG netwerkvisie is: “Wij organiseren deskundigheid en houden de balans tussen state of art kennis en pragmatisme”. Vanuit deze waarde zijn, in samenwerking met professionals uit verschillende zorg- en onderwijsorganisaties, (zogenaamde) Rubrics ontwikkeld.

Rubrics beschrijven criteria waaraan het gedrag van een zorgprofessional in de palliatieve zorg kan worden afgemeten. Deze criteria worden gebruikt om het leren in theorie en praktijk richting te geven. De wijze waarop dit in een leertraject wordt bereikt, is aan de opleidingen en zorgorganisaties zelf.

Het nu ontwikkelde instrument, de Rubrics, is geen sluitstuk maar ‘slechts’ het begin. In die zin is het beeld van een groeidiament ook voor de hand liggend. Daarom wordt feedback op dit instrument zeer op prijs gesteld op e-mailadres: r.nogarede@radboudumc.nl

Aan dit document hebben meegewerkt:

- Mw. Yvonne van de Wiel, docent Verpleegkundige Studies Hogeschool Arnhem/Nijmegen
- Mw. Diana Harbers, Coördinerend verpleegkundige en consulent palliatieve zorg Luciver
- Mw. Inge van Eldik, Opleidingsfunctionaris De Waalboog
- Mw. Marieke van den Brand, Internist en Opleidingsfunctionaris EPZ Radboudumc en lid van de Programmaraad NPZZG
- Mw. Monique Hensing, Proces manager Hospice Bethlehem/docent i.o. Kalorama
- Mw. Thea van Kraaij, Beleidsadviseur kwaliteit zorggroep Maas & Waal
- Mw. Gea van de Pol, Opleidingscoördinator zorggroep Maas & Waal
- Mw. Tonia van Beusekom, Manager Leren & Ontwikkelen ZZG zorggroep
- Dhr. Maarten Rood, Opleider Health Academy Radboudumc
- Mw. Godelief te Dorsthorst, hoofd zorg-, beroepsopleidingen en verpleegkundig onderzoek Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
- Mw. Ester Detiger, Hoofd unit orthopedie en palliatief team Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
- Mw. Margret Verheijen, BPV coördinator Team Verpleegkunde ROC Nijmegen e.o.
- Mw. Famida Mehedi, Verpleegkundige, directeur zorggroep Sifa en lid van de Programmaraad NPZZG

Projectleiding:

- Dhr. Hermi Beute, Onderwijskundig beleidsmedewerker Hogeschool Arnhem/Nijmegen en projectleider fase 2
- Mw. Els Verschuur, Verpleegkundige, Associate Lector Topcare Hogeschool Arnhem/Nijmegen, lid van de Programmaraad NPZZG en lid project fase 2
- Dhr. René Nogarede, Coördinator NPZZG, verpleegkundige en lid projectfase 2

2. Algemene informatie

Een divers aanbod en niveau van bij- en nascholingsactiviteiten was de aanleiding om in 2014 te starten met het planmatig realiseren van het gezamenlijk aanbieden van kwalitatief goede en verantwoorde opleidingsactiviteiten. Na een aantal bijeenkomsten met opleidingsfunctionarissen uit netwerkorganisaties is medio 2015 gestart met het project “Samen Werken aan Deskundigheid” (Bijlage 1).

Het project “Samen werken aan deskundigheid” bestaat uit drie fases. In fase 1 hebben we de aangeboden scholingen door organisaties geïnventariseerd, draagvlak in de regio gecreëerd en projectmanagement beschreven en opgezet.

- *Er is geen/weinig afstemming tussen de aangesloten partijen van het netwerk over de inhoud, kwaliteit en organisatie van scholingen;*
- *Er is geen duidelijkheid over de kwaliteitseisen aan scholingen;*
- *Borging van kennis is bij veel organisaties onvoldoende;*
- *Opleidingsfunctionarissen signaleren hiaten in het scholingsaanbod van organisaties;*
- *De meeste scholingen zijn monodisciplinair, terwijl palliatieve zorg om een multidisciplinaire benadering vraagt.*

Uit eindrapport: Samenwerken aan deskundigheid³ (oktober 2015)

Fase 2 heeft als doel om de kennis, vaardigheden en attitude van verpleegkundigen en verzorgenden, werkzaam bij de aangesloten partijen van het NPZZG te verbeteren. Deze projectfase draagt dan ook bij aan de realisatie van niet alleen een regionaal scholingsaanbod, maar ook een organisatiestructuur die coördineert en structureert.

Het “Rubrics-instrument” is een resultaat van fase 2 van het project “Samenwerken aan deskundigheid” (Juni 2016 - juni 2017) en geeft een aanzet voor het gezamenlijk ontwikkelen van een toekomstbestendig regionaal leer- en ontwikkelprogramma t.b.v. palliatieve zorg.

Bij dit deel van het project zijn zowel opleidingsfunctionarissen als zorgprofessionals uit diverse organisaties⁴ betrokken geweest. Fase 2 van het project is onder begeleiding van de HAN uitgevoerd.

De leer- en ontwerpprincipes voor praktijkgericht onderwijs zoals die bij de HAN worden gehanteerd, waren het uitgangspunt bij het vernieuwen en ontwikkelen van dit leertraject.

Aanpak van het project

Om te komen tot het ontwikkelen en implementatie van het leerlandschap palliatieve zorg is gekozen voor een werkwijze die ontleend is aan de inzichten van L. van de Nieuwenhuis (2013), waarbij de verschillende domeinen inhoudelijk worden uitgewerkt.

³ Link [Eindrapport “Samenwerken aan deskundigheid” Daniël van Straaten, PorjectYou, okt 2015](#)

⁴ Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN en HAN/VDO), Stichting Luciver, Stichting De Waalboog, Stichting Kalorama, Radboudumc(afdeling Anesthesie,Pijn en Palliatieve zorg), Zorggroep Maas & Waal (ZMW), ZZG zorggroep, Radboudumc (Health Academy), Canisius Wilhelmina ziekenhuis (CWZ), ROC Nijmegen en Zorggroep Sifa

Duurzaam leren en ontwikkelen in Palliatieve Zorg en in samenhangende domeinen



Naast de inhoudelijke uitwerking werd in elke bijeenkomsten een didactisch of onderwijskundig model en/of werkwijze gepresenteerd en besproken welke van invloed zijn bij de ontwikkeling van onderwijs. De ontwerpmodellen dienden als inspiratie en moeten gezien worden als instrumenten die opleiders ten dienste staan bij het ontwerpen van onderwijs.

Het resultaat van de bijeenkomsten bestaat vooral uit het commitment om gezamenlijk doelstellingen en criteria te beschrijven op de verschillende beheersingsniveaus (Verzorgende IG niveau 3, verpleegkundige niveau 4 en verpleegkundige niveau 5), die zorgverleners in de palliatieve zorg dienen te bezitten. Deze criteria zijn door de deelnemers beschreven in zogenoemde Rubrics⁵.

Resultaten en voordelen van het gebruik van Rubrics zijn:

- Het is voor zowel lerenden, professionals, de praktijkleerplaats en opleiding duidelijk aan welke doelstellingen, criteria gewerkt wordt; zij hebben handvatten (Rubrics/criteria) waarmee zij lerenden en zorgverleners kunnen begeleiden, feedback kunnen geven en kunnen beoordelen.
- Beheersingsniveaus zijn concreet beschreven in kennis, inzicht, gedrag en houding, en daarmee worden competenties inzichtelijk beschreven.
- Er is een gereedschapskist van werkmethoden (Leerlandschapsontwerp aan de hand van domeinen, Curriculair Spinnenweb, ASE model voor gedragsverandering, Patiëntrollen Canisius

⁵ A rubric is a scaled set of criteria that clearly defines for the student, worker, workplace coach and the teacher what a range of acceptable and unacceptable performances looks like. Its purpose is to provide a description of successful performances. A critical feature of rubrics is language that describes rather than labels performance. Evaluative words, like 'better', 'more often', and 'excellent' do not appear in rubrics. Instead, the language must precisely define actions in terms of what the student actually does to demonstrate skill or proficiency at that level.

Wilhelmina Ziekenhuis, Piramide van Miller, CanMedsrollen) die opleiders in theorie en praktijk ten dienste staat bij het ontwerpen van onderwijs.

- Deelnemende opleiders hebben zelf de Rubrics ontworpen, waardoor commitment vanzelfsprekend is.
- Rubrics leveren de uitgangspunten voor het onderwijsontwerp op elk niveau.
- Verbetering van de kwaliteit van zorg: uiteindelijk profiteert de patiënt/zorgvrager, omdat de geboden zorg beter en efficiënter uitgevoerd wordt.

3. Gebruiksaanwijzing

De Canmeds rollen zijn het uitgangspunt en hebben richting gegeven aan de indeling van de Rubrics. Bij elke Rubric is in de linker kolom aangegeven op welke dimensie of aspect van zorg beoordeeld of feedback wordt gegeven. De aspecten gaan over onderdelen van kennis, gedrag en competentie waarop gelet moet worden bij het beoordelen of het geven van feedback. Dit geldt voor elke Canmeds rol en voor elk opleidingsniveau.

Elke Rubric staat beschreven in termen van gedrag. Daarbij is een onderscheid gemaakt in gedrag dat voldoet en gedrag dat niet voldoet. Op deze manier vormen dimensies/aspecten en de beschreven criteria een hulpmiddel om tot een oordeel te komen over het functioneren van een zorgverlener. Hiermee vormen de beschreven Rubrics een instrument dat op verschillende manieren gebruikt kan worden:

- Om tot een valide en betrouwbare beoordeling te komen van een stagiaire of zorgprofessional
- Om feedback te geven op het functioneren van stagiaires en zorgprofessionals, zodat zij zich verder kunnen ontwikkelen
- Als HR instrument om de ontwikkeling van zorgprofessionals te stimuleren, maar ook om te bepalen welke zorgprofessionals (opleidingsniveau) nodig zijn en welke competenties zij moeten bezitten of moeten ontwikkelen
- Voor zorgprofessionals zelf om te bepalen of zij beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en competenties en om te weten op welke gebieden ze zich verder kunnen ontwikkelen
- Voor opleiders om op basis van Rubrics leerwegen te ontwerpen die leiden tot het beheersen van de beschreven Canmeds rollen
- Voor lerenden om duidelijk te hebben op welke aspect en in welke richting zij zich verder kunnen of willen ontwikkelen of om te bepalen welke competenties zij reeds bezitten (Eerder verworven competentie - EVC)

Dit zijn slechts enkele voor de hand liggende doelgroepen en doelen beschreven van de velen die denkbaar zijn.

4. De Canmedsrollen m.b.t. Palliatieve zorg

Canmeds rol 1: De Zorgverlener

Dimensie / aspect	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
markering palliatieve zorg	De zorgverlener maakt geen gebruik van de surprise question.	De zorgverlener gebruikt de surprise question.	De zorgverlener maakt geen gebruik van surprise question	De zorgverlener maakt gebruik van de surprise question en vertaalt dat adequaat in haar/zijn handelen.
markering stervensfase	De zorgverlener werkt niet volgens de principes van het zorgpad Stervensfase en weet de richtlijn niet te vinden.	De zorgverlener werkt volgens de principes van zorgpad Stervensfase en weet de richtlijn te vinden	De zorgverlener werkt niet volgens de principes van het zorgpad Stervensfase en weet de richtlijn niet te vinden.	De zorgverlener werkt volgens de principes van het zorgpad Stervensfase en vertaalt dat adequaat in haar/zijn handelen.
kennis van de (basis)begrippen van palliatieve zorg	De zorgverlener laat zien geen kennis te hebben door begrippen met elkaar te verwarren.	De zorgverlener laat zien kennis te hebben van de richtlijn palliatieve zorg (Palliatieve IKNL)		De zorgverlener kan de termen palliatieve zorg en terminale zorg uitleggen, alsook de begrippen euthanasie en palliatieve sedatie. 2. legt de relatie tussen anatomie, fysiologie, pathologie en farmacologie.3. kent de principes van coping, rouw en zelfmanagement.
methodiek van palliatieve besluitvorming	De zorgverlener laat zien geen kennis te hebben van de signaleringsbox en gebruikt deze niet.	De zorgverlener maakt adequaat gebruik van de signaleringsbox	De zorgverlener voldoet niet aan een van de onder voldoende genoemde criteria.	De zorgverlener past de signaleringsbox toe in laag tot midden complexe situaties, met als doel de kwaliteit van leven te verhogen. Zij/hij anticipeert in haar handelen hier ook op. Daarbij kan zij/hij haar/zijn de grenzen van haar/zijn kunnen bewaken.
palliatieve zorg verlenen en evalueren	De zorgverlener houdt geen rekening met de situatie (oa. comfort) van de zorgvrager tijdens de zorgverlening en stemt de zorg hier niet op af	De zorgverlener verleent zorg volgens een zorgplan, de beroepscode en relevante wetgeving zoals: BIG en WGBO. Stemt de zorg af op wat de palliatieve zorgvrager en diens naasten op dat moment nodig heeft.	De zorgverlener is onbekend met de verschillende dimensies in palliatieve zorg en is onbekend met verschillende methodieken zoals (bijvoorbeeld) STEM of complementaire zorg.	De zorgverlener kan een zorgrelatie aangaan en volgens plan zorg verlenen en evalueren. Zij/hij handelt volgens richtlijnen over handelen en anticipeert op veranderende zorgsituaties in laag tot midden complexe situaties. Zij/hij kan voorbehouden en risicovolle



				handelingen uitvoeren met inachtneming van de wet BIG.
zelfmanagement en eigen regie van pt+naasten	De zorgverlener ondersteunt en bevordert zelfmanagement niet, maar neemt zonder overdenking / overleg (zorg)taken over.	De zorgverlener laat in haar/zijn handelen zien dat zelfmanagement van de zorgvrager en diens naasten en sociale netwerk, ondersteund en bevordert wordt. Dit handelen relateert de zorgverlener aan de 4 dimensies van PZ met als doel kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven te verhogen.	De zorgverlener verleent zorg zonder oog is te hebben voor het stimuleren en ondersteunen van zelfmanagement van de zorgvrager diens netwerk of naasten.	De zorgverlener verleent vraag gerichte zorg aan zorgvrager, diens netwerk en naasten voor optimale kwaliteit van leven en kan de gemaakte keuzes onderbouwen.
stemt zorg af op onderliggende aandoeningen en/of achtergrond van pt (specifieke doelgroepen)	De zorgverlener heeft geen oog voor de betreffende doelgroep en vertaalt dit niet naar haar/zijn handelen.	De zorgverlener laat zien op de hoogte te zijn van de verschillende doelgroepen (niet-westerse achtergrond, GGZ, dak en thuislozen, kinderen, VGZ, kwetsbare ouderen en dementerenden en chronisch zieken) en handelt daarnaar.	De zorgverlener heeft geen oog voor de betreffende doelgroep en vertaalt dit niet naar haar/zijn handelen.	De zorgverlener laat zien op de hoogte te zijn van de verschillende doelgroepen (niet-westerse achtergrond, GGZ, dak en thuislozen, kinderen, VGZ, kwetsbare ouderen en dementerenden en chronisch zieken) en handelt daarnaar.

Verpleegkundige, niveau 5		
	Onvoldoende	Voldoende
markering palliatieve zorg	De zorgverlener maakt geen gebruik van de surprise question.	De zorgverlener maakt een risico inschatting, vroeg signalering en/of probleemherkenning met behulp van diverse bronnen in verschillende fasen van het palliatieve proces, op basis van het palliatief redeneren. Initieert de surprise question en kan hier adequaat naar handelen.
markering stervensfase	De zorgverlener werkt niet volgens de principes van het zorgpad Stervensfase.	De zorgverlener maakt een risico inschatting, vroeg signalering en probleemherkenning met behulp van diverse bronnen in verschillende fasen van het palliatieve proces en handelt conform principes zorg pad stervensfase.
kennis van de (basis)begrippen van palliatieve zorg	De zorgverlener is niet bekend met de termen palliatieve zorg en terminale zorg, kent het onderscheid daartussen niet.	De zorgverlener kan de termen palliatieve zorg en terminale zorg uitleggen, alsook de begrippen euthanasie en palliatieve sedatie. Zij/hij legt de relatie tussen anatomie, fysiologie, pathologie en farmacologie. Daarnaast kent de zorgverlener de principes van coping, rouw en zelfmanagement en past deze toe conform de meest recente (wetenschappelijke) inzichten.
methodiek van palliatieve besluitvorming	De zorgverlener voldoet niet aan een van de onder voldoende genoemde criteria.	De zorgverlener past de signaleringsbox toe in complexe situaties, met als doel de kwaliteit van leven te verhogen. Zij/hij anticipeert in haar handelen hier ook op. Daarbij kan zij/hij haar/zijn de grenzen van haar/zijn kunnen



		bewaken.
palliatieve zorg verlenen en evalueren	De zorgverlener is onbekend met de verschillende dimensies in palliatieve zorg en is onbekend met verschillende methodieken zoals bijvoorbeeld STEM of complementaire zorg.	De zorgverlener gaat bij het zorg verlenen uit van palliatief redeneren met gebruikmaking van de vier dimensies van de palliatieve zorg . Kan daarin het initiatief nemen, pro actief zijn en het proces monitoren. <ul style="list-style-type: none">• kan een zorgrelatie aangaan en volgens plan zorg verlenen en evalueren.• kan volgens richtlijnen handelen en anticiperen op veranderende zorgsituatie in complexe situaties.• kan voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren met inachtneming van de wet BIG. Is in staat adequaat invulling te geven aan gezamenlijke besluitvorming (shared descision making) met zorgvragers, hun naasten en andere zorgverleners.
zelfmanagement en eigen regie van pt+naasten	De zorgverlener heeft geen oog wanneer de zorg slechts wordt uitgevoerd en er geen oog is voor zelfmanagement van zorgvrager en of naasten.	De zorgverlener verleent vraaggerichte zorg aan de zorgvrager en diens netwerk en naasten en heeft daarbij oog voor optimale kwaliteit van leven en kan de gemaakte keuzes onderbouwen. De zorgverlener ondersteunt in het realiseren van of handhaven van een zo groot mogelijke mate van autonomie van cliënt en diens naasten.
stemt zorg af op onderliggende aandoeningen en/of achtergrond van pt (specifieke doelgroepen)		De zorgverlener kan handelen bij verschillende doelgroepen in complexe zorg. Daarbij: <ul style="list-style-type: none">• schakelt zij/hij tijdig adequate hulp in• schakelt zij/hij adequaat tussen verschillende rollen ten einde de persoonsgerichte communicatie vorm te geven.• communiceert zij/hij met een grote diversiteit aan zorgvragers.• Gaat zij/hij adequaat om met culturele verschillen een daarmee gepaard gaande andere opvattingen over leven, ziekte en dood.

Canmeds rol 2: De Communicator

Dimensie / aspect	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
Communicatie met zorgvrager en naasten	De zorgverlener neemt geen initiatief in het communiceren met de zorgvrager over de fases van palliatieve zorg en levenseinde.	De zorgverlener spreekt met de zorgvrager en naasten over de fases van palliatieve zorg en levenseinde. Stelt de juiste vragen, luistert naar de zorgvrager en naasten en toont daarbij empathie. De zorgverlener houdt hierbij rekening met culturele aspecten en laat zien zich bewust te zijn van de bestaande taboes over de dood	De zorgverlener neemt geen initiatief in het communiceren met de zorgvrager over de fases van palliatieve zorg en levenseinde.	De zorgverlener gaat het gesprek aan met de zorgvrager en naasten over de fases van palliatieve zorg en het levenseinde. Zij/hij Stelt de juiste vragen, luistert naar de zorgvrager en naasten en toont empathie. Zij/hij houdt hierbij rekening met culturele aspecten. Zij/hij Is zich bewust van de bestaande taboes over de dood
Voorlichting, advies en instructie	De zorgverlener neemt geen initiatief in het geven van voorlichting over levensvragen en het palliatieve levenseinde.	De zorgverlener geeft voorlichting over levensvragen en het palliatieve levenseinde. Kan de begrippen palliatieve zorg, terminale zorg, euthanasie en terminale sedatie uitleggen zodanig dat het begrijpelijk is voor de zorgvrager.	De zorgverlener neemt geen initiatief in het geven van voorlichting over levensvragen en het palliatieve levenseinde. Zij/hij is niet op de hoogte van wet en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde.	De zorgverlener geeft voorlichting over levensvragen en het palliatieve levenseinde en checkt of de informatie begrepen is. Zij/hij is op de hoogte van wet en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde. Zij/hij verzorgt deskundigheidsbevordering voor collega's. Zij/hij is op de hoogte van richtlijnen en protocollen rondom palliatieve zorg.
Multidisciplinaire communicatie	De zorgverlener is onvoldoende op de hoogte van de taken en verantwoordelijkheden van zorgprofessionals. Zij/hij communiceert niet over de zorg met andere professionals. Zij/hij deelt en rapporteert de observaties niet.	De zorgverlener weet wat de taken en verantwoordelijkheden van andere zorgprofessionals zijn. Zij/hij overlegt over de voortgang van de zorg met andere professionals. Zij/hij deelt en rapporteert de observaties	De zorgverlener neemt geen initiatief tot het bespreken van de te verwachte gevolgen van de behandeling en het voortschrijdend ziekteproces van de zorgvrager in het multidisciplinair overleg. Zij/hij deelt en rapporteert de observaties niet.	De zorgverlener bespreekt met de zorgvrager in het Multidisciplinair overleg (MDO) wat de te verwachte gevolgen zijn van de behandeling en het voortschrijdend) ziekteproces (of doet dat voorafgaand aan het MDO) in afstemming met multidisciplinair team (MDT). Zij/hij deelt dit met de zorgvrager indien deze niet bij het MDO kan zijn en rapporteert de afspraken



Dimensie/aspect	Verpleegkundige, niveau 5	
	Onvoldoende	Voldoende
Communicatie met zorgvrager en naasten	De zorgverlener gaat niet in gesprek over ethische vraagstukken en morele dilemma's die in het verpleegkundig proces voorkomen. Zij/hij herkent conflicten bij zorgvrager en naasten onvoldoende en neemt niet het initiatief om het te bespreken.	De zorgverlener voert het gesprek over ethische vraagstukken en morele dilemma's die in het verpleegkundig proces voorkomen. Zij/hij kan conflicten bij zorgvrager en naasten signaleren en hier op anticiperen. Zij/hij houdt hierbij rekening met culturele aspecten en is zich bewust van de bestaande taboes over de dood
Voorlichting, advies en instructie	De zorgverlener neemt geen initiatief in het geven van voorlichting over levensvragen en het palliatieve levenseinde. Zij/hij is niet op de hoogte van wet en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde.	De zorgverlener geeft voorlichting over levensvragen en het palliatieve levenseinde en checkt of de informatie begrepen is. Zij/hij ondersteunt de zorgvrager bij het nemen van deze beslissing. Zij/hij is op de hoogte van wet en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom het levenseinde. Zij/hij verzorgt deskundigheidsbevordering voor collega's
Multidisciplinaire communicatie	De zorgverlener neemt geen initiatief om een MDO te initiëren. Zij/hij kan niet palliatief redeneren en communiceert niet adequaat bij onvoorspelbare situaties. Zij/hij deelt en rapporteert de genomen besluiten niet met de zorgvrager of diens naasten.	De zorgverlener initieert een MDO en bespreekt (gevraagd en ongevraagd) in voorspelbare en onvoorspelbare situaties d.m.v. palliatief redeneren de zorgsituatie van de zorgvrager. De zorgverlener kan met de zorgvrager in het MDO (of vooraf gaand aan het MDO) bespreken wat de te verwachten gevolgen zijn van de behandeling en het voortschrijdend ziekteproces. Zij/hij informeert de zorgvrager indien deze niet bij MDO is en rapporteert de afspraken en rapporteert de genomen besluiten met de zorgvrager in voor de zorgvrager begrijpelijke taal.

Canmeds rol 3: De Samenwerkingspartner

	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
Dimensie / Aspect	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
multidisciplinaire samenwerking	De zorgverlener werkt monodisciplinair en stemt de zorg onvoldoende af met collega's in de palliatieve ketenzorg. Zij/hij verwijst de zorgvrager en naasten in onvoldoende mate door naar zorgverleners van niveau 4 en 5 en andere disciplines.	De zorgverlener kan samenwerken en de zorg afstemmen met collega's in de palliatieve ketenzorg. Zij/hij Kan vragen van zorgvrager en naasten doorverwijzen aan zorgverleners van niveau 4 en 5 en andere disciplines	De zorgverlener werkt monodisciplinair en stemt de zorg onvoldoende af met collega's in de palliatieve ketenzorg. Zij/hij verwijst de zorgvrager en naasten in onvoldoende mate door naar zorgverleners van niveau 4 en 5 en andere disciplines.	De zorgverlener kan samenwerken en de zorg afstemmen met collega's in de palliatieve ketenzorg. Kan vragen van de zorgvrager en naasten doorverwijzen aan zorgverleners van niveau 5 en 6 en andere disciplines
sociale kaart	De zorgverlener heeft onvoldoende kennis van de sociale kaart van de zorgvrager en kan daardoor de zorgvrager en naasten onvoldoende informeren, adviseren en doorverwijzen.	De zorgverlener heeft kennis van de sociale kaart van de zorgvrager en kan de zorgvrager en naasten informeren, adviseren en doorverwijzen.	De zorgverlener heeft kennis van de sociale kaart van de zorgvrager en kan de zorgvrager en naasten informeren, adviseren en doorverwijzen. Zij/hij is onvoldoende op de hoogte van de zorg die het palliatief consultatieteam kan leveren.	De zorgverlener heeft kennis van de sociale kaart van de zorgvrager en kan de zorgvrager en naasten informeren, adviseren en doorverwijzen. Zij/hij is op de hoogte van de zorg die het palliatief consultatieteam kan leveren.
gezamenlijke besluitvorming	De zorgverlener denkt in het multidisciplinair overleg onvoldoende probleem oplossend mee en neemt onvoldoende deel aan de besluitvorming.	De zorgverlener laat zien dat hij probleemoplossend meedenkt in het multidisciplinair overleg mee en neemt deel aan de besluitvorming	De zorgverlener kan onvoldoende palliatief redeneren (analytisch denken) en slaagt er onvoldoende in om de verzamelde gegevens te bundelen en te ordenen. Hierdoor wordt in het zorgplan onvoldoende rekening gehouden met de besluiten en wensen van de zorgvrager en diens naasten.	De zorgverlener kan palliatief redeneren (analytisch denken) en kan de verzamelde gegevens bundelen/ordenen van aan de hand van de beslisschijf. Zij/hij kan een plan maken aan de hand van de besluiten en wensen van de zorgvrager en diens naasten.
continuïteit van zorg	De zorgverlener heeft onvoldoende inzicht in de palliatieve zorgsituatie om continuïteit te bieden en draagt de zorg onvoldoende over aan andere disciplines of collega's..	De zorgverlener zorgt vanuit de signaalfunctie voor continuïteit in een palliatieve zorgsituatie door samen te werken met alle partijen. Zij/hij draagt de zorg zorgvuldig over aan andere disciplines en collega's	De zorgverlener zorgt vanuit signaalfunctie voor onvoldoende continuïteit in een palliatieve zorgsituatie door onvoldoende samen te werken met andere betrokken partijen. Hierdoor is de kwaliteit van het zorgplan en de overdracht onvoldoende.	De zorgverlener zorgt vanuit de signaalfunctie voor continuïteit in een palliatieve zorgsituatie door samen te werken met alle partijen en maakt een hierop gericht zorgplan. Zij/hij draagt de zorg zorgvuldig over aan andere betrokken partijen.



Dimensie /Aspect	Verpleegkundige, niveau 5	
	Onvoldoende	Voldoende
multidisciplinaire samenwerking	De zorgverlener neemt onvoldoende een coördinerende regierol binnen een multidisciplinair team en ze positioneert zichzelf onvoldoende. Zij/hij werkt onvoldoende samen (inter-en multidisciplinair) en stemt niet af met collega's in de palliatieve (keten)zorg. Zij/hij verwijst niet door als ze zelf geen antwoord heeft op vragen van de zorgvrager of diens naasten	De zorgverlener vervult een coördinerende regierol binnen een multidisciplinair team. Hierbij positioneert ze zich zelf door confrontaties en verschil van mening niet uit de weg gaat. Zij/hij werkt samen (inter-en multidisciplinair) en stemt zorg af met collega's in de palliatieve (keten)zorg. Zij/hij kan vragen van zorgvrager en naasten doorverwijzen aan zorgverleners van niveau 6
sociale kaart	De zorgverlener heeft onvoldoende kennis van de sociale kaart van de zorgvrager en kan de zorgvrager en naasten in onvoldoende mate informeren, adviseren en doorverwijzen. Zij/hij is onvoldoende op de hoogte van de zorg die het palliatief consultatieteam kan leveren.	Zij/hij heeft kennis van de sociale kaart van de zorgvrager en kan de zorgvrager en naasten informeren, adviseren en doorverwijzen. Zij/hij is op de hoogte van de zorg die het palliatief consultatieteam kan leveren.
gezamenlijke besluitvorming	De zorgverlener neemt onvoldoende initiatief om tot gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met zorgvrager, hun naasten en andere zorgverleners te komen.	De zorgverlener is doelgericht en besluitvaardig en kan actie ondernemen en kan zo invulling geven aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met zorgvrager, hun naasten en andere zorgverleners en maakt hierbij gebruik van Evidence based standaarden en protocollen.
continuïteit van zorg	De zorgverlener zorgt vanuit signaalfunctie voor onvoldoende continuïteit in een palliatieve zorgsituatie door onvoldoende samen te werken met andere partijen. Hierdoor is de kwaliteit van het zorgplan en de overdracht onvoldoende.	De zorgverlener zorgt vanuit de signaalfunctie voor continuïteit in een palliatieve zorgsituatie door samen te werken met alle partijen en maakt een hierop gericht zorgplan. Zij/hij draagt de zorg zorgvuldig over aan andere betrokken discipline's.

Canmeds rol 4: De EBP-professional

Dimensie / Aspect	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
onderzoekend vermogen	De zorgverlener pakt geen signalen op om de kwaliteit van zorg te verbeteren.	De zorgverlener pakt vragen op vanuit de praktijk (collega's, patiënt systeem en zelf) en anticipeert op mogelijke problemen in laag-midden complexe zorgsituaties.	De zorgverlener laat niet zien signalen op te pakken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.	De zorgverlener pakt vragen op vanuit de praktijk (collega's, patiënt systeem en zelf). en anticipeert op mogelijke problemen in midden complexe zorgsituaties.
inzet EPB	De zorgverlener maakt geen gebruik van wetenschappelijke kennis of resultaten van praktijkonderzoek.	De zorgverlener maakt gebruik van de signalerings- box en werkt met de methodiek besluitvorming palliatieve zorg.	De zorgverlener maakt geen gebruik van wetenschappelijke kennis	De zorgverlener maakt gebruik van de palliatieve richtlijnen. Zij/hij maakt gebruik van besluitvorming palliatieve zorg.
deskundigheidsbevordering	De zorgverlener toont geen initiatieven in deskundigheidsbevordering of kennisuitwisseling en laat niet zien signalen op te pakken om de kwaliteit van zorg in laag-midden complexe zorgsituaties te verbeteren.	De zorgverlener draagt bij aan deskundigheidsbevordering en kennisuitwisseling en handelt daarbij vanuit de meest recente (wetenschappelijke) kennis.	De zorgverlener toont geen initiatieven in deskundigheidsbevordering of kennisuitwisseling. Zij/hij pakt geen signalen op om de kwaliteit van zorg te verbeteren.	De zorgverlener doet voorstellen voor kwaliteitsverbetering op basis van onderzoek naar problemen in het zorgtraject in midden complexe zorgsituaties. Zij/hij maakt daarbij gebruik van de meest recente inzichten uit de vakliteratuur op het gebied van palliatieve zorg. Dit blijkt ook uit de bijdrage die zij/hij levert aan deskundigheidsbevordering en kennisuitwisseling.
professionele reflectie	De zorgverlener heeft geen inzicht in eigen (on)mogelijkheden en handelt (on)bewust onbekwaam m.b.t. professioneel gedrag.	De zorgverlener heeft inzicht in eigen (on)mogelijkheden m.b.t. handelen en professioneel gedrag. De zorgverlener kan eigen handelen en handelen van anderen ter discussie stellen en kan ontvangen feedback integreren in eigen handelen.	De zorgverlener is zich niet bewust van eigen onbekwaamheid; zij/hij handelt vanuit het principe: zo heb ik het altijd gedaan en is niet in staat een betere onderbouwing te geven aan haar/zijn handelen.	De zorgverlener kan feedback ontvangen en geven op handelen en professioneel gedrag en kan de ontvangen feedback integreren in handelen.
morele sensitiviteit	De zorgverlener heeft geen kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen. De zorgverlener	De zorgverlener heeft kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen en de invloed daarvan op de zorgverlening. Zij/hij heeft kennis van de morele en	De zorgverlener handelt niet vanuit kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen die van invloed zijn op de zorgvraag. Zij/hij maakt ethische en	De zorgverlener laat zien kennis te hebben van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen en de invloed daarvan op de zorgverlening en handelt



	heeft geen inbreng in de bespreking van vraagstukken van ethische en levensbeschouwelijke aard met collega's. De zorgverlener handelt (on)bewust onbekwaam m.b.t. de invloed van eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.	ethische zorgverlening en participeert in vraagstukken van ethische en levensbeschouwelijke aard met collega's. Zij/hij is zich bewust van de invloed van het eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.	levensbeschouwelijke vraagstukken niet bespreekbaar met collega's. Zij/hij handelt onbewust onbekwaam m.b.t. de invloed van eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.	hiernaar. De zorgverlener laat zien kennis te hebben van de morele en ethische zorgverlening en handelt hiernaar. Tevens signaleert zij/hij ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken en bespreekt deze met collega's. De zorgverlener is zich bewust van de invloed van het eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.
--	--	---	---	--

Dimensie / Aspect	Verpleegkundige, niveau 5	
	Onvoldoende	Voldoende
kernbegrip: onderzoekend vermogen	De zorgverlener laat niet zien signalen op te pakken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.	De zorgverlener pakt vragen op vanuit de praktijk (collega's, patiënt systeem en zelf) en zoekt, vind en beoordeelt relevante informatie. Zij/hij anticipeert op mogelijke problemen in het zorgtraject. en genereert onderzoeksvragen op mogelijke problemen in het zorgtraject.
kernbegrip: inzet EPB	De zorgverlener maakt geen gebruik van actuele wetenschappelijke kennis.	De zorgverlener maakt gebruik van de palliatieve richtlijnen en maakt gebruik van het protocol besluitvorming palliatieve zorg.
kernbegrip: deskundigheidsbevordering	De zorgverlener toont geen initiatieven in eigen deskundigheidsbevordering. 2 laat niet zien signalen op te pakken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.	De zorgverlener doet voorstellen voor kwaliteitsverbetering op basis van onderzoek naar problemen in het zorgtraject en begeleidt zorginnovatie: blijvende veranderingen/verbeteringen in de zorg die de kwaliteit ten goede komen. De zorgverlener zet zich in voor structurele deskundigheidsbevordering op basis van actuele ontwikkelingen
kernbegrip: professionele reflectie	De zorgverlener handelt onbewust onbekwaam m.b.t. zowel het emotioneel welbevinden van de zorgvrager als de ontwikkeling van eigen grenzen en emoties in relatie tot de zorgvrager.	De zorgverlener is zelfsturend in eigen ontwikkeling ten aanzien van eigen grenzen en emoties in professioneel handelen. en reflecteert op het effect van eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.
kernbegrip: morele sensitiviteit	De zorgverlener handelt niet vanuit kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen die van invloed zijn op de zorgvraag. en maakt ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken niet bespreekbaar met collega's en zorgvragers. Zij/hij handelt onbewust onbekwaam m.b.t. de invloed van eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager.	De zorgverlener laat zien kennis te hebben van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen en de invloed daarvan op de zorgverlening en handelt hiernaar. Zij/hij laat zien kennis te hebben van de morele en ethische zorgverlening en laat dit zien in haar./zijn handelen. De zorgverlener bespreekt ethische en levensbeschouwelijke vraagstukken met collega's en zorgvragers. De zorgverlener is zich bewust van de invloed van het eigen gedrag op het emotioneel welbevinden van de zorgvrager en handelt hiernaar.

Canmeds rol 5: De Gezondheidsbevorderaar

Dimensie / aspect	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
Persoonsgerichte zorg en cultuuraspecten	De zorgverlener is zich niet bewust van de invloed van cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen en de invloed daarop op de zorgvraag en de zorgverlening.	De zorgverlener beseft en respecteert cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en ziekte die van belang zijn voor cliënt en consulteert zo nodig andere kennisbronnen. Zij/hij kan voorbeelden benoemen waaruit blijkt dat met bovengenoemde aspecten rekening wordt gehouden (bijvoorbeeld: STEM –sterven op je eigen manier, culturele aspecten, verschillende levensovertuigingen).	De zorgverlener beseft en respecteert cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen die van belang zijn en consulteert zo nodig andere kennisbronnen.	De zorgverlener is in staat te communiceren met patiënt en naasten: <ul style="list-style-type: none"> • over levensvragen (spiritueel, psychosociaal) en houdt hierbij rekening met culturele aspecten; • over de fases en dimensies/domeinen van palliatieve zorg en levenseinde Zij/hij maakt zo nodig afspraken in het zorgplan waaruit blijkt dat rekening is gehouden met cultuurgebonden aspecten (bijvoorbeeld: sterven op je eigen manier-STEM, levensovertuigingen).
Tertiaire preventie (veiligheid)	De zorgverlener voert zorg uit en is zich daarbij niet bewust van onveilige en risicovolle situaties en onderneemt geen actie m.b.t. (vroeg)signalering.	De zorgverlener signaleert onveilige situaties (b.v. met medicatie , hulpmiddelen, leefwijze) in de zorg en leefomgeving, kan informatie en instructie geven en weet adequaat te verwijzen.	De zorgverlener signaleert onveilige situaties (b.v. met medicatie, hulpmiddelen, leefwijze) in de zorg en leefomgeving , kan informatie en instructie geven en weet adequaat te verwijzen in het geval van (vroeg)signalering.	De zorgverlener signaleert onveilige situaties (b.v. met medicatie en hulpmiddelen, leefwijze) in de zorg en leefomgeving , kan informatie en instructie geven waarbij zij/hij rekening houdt met de verlangens van cliënten.
Bevorderen zelfmanagement	De zorgverlener heeft geen idee welke maatschappelijke discussies spelen rondom palliatieve zorg en levenseinde en de invloed die dit heeft op het zelfmanagement van de zorgvrager.	De zorgverlener heeft kennis van relevante wet- en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde, euthanasie, wilsverklaringen en actuele maatschappelijke discussies. is zich bewust van de eigen normen en waarden en de mogelijke invloed daarvan op het zelfmanagement van de zorgvrager. Zij/hij weet adequaat te verwijzen bij vragen en dilemma's van de cliënt.	De zorgverlener heeft geen of weinig kennis van relevante wet- en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde, euthanasie, wilsverklaringen en actuele maatschappelijke discussies. is zich onbewust van de eigen normen en waarden en de mogelijke invloed daarvan op het professionele handelen in relatie tot het zelfmanagement van de cliënt.	De zorgverlener houdt rekening met/ maakt gebruik van relevante wet- en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde, euthanasie, en actuele maatschappelijke discussies en is zich bewust van de eigen normen en waarden en de mogelijke invloed daarvan op het professionele handelen in relatie tot het zelfmanagement van de cliënt. Zij/hij ondersteunt de cliënt bij het helder krijgen van zijn/haar vraagstukken m.b.t. beslissingen rondom levenseinde,



				euthanasie, wilsverklaringen en actuele maatschappelijke discussies weet adequaat te verwijzen bij vragen en dilemma's van de cliënt.
Versterken van (eigen/ sociaal) netwerk	De zorgverlener heeft geen oog voor het belang van samenwerken met het sociale netwerk (enerzijds ter ondersteuning van netwerk - overbelasting voorkomen en anderzijds het welzijn van het netwerk - betrokkenheid bevordert welzijn en verwerking).	De zorgverlener benut het sociale netwerk rondom de zorgvrager. signaleert veranderingen in fysieke en mentale welzijn van mantelzorgers/ naasten en maakt dit tijdig bespreekbaar en ondersteunt en verwijst zo nodig kent palliatieve zorgvoorzieningen (sociale kaart - informele en formele voorzieningen)	De zorgverlener benut het sociale netwerk rondom de zorgvrager onvoldoende en signaleert veranderingen in fysieke en mentale welzijn van mantelzorgers/ naasten in onvoldoende mate en maakt dit niet tijdig bespreekbaar, en ondersteunt netwerk en verwijst zo nodig in onvoldoende mate, De zorgverlener is onvoldoende op de hoogte van zorgvoorzieningen (sociale kaart - informele en formele voorzieningen)	De zorgverlener benut het sociale netwerk rondom de zorgvrager en maakt gebruik van methoden (bv familieberaad, familienet, ecogram) om netwerk in kaart te brengen en versterken. signaleert veranderingen in fysieke en mentale welzijn van mantelzorgers/ naasten en maakt dit tijdig bespreekbaar, ondersteunt het netwerk en verwijst zo nodig door. De zorgverlener kent de palliatieve zorgvoorzieningen (sociale kaart - informele en formele voorzieningen) en kan het netwerk, indien nodig, .motiveren hiervan gebruik te maken.

Verpleegkundige, niveau 5		
Dimensie / aspect	Onvoldoende	Voldoende
Persoonsgerichte zorg en cultuuraspecten	De zorgverlener kan geen afstand en nabijheid bewaren m.a.w. heeft geen inzicht in het effect van eigen professionele opvattingen op de persoonsgerichte zorg (hiermee voorbij gaand aan opvattingen van cliënt en niet adequaat in staat zijn andere zorgmedewerkers te begeleiden/coachen)	De zorgverlener begeleidt, adviseert en communiceert adequaat met cliënt en naasten over levensvragen (spiritueel, psychosociaal) en houdt hierbij rekening met culturele aspecten en fases en dimensies/domeinen van palliatieve zorg en levenseinde. Zij/hij maakt afspraken in afstemming met cliënt/naaste (shared decisionmaking) in het zorgplan waaruit blijkt dat rekening is gehouden met cultuurgebonden aspecten (bijvoorbeeld: sterven op je eigen manier-STEM, levensovertuigingen). De zorgverlener begeleidt zorgmedewerkers hoe om te gaan met bovengenoemde aspecten in de palliatieve zorg
Tertiaire preventie (veiligheid)	De zorgverlener geeft geen inzicht in belang van preventie in palliatieve situaties in relatie tot advanced care planning.	De zorgverlener signaleert onveilige situaties (bijvoorbeeld: met medicatie, hulpmiddelen, leefwijze, etc.) in de zorg en leefomgeving en past zorg- en behandelplan aan in afstemming met cliënt/naaste. Daarnaast instrueert zij/hij medewerkers over de aanpassing. De zorgverlener verzamelt gegevens gericht op vroegsignalering en risicobeoordeling en onderneemt hierop vroegtijdig actie. Zij/hij is in staat naast individuele interventies ook collectieve interventies m.b.t.



		preventie en gezondheidsvoorlichting uit te voeren d.m.v. (bijvoorbeeld) informatiebijeenkomsten palliatieve zorg en scholing.
Bevorderen zelfmanagement	De zorgverlener vindt geen balans tussen eigen/ professionele normen en de wensen van de cliënt en bevordert daardoor geen zelfmanagement bij zorgvragers als ook geen bevordering van zelfmanagement bij zorgmedewerkers.	De zorgverlener houdt rekening met/ maakt gebruik van relevante wet- en regelgeving t.a.v. beslissingen rondom levenseinde, euthanasie, en actuele maatschappelijke discussies en is zich bewust van de eigen normen en waarden en de mogelijke invloed daarvan op het professionele handelen in relatie tot het zelfmanagement van de cliënt. Zij/hij ondersteunt de cliënt bij het helder krijgen van zijn/haar vraagstukken m.b.t. beslissingen rondom levenseinde, euthanasie, wilsverklaringen en actuele maatschappelijke discussies en weet adequaat te verwijzen bij vragen en dilemma's van de cliënt. De zorgverlener heeft vaardigheden op het gebied van outreachende zorg en bemoeizorg. Zij/hij is in staat een moreel beraad te leiden met zorgmedewerkers als ethische vraagstukken spelen in de zorgverlening.
Versterken van (eigen) netwerk	De zorgverlener geeft geen blijk van bewustzijn van het belang van samenwerking/afstemming tussen sociale, informele en formele netwerk rondom de zorgvrager en maakt geen gebruik van de voorzieningen en is niet op de hoogte van de sociale kaart. De zorgverlener weet geen voorbeelden van methodieken te benomen hoe het cliëntennetwerk te versterken en onderneemt geen acties n.a.v. leemtes in de voorzieningen.	De zorgverlener benut het sociale netwerk rondom de zorgvrager en maakt gebruik van methoden (bv familieberaad, familienet, ecogram) om netwerk in kaart te brengen en te versterken. Daarbij coördineert zij/hij de samenwerking/afstemming tussen het sociale, informele en professionele netwerk rondom de zorgvrager. De zorgverlener signaleert veranderingen in fysieke en mentale welzijn van mantelzorgers/ naasten en maakt dit tijdig bespreekbaar, ondersteunt het netwerk en verwijst zo nodig Zij/hij kent palliatieve zorgvoorzieningen (sociale kaart - informele en formele voorzieningen) en kan het netwerk motiveren hiervan gebruik te maken, indien dat nodig is. Daarnaast signaleert zij/hij leemtes in de voorzieningen en brengt die onder de aandacht van relevante stakeholders. De zorgverlener ondersteunt zorgmedewerkers bij het versterken van het netwerk van de cliënt en draagt bij aan het maken van protocollen en richtlijnen.

Canmeds rol 6: De Organisator

	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
Dimensie / Aspect	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
Coördineren van zorg	De zorgverlener handelt op basis van eigen bevindingen zonder afstemming met andere zorgverleners.	De zorgverlener signaleert taken die geregeld moeten worden bij palliatieve cliëntensituaties en geeft deze door aan de verpleegkundige of eerst verantwoordelijke verpleegkundige of verzorgende	De zorgverlener heeft geen kennis van het beleid van de eigen organisatie is (b.v. informatie- en communicatietechnologie) - en/of voert praktische coördinatie van palliatieve zorg voor groepen zorgvragers niet uit.	De zorgverlener; <ul style="list-style-type: none"> ▪ heeft inzicht in en kennis van de bekostiging van de palliatieve zorg (inclusief de rol van de zorgverzekeraar) ▪ weet van het beleid van de eigen organisatie is (b.v. informatie- en communicatietechnologie) ▪ voert praktische coördinatie van palliatieve zorg voor groepen zorgvragers uit
Verpleegkundig leiderschap	nvt	nvt	De zorgverlener toont geen leiderschap t.a.v. het primaire proces van de palliatieve zorg, rondom zorgvragers en het coördineren en het waarborgen van de continuïteit van de palliatieve zorg.	De zorgverlener benoemt op basis van deskundigheid waar de verantwoordelijkheid ligt bij de palliatieve zorgverlening. Zij/hij neemt beslissingen over beleid (prioritering) en middelen voor individuele zorgvragers waarin het verpleegkundig, organisatie en zorgvrager belang wordt gewogen.
Verpleegkundig ondernemerschap	nvt	nvt	De zorgverlener heeft geen inzicht in het verantwoord gebruik van materialen en middelen en committeert zich onvoldoende aan de rechten en plichten als werknemer en professional die gelden binnen een arbeidsrelatie of arbeidsovereenkomst.	De zorgverlener gaat op een verantwoorde wijze met materialen en middelen om en committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en professional die gelden binnen een arbeidsrelatie of arbeidsovereenkomst.
Veiligheid bevorderen	De zorgverlener geeft geen blijk van kennis en vaardigheden op meest voorkomende problemen en risico's in de palliatieve fase waardoor veiligheidsproblemen kunnen	De zorgverlener kent bestaande maatregelen m.b.t. de cliëntveiligheid bij een palliatieve zorgvrager, bijvoorbeeld: palliatieve kaart, hospice voorziening, etc. Zij/hij is op hoogte van meest voorkomende	De zorgverlener heeft onvoldoende kennis van de verpleegkundige richtlijnen en standaarden voor palliatieve zorg en/of onderneemt daarop geen gerichte actie (ontwikkelen, evalueren en bijstellen van standaarden	De zorgverlener signaleert leemtes op het gebied van verpleegkundige richtlijnen en standaarden voor palliatieve zorg en onderneemt daarop actie (ontwikkelen, evalueren en bijstellen van standaarden en/of



	optreden.	problemen in palliatieve fase (o.a. pijn, vermoeidheid, uitdroging) en schakelt de verpleegkundige of eerst verantwoordelijke verpleegkundige danwel verzorgende in.	en/of richtlijnen) t.b.v. de medewerkers en organisatie.	richtlijnen). Voorts signaleert zij/hij leemtes in het werk- en leerklimaat binnen de organisatie
Bevorderen werk en leerklimaat	De zorgverlener is zich niet bewust van eigen tekortkomingen en leermogelijkheden.	De zorgverlener kent het palliatief beleid van de organisatie en rapporteert en overlegt met verpleegkundige over ervaren praktische belemmeringen in het werk- en leerklimaat (bijvoorbeeld: ruimtegebrek, cliëntstelsel staat niet open, eigen leemtes in kennis en vaardigheden)	De zorgverlener kent het beleid van de eigen organisatie is (bijvoorbeeld: informatie- en communicatietechnologie) en voert de praktische coördinatie van palliatieve zorg voor groepen zorgvragers uit	De zorgverlener signaleert leemtes op het gebied van verpleegkundige richtlijnen en standaarden voor de palliatieve zorg en onderneemt daarop adequate actie (ontwikkelen, evalueren en bijstellen van standaarden en/of richtlijnen)

	Verpleegkundige, niveau 5	
Dimensie / Aspect	Onvoldoende	Voldoende
Coördineren van zorg	De zorgverlener kan een indicatie stellen en een zorgplan opmaken maar geeft daarbij geen blijk van klinisch redeneren bij de totstandkoming van een indicatie of zorgplan. Zij/hij maakt geen gebruik van bekostigingsmogelijkheden m.b.t. palliatieve zorg.	De zorgverlener heeft inzicht in en kennis van de bekostiging van de palliatieve zorg (inclusief de rol van de zorgverzekeraar) en gaat hier effectief mee om. De zorgverlener weet van het beleid van de eigen organisatie is (b.v. informatie- en communicatietechnologie) en stelt een adequate indicatie en of zorgplan op volgens de wet en regelgeving en op basis van klinisch redeneren, evalueert en past zo nodig de indicatie of het zorgplan aan
Verpleegkundig leiderschap	De zorgverlener geen zichtbaar leiderschap door zich te profileren op terrein van palliatieve zorg, mede namens organisatie.	De zorgverlener treedt op als vertegenwoordiger of ambassadeur voor de palliatieve zorg en is aanspreekpunt voor de eigen zorgmedewerkers en netwerkpartners op dit terrein.
Verpleegkundig ondernemerschap	De zorgverlener gaat onverantwoord om met voorzieningen, hulpmiddelen en materialen en/of kan de palliatieve zorg rondom zorgvragers niet goed coördineren en de continuïteit van palliatieve zorg niet waarborgen. De zorgverlener toont geen initiatief of blijk van rolneming bij verbeteringen in de palliatieve zorg zowel binnen als buiten de organisatie.	De zorgverlener gaat verantwoord om met voorzieningen, hulpmiddelen en materialen en geeft blijk van het feit dat ontwikkelingen op dit terrein worden gevolgd. Zij/hij kan met kennis van het primaire proces de palliatieve zorg rondom zorgvragers coördineren en de continuïteit van palliatieve zorg waarborgen, in samenspraak met de zorgvrager. Daarnaast ontwikkelt (proactief) zij/hij beleid en vertaalt protocollen naar eigen medewerkers n.a.v. actuele ontwikkelingen in palliatieve zorg.



Veiligheid bevorderen	De zorgverlener heeft een gebrek aan kennis van de verpleegkundige richtlijnen en standaarden voor palliatieve zorg en/of toont geen initiatief of blijkt van rolneming bij het bevorderen van een werk- en leerklimaat binnen de organisatie.	De zorgverlener signaleert tekortkomingen in de zorgverlening en onderneemt acties om die op te heffen. Daarnaast signaleert zij/hij leemtes op het gebied van verpleegkundige richtlijnen en standaarden voor palliatieve zorg en onderneemt daarop adequate actie (ontwikkelen, evalueren en bijstellen van standaarden en/of richtlijnen). Ook geeft de zorgverlener er blijk van medewerkers in team of rondom de cliënt te instrueren, begeleiden en coachen.
------------------------------	--	--

Canmeds rol 7: De Kwaliteitsprofessional

Dimensie / Aspect	Verzorgende IG, niveau 3		Verpleegkundige, niveau 4	
	Onvoldoende	Voldoende	Onvoldoende	Voldoende
kwaliteit van zorg leveren	De zorgverlener maakt geen gebruik van relevante richtlijnen en protocollen en handelt impulsief en instinctief (zonder onderbouwing) en/of werkt niet volgens de visie en kwaliteitskaders van de organisatie.	De zorgverlener kent het basisbegrip (definitie) van de palliatieve zorg en kan de richtlijnen en protocollen opzoeken, (vinden) en gebruiken in de praktijk (bijvoorbeeld: signaleringskaarten als eerste, maar ook andere IKNL richtlijnen waar nodig zoeken/vinden en gebruiken) Zij/hij kent de kwaliteitskaders en visie van de organisatie en handelt hiernaar, daarnaast kent zij/hij de waarden en normen en van de beroepsgroep (beroepscode).	De zorgverlener maakt geen gebruik van relevante richtlijnen en protocollen en handelt impulsief en instinctief (zonder onderbouwing) en/of werkt niet volgens de visie en kwaliteitskaders van de organisatie.	De zorgverlener kent de definitie palliatieve zorg, dit uit zich in: toepassing van de richtlijnen en protocollen en wetgeving in de praktijk (besluitvorming palliatieve zorg inclusief IKNL richtlijnen) en handelt volgens de kwaliteitskaders en visie van de organisatie. Daarnaast handelt zij/hij naar de waarden en normen van de beroepsgroep (beroepscode) en is zich daarbij bewust van eigen waarden en normen.
participeren in kwaliteitszorg	De zorgverlener heeft geen aandacht voor potentiële problemen en werkt voornamelijk solistisch.	De zorgverlener kan een zorgplan opstellen i.s.m. andere disciplines en prioriteiten stellen op verzorgend niveau in midden en laagcomplexe zorgsituaties en kan (voor hen) relevante signalen doorgeven aan collega's en andere disciplines.	De zorgverlener werkt ad-hoc en werkt solistisch en/of zij/hij maakt geen gebruik van de laatste nieuwe inzichten (EBP) op het gebied van palliatieve zorg.	De zorgverlener kan planmatig werken i.s.m. andere disciplines en prioriteiten stellen op verpleegkundig niveau in midden complexe zorgsituaties daarbij signaleert, bespreekt en neemt zij/hij actief deel aan kwaliteitszorg en innovatie. Eventueel verwijst zij/hij zo nodig door naar andere disciplines of deskundigen.
professioneel gedrag	De zorgverlener blijft ondanks feedback instinctief en impulsief handelen en vertoont grensoverschrijdend gedrag met betrekking tot zichzelf, de zorgvrager, derden en de organisatie.	De zorgverlener kan feedback geven, ontvangen en ernaar handelen, heeft inzicht in eigen grenzen/ bekwaamheden en handelt hiernaar. De zorgverlener is zich bewust van eigen grenzen afstand en nabijheid	De zorgverlener blijft ondanks feedback instinctief en impulsief handelen en vertoont grensoverschrijdend gedrag met betrekking tot zichzelf, de zorgvrager, derden en de organisatie.	De zorgverlener kan feedback geven, ontvangen en ernaar handelen, heeft inzicht in eigen grenzen/ bekwaamheden en handelt hiernaar. De zorgverlener is zich bewust van eigen grenzen afstand en nabijheid.



Indicator/Aspect	Verpleegkundige, niveau 5	
	Onvoldoende	Voldoende
kernbegrip: kwaliteit van zorg leveren	De zorgverlener maakt geen gebruik van relevante richtlijnen en protocollen en handelt impulsief en instinctief (zonder onderbouwing) en/of werkt niet volgens de visie en kwaliteitskaders van de organisatie. Daarnaast geeft zij/hij geen voorbeeldfunctie voor collega's m.b.t. professioneel gedrag.	De zorgverlener kent de definitie van palliatieve zorg en kan de richtlijnen, protocollen, professionele standaarden en wetgeving toepassen in de context van de dagelijkse praktijk. Zij/hij kent de kwaliteitskaders en visie van de organisatie en handelt hiernaar. Daarnaast monitort, meet en screent zij/hij op kritische wijze de resultaten van zorg op cliënt- en organisatieniveau. Zij/hij heeft kennis van eigen waarden en normen en van de beroepsgroep (beroepscode) en persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid en handelt hiernaar. Tot slot spoort de zorgverlener collega's en andere disciplines aan tot professioneel gedrag in het leveren van goede palliatieve zorg.
kernbegrip: participeren in kwaliteitszorg	De zorgverlener werkt ad-hoc en solistisch en maakt hoegenaamd geen gebruik van de laatste actuele inzichten (EBP). Als gevolg (onder anderen) daarvan levert zij/hij geen bijdrage aan de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg in de palliatieve zorg.	De zorgverlener kan effectief, efficiënt en resultaatgericht werken i.s.m. andere disciplines en prioriteiten stellen op verpleegkundig niveau in hoog complexe zorgsituaties. Zij/hij levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen (kwaliteitscyclus), zorgtechnologie en innovatie op lokaal niveau. De zorgverlener signaleert het ontbreken van standaarden, richtlijnen en protocollen en draagt bij aan de ontwikkeling hiervan. Zij/hij is op de hoogte van de visie en het beleid van de organisatie en is in staat het beleid van de organisatie te beïnvloeden op het gebied van palliatieve zorg, rekening houdend met actuele wetenschappelijke, maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.
kernbegrip: professioneel gedrag	De zorgverlener blijft ondanks feedback instinctief en impulsief handelen en vertoont grensoverschrijdend gedrag met betrekking tot zichzelf, de zorgvrager, derden en de organisatie. Zij/hij is zich niet bewust van dit gedrag.	De zorgverlener kan feedback geven, ontvangen en ernaar handelen, heeft inzicht in eigen grenzen/ bekwaamheden en handelt hiernaar. De zorgverlener is zich bewust van eigen grenzen afstand en nabijheid. Daarnaast spreekt zij/hij collega's en aankomend verpleegkundigen aan op (on)professioneel gedrag. Tot slot toont zij/hij persoonlijk en professioneel leiderschap (assertief, gedreven, betrokken, anticiperen).



Bijlage 1

PROJECTPLAN 'SAMEN WERKEN AAN DESKUNDIGHEID'

1 ALGEMEEN

1.1 Projectnaam

'Samen werken aan Deskundigheid. Scholing voor zorgprofessionals in de regionale Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland'

1.2 Aanvrager(s)

De aanvraag is geïnitieerd door de programmaraad NPZZG

2 DEFINITIE

2.1 Aanleiding

Het ministerie van VWS wil de komende jaren de kwaliteit van de palliatieve zorg verbeteren en investeert daarom samen met het veld in onder andere het Nationaal Programma Palliatieve Zorg van ZonMw. Doel van dit Nationale programma is "dat in 2020 iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning.

Om kwalitatief goede palliatieve zorg te kunnen verlenen is een goede samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals belangrijk. Vanaf 2002 zijn de netwerken PZ ontstaan om deze samenwerking te bevorderen en om palliatieve zorg te integreren in de bestaande reguliere zorg. Op dit moment zijn er in Nederland een 60-tal regionale netwerken Palliatieve zorg (www.palliatief.nl). Medio 2014 zijn de Expertisecentra PZ, Fibula (netwerken) en IKNL in gesprek om de kaders voor samenwerken het gebied van de palliatieve zorg nader te duiden, ieder vanuit zijn eigen kerntaak. Om palliatieve zorg goed te organiseren is een ontwikkeling gaande tot het vormen van zeven consortia die zijn geconcentreerd rondom de Expertise Centra Palliatieve Zorg.

Eén van de opdrachten voor de regionale netwerken is het toepassen van kennis en het afstemming van zorg, knelpunten identificeren en vertalen naar verbeterprojecten en stimulatie van deskundigheidsbevordering.

Op regionaal niveau willen we in Zuid Gelderland kijken hoe de samenwerking, in de breedste zin van het woord, kan worden bevorderd. Als eerste stap is in 2013 is een nieuwe netwerkvisie ontwikkeld. Hierin staan 5 waarden omschreven die door alle bestuurders van de bij het netwerk betrokken organisaties zijn omarmt. Deze waarden zijn:

- De patiënt en diens naasten zijn het centrum van ons handelen
- Wij werken vanuit het adagium regeren is vooruit zien
- Wij werken continu aan uitstekende onderlinge verbindingen
- Wij organiseren regionaal met behoud van de menselijke maat en slagkracht
- Wij organiseren deskundigheid en houden de balans tussen state of art kennis en pragmatisme

Eén van die waarden heeft betrekking op het deskundigheidbevordering en het organiseren van de balans tussen state of the art kennis en werkend pragmatisme. Met andere woorden welke kennis en vaardigheden is er, wat is nodig voor kwalitatief goede palliatieve zorgverlening, hoe kunnen we de deskundigheid van alle zorgprofessionals die palliatieve zorg verlenen verbeteren en bevorderen, en hoe kunnen we dit het beste met elkaar organiseren..

Het streven is dan ook om netwerkbreed de beschikbare kennis en vaardigheden, maar zeker ook de gewenste attitude van de professional en de vrijwilliger te realiseren.

Dit kan door het ontwikkelen en organiseren van zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire scholingsprogramma's Palliatieve zorg.

2.2 Probleemstelling

In 2014 is geïnventariseerd welke scholingen (in de breedste zin van het woord) is aangeboden in het netwerk regio Zuid Gelderland; uit deze inventarisatie lijkt het scholingsaanbod niet volledig.

De indruk bestaat is dat er meer scholing wordt aangeboden dan uit de inventarisatie naar voren is gekomen, en dat er geen afstemming is tussen de verschillende aanbieders over de inhoud, de



organisatie en de kwaliteit van de scholingen. Daarnaast is het niet helder af de aangeboden scholingen zijn geaccrediteerd. Tot slot bestaat de indruk dat de meeste scholingen monodisciplinair zijn, terwijl Palliatieve zorg multi dimensioneel is en in die zin om een multidisciplinaire benadering vraagt.

2.3. Doel

Het doel van dit project is te komen tot een regionaal scholingsprogramma Palliatieve Zorg, wat is geïmplementeerd en geborgd in alle zorgorganisaties die zijn aangesloten bij de regionale Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland.

Bij het ontwikkelen van het scholingsprogramma en de borging zijn alle zorginstellingen, onderwijs- en opleidingsinstituten binnen de regio en het Expertisecentrum Palliatieve Zorg (EPZ) nadrukkelijk betrokken.

2.4 Beoogde resultaten

- Regionale organisatiestructuur:
 - organisatie van huidige bij/nascholingsaanbod
 - ontwikkelen nieuw scholingsaanbod voor de betreffende doelgroepen
 - samenwerking
 - o afspraken
 - o partners
 - o etc.
 - betrokken functionarissen etc.
- Implementatie en inbedding in zorgorganisaties
 - plan van aanpak
- Scholingsprogramma
 - inventarisatie huidige regionale aanbod
 - thema's
 - monodisciplinair / multidisciplinair
- Evaluatie
 - organisatiestructuur
 - inhoudelijke scholingsprogramma
 - ieder scholingsaanbod
- Borging (Deming Cyclus)

2.5 Doelgroep

- A. Op ontwikkelniveau: Expertisecentrum Palliatieve Zorg Zuid/Oost, Quapal, opleiders binnen organisaties en opleidingscoördinatoren van opleidingsinstituten.
- B. Op niveau van deelnemers aan scholing: alle zorgprofessionals die palliatieve zorg verlenen (van MBO niveau 2 tot HBO/WO)

2.6 Randvoorwaarden

Uitvoering geven aan het netwerk Handvest, oktober 2013

Commitment/draagvlak van en faciliteren projectactiviteiten door alle organisaties die bij het netwerk zijn aangesloten: Te weten Huisartsenkring Rijk van Nijmegen e.o., Coöperatie voor Integrale Huisartsenzorg Nijmegen, ZZG zorggroep, Radboudumc, CWZ, Waalboog, Kalorama, Zorggroep Maas & Waal, 100 uw welzijns- en zorgnetwerk, BTH Maas & Waal Druten, Stichting LuciVer, TVN zorgt, HAN/VDO in samenwerking met het Expertisecentrum Palliatieve Zorg Zuid/Oost.

3 ACTIVITEITEN

- Inrichten en implementeren van organisatiestructuur tbv het scholingsprogramma;
- Inventarisatie van huidige aanbod binnen de genoemde in de regio;
- Ontwikkelen nieuw scholingsaanbod organiseren van scholingsbijeenkomsten;
- Evaluatie van organisatiestructuur, scholingsprogramma en aangeboden scholingen;
- Keuze maken voor het te hanteren kwaliteitssysteem/systemen;
- Ontwikkelen van kaders voor borging.



4 TIJDSPLANNING

Naar verwachting een project van 2 jaar

A. 1e jaar met name gericht op het ontwikkelen van de organisatiestructuur, scholingsprogramma en scholingsaanbod.

B. 2e jaar met name gericht op de uitvoering en evaluatie.

5 PROJECTORGANISATIE

Projectleiding: ProjectYou

Projectgroep:

- Afgevaardigde onderwijs- en opleidingsorganisatie (HAN), (*Rianne van Boekel*)
- Doelgroepvertegenwoordiger verpleegkundigen 1^e en 2^e lijn, (*Inge Roes*)
- Doelgroepvertegenwoordiger verzorgenden 1^e en 2^e lijn (*Diana Harbers*)
- Doelgroep vertegenwoordiger deskundigheid programmaraad, (*Els Verschuur*)
- Vertegenwoordiger EPZ Zuid/Oost (*Marieke v/d Brand?*)

Opdrachtgever namens netwerk: Netwerkcoördinator (schuift zo nodig aan).

6 BEGROTING

Beschikbaar bedrag €7000

Nijmegen, 9 maart 2015

Inge roes

Els Verschuur

Rene Nogarede