

Projectvoorstel

Implementatie kwaliteitskader Palliatieve Zorg

Proactieve zorgplanning en coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg



Interprofessioneel samenwerkingsmodel Palliatieve Zorg Twente

Bron: O²PZ - Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg - Project Onderwijs en Opleiden Palliatieve zorg - o2pz.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Theoretisch kader	6
3. Huidige situatie	9
3.1 Knelpunten	
3.2 Huidige beschikbaarheid specialistische expertise	
4. Wenselijke situatie	11
4.1 Uitgangspunten	
4.2 Rol centrale zorgverlener en infrastructuur	
4.3 Te verwachten resultaten	14
5. Financiering	15
6. Plan van aanpak	16
7. Project begroting	18
Bijlage 1	Werkgroep
Bijlage 2	Knelpuntenanalyse en gebruikte bronnen
Bijlage 3	Inventarisatie best practices
Bijlage 4	Competentieprofiel centrale zorgverlener
Bijlage 5	Competentieprofiel verpleegkundige expertise palliatieve zorg

Samenvatting

Patiënten in de palliatieve fase en hun naasten, als ook zorgprofessionals, ervaren knelpunten met name op het gebied van communicatie, coördinatie en continuïteit van zorg en deskundigheid. Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruitplannen en organiseren.

Het is van belang dat generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers en zorgorganisaties samenwerken als een interprofessioneel team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten, zodat behandeling en zorg afgestemd wordt op de door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften.

De werkgroep proactieve zorgplanning en coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg heeft vastgesteld dat een brede benadering nodig is om de knelpunten, zoals beschreven in bijlage 2, op te lossen. Belangrijke pijlers zijn:

1. **borging van de rol van de centrale zorgverlener**
2. **focus op inzet specialistische expertise**

Ad 1. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is het *belangrijkste aanspreekpunt* voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners, in principe *een BIG-geregistreerde zorgverlener* met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In de huidige praktijk in Twente wordt (vaak) onvoldoende invulling aan deze rol gegeven.

De verwachting is dat als de rol van de centrale zorgverlener (nog) meer vorm en inhoud krijgt, een aantal knelpunten op het gebied van overdracht en communicatie/afstemming als ook de continuïteit van zorg verminderd zullen worden.

Ad 2. Er is veel specialistische expertise beschikbaar in Twente (PaTz-groepen, verpleegkundigen en kaderartsen palliatieve zorg en de palliatieve teams van MST en ZGT). Deze wordt onvoldoende benut, mede doordat er geen organisatie overstijgende samenwerkingsafspraken zijn. Dit terwijl de basiskennis en vaardigheden met betrekking tot palliatieve zorg van veel zorgprofessionals onvoldoende is.

Er zal dan ook een transparante en laagdrempelige *'infrastructuur'* gerealiseerd worden waardoor de *specialistische expertise* vanuit de eerste en tweede lijn:

- waar nodig laten generalistische zorgverleners zich adviseren of ondersteunen door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.
- waar nodig wordt ingezet bij palliatieve patiënten en hun naasten.

De rol van centrale zorgverlener is relatief nieuw, net als het vormgeven/implementeren van een infrastructuur specialistische palliatieve expertise. Daardoor zijn de mogelijke effecten en verwachte resultaten nog niet volledig voorspelbaar. Toch willen we in dit voorstel vooruit blikken op de mogelijke te verwachten resultaten vanuit het perspectief van de patiënt en zijn naasten en vanuit het perspectief van de zorgprofessional.

Verwachte resultaten voor patiënt en naasten:

- ✓ De regie en keuze proces ligt bij de patiënt en diens naasten, hij kiest immers voor een centrale zorgverlener, op basis van wederzijds vertrouwen en expertise;
- ✓ Betere continuïteit en coördinatie van zorg;
- ✓ Wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten worden proactief besproken en vastgelegd, hierdoor ontstaan:
 - Minder onnodige (onverwachte) ziekenhuisopnames/bezoeken SEH;
 - Minder onnodige interventies, zoals bloedafname en controlebezoeken;

- Minder over- dan wel onderbehandeling;
- Meer aandacht voor wensen, behoeften en noden van de patient en diens naasten op alle vier domeinen (Psychisch, sociaal, fysiek en existentieel);
- Sterven op de plaats van voorkeur
- Meer rust en vertrouwen bij de patient en diens naasten, de zorg wordt geleverd zoals het besproken is met de centrale zorgverlener.
- ✓ Minder zorgkosten door proactief inspelen op verwachte situaties, patient en naasten zijn beter voorbereid op mogelijke scenario's en reageren hierdoor minder impulsief;
- ✓ Proactief op/afschalen van zorg;
- ✓ Transmurale overbrugging van zorg, voor bepaalde interventies kan de patient in zijn omgeving blijven, dit leidt tot minder onnodige transfers

Verwachte resultaten voor zorgprofessionals:

- ✓ Er wordt gebruik gemaakt van zowel de expertise van de centrale zorgverlener als die van de expert palliatieve zorg, dit leidt tot betere arbeidstevredenheid/satisfactie;
- ✓ Positionering in de organisatie is duidelijker in de rol van centrale zorgverlener als ook de expert palliatieve zorg;
- ✓ (Inter) professionele communicatie en afstemming leidt tot betere continuïteit en coördinatie en minder ad hoc handelen;
- ✓ (verpleegkundig?) leiderschaps competenties worden bevorderd;
- ✓ Overdragen van kennis aan generalisten
- ✓ Meer opdoen en delen van kennis over de muren van de eigen organisatie heen, (bijv. wijkverpleegkundige leert van VS uit ziekenhuis en vice versa);
- ✓ Betere afstemming met andere (zorg) professionals stimuleert wellicht tot opstarten van PaTz groepen.

Na akkoord van het Dagelijks Bestuur en Algemeen Bestuur wordt het globale implementatieplan voor het starten met pilots verder uitgewerkt. Er zal geëxperimenteerd worden ten aanzien van inzet en rol en taken van de centrale zorgverlener als ook benutting van specialistische expertise. Hierbij zal nadrukkelijk aandacht zijn voor de samenwerking, communicatie en afstemming tussen alle betrokkenen.

Vervolgens worden afspraken gemaakt rondom rol en inzet van de centrale zorgverlener, benutting specialistische expertise en wordt er een infrastructuur gerealiseerd.

Er zal gestart worden met 2 pilots namelijk:

- Pilot met 2 PaTz-groepen/huisartspraktijken, betrokken thuiszorgorganisaties en palliatief team ZGT in de regio Midden- en Noordwest-Twente.
- Pilot met 2 huisartsenmaatschappen/gezondheidscentra (+/- 8 betrokken huisartsen), betrokken thuiszorgorganisaties en palliatief team MST in de regio Enschede-Haaksbergen & Noordoost-Twente.

Menzis wordt gevraagd om actief mee te denken in de pilots gezien de beschikbare expertise over de (on) mogelijkheden met betrekking de (transmurale)zorg.

Om passende bekostiging te realiseren zal gebruik gemaakt worden van de ervaringen en expertise uit lopende [TAPAS](#)- projecten (Transmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging).

1. Inleiding

De Netwerken Palliatieve Zorg implementeren de komende jaren het [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg](#). Dit kader draagt bij aan een landelijk eenduidig beleid ter verbetering van de palliatieve zorg. Kernpunten zijn vroegtijdige inzet van palliatieve zorg, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, continuïteit en coördinatie van zorg, sterven op de plek van voorkeur en palliatieve zorg als generalistische zorg met waar nodig inzet van specialistische ondersteuning.

Uit de literatuur blijkt dat patiënten in de palliatieve fase knelpunten ervaren met name op het gebied van communicatie, coördinatie en continuïteit van zorg en deskundigheid. In Twente is dit niet anders.

Om passende, persoonsgerichte palliatieve zorg te bieden die naadloos aansluit aan de waarden wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten is het belangrijk om in Twente de samenwerking en verbinding te zoeken met alle relevante partners in de regio.

Om de knelpunten, zoals beschreven in bijlage 2, op te lossen heeft het Dagelijks Bestuur een werkgroep (zie bijlage 1) geïnstalleerd met de volgende opdrachten:

- Start met (pragmatische) analyse van de belangrijkste knelpunten op het gebied van proactieve zorgplanning, coördinatie en continuïteit van zorg;
- Inventariseer de 'best practices in den lande' met betrekking tot inzet casemanager, palliatief verpleegkundigen en de ontwikkelingen in de eigen regio;
- Kom met concreet projectvoorstel inclusief plan van aanpak.

Er heeft een bijeenkomst plaatsgevonden rondom het thema 'Casemanagement Palliatieve Zorg' en er is een pragmatische literatuurstudie gedaan naar de ervaren knelpunten door zowel patiënten, naasten als zorgprofessionals. Voor meer informatie over de ervaren knelpunten verwijzen wij u naar bijlage 2.

De werkgroep heeft een theoretische verkenning gemaakt en een inventarisatie van de (best) practices op het gebied van inzet verpleegkundige palliatieve zorg. Zie bijlage 3. Vervolgens is de huidige en wenselijke situatie beschreven.

Gaandeweg werd duidelijk dat een bredere aanpak gewenst is om de knelpunten op te lossen. De werkgroep wil zich focussen op enerzijds optimaliseren inzet centrale zorgverlener en anderzijds het verstevigen van de specialistische ondersteuningsstructuur.

Tot slot

Wij nodigen u van harte uit om dit projectvoorstel tot u te laten spreken. We hopen dat dit project een bijdrage mag leveren aan de verdere ontwikkeling en realisatie van een infrastructuur specialistische expertise, welke door de generalist op een laagdrempelige manier kan worden benut. Met daarnaast de rol van centrale zorgverlener zodanig geborgd dat palliatieve zorg vroegtijdig wordt ingezet, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning en continuïteit en coördinatie van zorg in Twente goed is georganiseerd.

2. Theoretisch kader

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg¹ is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard.

Gedurende het beloop van de ziekte heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken:

- de zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden;
- generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften;
- de centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit;
- de wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.

Generalisten versus specialisten

Zorgprocessen rondom een individuele patiënt worden steeds complexer door een toename van specialisatie in de zorg, van het aantal chronisch zieken en van het aantal patiënten met multi-morbiditeit. In veel gevallen wordt de zorg geleverd door meerdere zorgverleners en zijn meerdere organisaties betrokken.²

In Nederland wordt palliatieve zorg primair als generalistische zorg gezien: dit betekent dat alle zorgverleners zelf palliatieve zorg moeten kunnen verlenen aan mensen met palliatieve zorgbehoeften tot op een zeker niveau; zorgverleners met specialistische kennis van palliatieve zorg worden geraadpleegd als dit nodig is.³

Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.⁴

De gemaakte afspraken worden schriftelijk, bij voorkeur elektronisch, vastgelegd. Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie of opvattingen van de patiënt daar aanleiding toe geven. Dit biedt de mogelijkheid tot herzien en bijstellen van gemaakte afspraken. De gemaakte afspraken worden schriftelijk, bij voorkeur elektronisch, vastgelegd.⁵

¹ [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. Pallialine](#)

² [Advies Denktank Netwerken Palliatieve Zorg, 2018](#)

³ [Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 2.0](#)

⁴ [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. Pallialine](#)

⁵ [Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning \(advance care planning, ACP\) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie](#)

Coördinatie en continuïteit van zorg

Netwerkgorg neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt waarbij verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. Netwerkgorg is zorg waar de patiënt centraal staat en regie voert over zijn gezondheid met behulp van zijn naasten en zorgprofessionals. De nadruk ligt op mogelijkheden in plaats van beperkingen.⁶

Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruitplannen en organiseren.

Coördinatie van zorg

Het nemen van initiatief in het organiseren van de zorg om deze in samenspraak met de patiënt en in onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgverleners en zorgorganisaties soepel volgens het zorgplan te laten verlopen.

Continuïteit van zorg

*Bij continuïteit van zorg*⁷ is er sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd. Continuïteit omvat ten minste:

1. persoonlijke continuïteit: een vaste zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de patiënt kent en volgt;
2. team-continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten;
3. transmurale continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten.

Centrale zorgverlener

Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg en met kennis van zaken vooruitplannen en organiseren. Omdat een team van zorgverleners betrokken is bij palliatieve zorg, wordt bij iedere patiënt één eerstverantwoordelijke (centrale zorgverlener) aangewezen, die deze taken op zich neemt.

De centrale zorgverlener⁸ is het *belangrijkste aanspreekpunt* voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe *een BIG-geregistreerde zorgverlener* met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid. Door veranderingen in de situatie van de patiënt, of in de plaats waar deze verzorgd wordt, kan het noodzakelijk zijn om van centrale zorgverlener te wisselen⁹. Dit kan een reden zijn om een centrale zorgverlener vanuit bijvoorbeeld het ziekenhuis in te zetten.

In de praktijk kan zich ook de situatie voordoen dat de activiteiten worden uitgevoerd door een professional zonder zorgtaken. In dat geval lijkt de term 'casemanager' meer gepast.

⁶ [Advies Denktank Netwerken Palliatieve Zorg, 2018](#)

⁷ [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. IKNL/Palliactief, 2017](#)

⁸ [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. IKNL/Palliactief, 2017](#)

⁹ [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017](#)

Interprofessionele samenwerking

Volgens de WHO¹⁰ is er sprake van een samenwerkingspraktijk wanneer meerdere gezondheidswerkers met verschillende professionele achtergronden samenwerken met patiënten, families, verzorgers en gemeenschappen om de hoogste kwaliteit zorg te bieden in verschillende omgevingen.

Het gaat dus om verschillende beroepsbeoefenaren van verschillende disciplines en verschillende niveaus, die werken om tot een gezamenlijk levenspad voor de patiënt te komen.

Bij interprofessionele samenwerking formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel en hanteren zij een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is.

Ook zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair en waardevol.

De betrokken professionals leveren als het ware een deel van hun autonomie in ten behoeve van het gezamenlijke doel.

Transmurale palliatieve zorg

Transmurale palliatieve zorg¹¹ zijn vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over lijn overstijgende samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en/of specialistische zorgverleners in de palliatieve zorg. Hierbij is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.

¹⁰ whpa.org

¹¹ [Transmurale Palliatieve Zorg vraag 2](#)

3. Huidige situatie

3.1 Knelpunten

Zoals in de inleiding al genoemd heeft de werkgroep de belangrijkste knelpunten op het gebied van proactieve zorgplanning en coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg in Twente vastgesteld, namelijk:

1. Gebrek aan communicatie en informatie naar de patiënt/naasten.
2. De basiskennis en vaardigheden met betrekking tot palliatieve zorg van veel zorgprofessionals is onvoldoende. Mede doordat in de opleidingen tot voor kort geen tot nauwelijks aandacht was voor de palliatieve zorg. Als gevolg daarvan worden palliatieve patiënten vaak (te) laat gemarkeerd en wordt er te weinig aan proactieve zorgplanning gedaan.
3. De overgangen tussen zorgprofessionals en zorgorganisaties verlopen nog niet zonder overlappingsen en hiaten. Het is vaak onduidelijk wie de regie over de zorg aan de patiënt heeft. Er is geen of onvoldoende overdracht.
4. De rol van centrale zorgverlener krijgt onvoldoende invulling.
5. Er wordt weinig gebruik gemaakt van de expertise palliatieve zorg, welke in de regio beschikbaar is.
6. Belemmeringen door wet- en regelgeving en de financiering.

De werkgroep heeft mede met behulp van de theoretische verkenning vastgesteld dat borging van de rol van de centrale zorgverlener en focus op inzet specialistische expertise belangrijke pijlers zijn om bovenstaande knelpunten op te lossen.

Toelichting:

A. De rol van centrale zorgverlener krijgt onvoldoende invulling

De functie van *centrale zorgverlener* is niet ingebed in de zorg in Twente zoals bedoeld in het kwaliteitskader. In de praktijk blijkt dat veel organisaties werken met een eerstverantwoordelijke zorgverlener (VZ-IG of VP). Zij richten zich veelal op de directe zorg rondom de patiënt en kijken niet altijd over de grenzen van hun eigen organisatie heen en missen veelal expertise. Ook zijn de VZ-IG niet BIG-geregistreerd en voldoen daarmee niet aan de eisen zoals in het kwaliteitskader palliatieve zorg is gesteld.

De rol van centrale zorgverlener (arts of verpleegkundige) wordt zeer divers opgepakt en de patiënt, naasten en overige zorgprofessionals zijn vaak niet op de hoogte wie deze rol vervuld.

Met name op het gebied van de transmurale continuïteit valt nog veel winst te boeken.

B. De specialistische expertise wordt onvoldoende benut en is niet ingebed in de eerstelijns.

Dit blijkt uit de zeer minimale consultvragen.

3.2 Huidige beschikbaarheid specialistische expertise op het gebied van palliatieve zorg in Twente

1. *Verpleegkundigen palliatieve zorg en consulenten palliatieve zorg*

In Twente zijn meer dan 60 verpleegkundigen palliatieve zorg (waarvan 20 in opleiding) en consulenten palliatieve zorg werkzaam binnen de ziekenhuizen en VVT-instellingen. Deze verpleegkundigen hebben specialistische kennis van de palliatieve zorg. Binnen en buiten de organisaties worden deze verpleegkundigen heel divers ingezet en lang niet altijd benut. Een aantal verpleegkundigen palliatieve zorg leggen continuïteitshuisbezoeken¹² af. Er zijn organisaties welke beleid hebben of dit aan het

¹² [Continuïteitshuisbezoeken](#)

ontwikkelen zijn met betrekking tot de inzet verpleegkundigen palliatieve zorg en/of consultants palliatieve zorg. Er zijn organisatie overstijgend geen afspraken over hoe deze expertise meer te benutten en/of hoe de verbinding te versterken met de kaderartsen, Palliatieve teams en PaTz-groepen.

2. *Kaderartsen palliatieve zorg*

Twente kent vier kaderhuisartsen palliatieve zorg, waarvan drie betrokken zijn bij de Palliatieve Teams in de ziekenhuizen als ook het Fibula (voorheen IKNL) consultteam. Ook begeleiden drie van de vier kaderhuisartsen PaTz-groepen. Daarnaast zijn er nog drie specialisten ouderengeneeskunde die tevens kaderarts palliatieve zorg zijn. Eén van hen begeleidt eveneens een PaTz-groep.

3. *Palliatieve teams ZGT en MST*

In beide ziekenhuizen is een transmuraal palliatief team actief waarbij zowel verpleegkundig consultants (MST) als verpleegkundig specialisten (ZGT), samen met medisch specialisten en een geestelijk verzorger, beschikbaar zijn voor consultvragen uit zowel het ziekenhuis als de eerstelijns. In beide teams participeren kaderhuisartsen palliatieve zorg. Deze laatste participeren in de Fibula (voorheen IKNL) consultteams evenals twee verpleegkundig consultants palliatieve zorg. De verpleegkundig specialisten palliatieve zorg van ZGT doen ook huisbezoeken bij patiënten thuis op verzoek van de huisarts of specialist.

Vanuit de palliatieve teams van de ziekenhuizen is er behoefte aan contactgegevens/structuur palliatieve verpleegkundigen van de diverse VVT-organisaties. Dit teneinde 'warme' overdracht en afstemming soepeler te laten lopen en meer deskundigheid in te zetten.

4. *PaTz-groepen*

In Hellendoorn-Nijverdal, Almelo, Tubbergen-Geesteren, Vriezenveen en Hengelo zijn PaTz-groepen¹³ actief. De kaderhuisartsen palliatieve zorg en één Specialist Ouderengeneeskunde, tevens kaderarts palliatieve zorg, begeleiden deze PaTz-groepen. In vier PaTz-groepen participeren geestelijk verzorgers en de vijfde PaTz-groep volgt binnenkort. Daarnaast participeren verpleegkundigen in de wijk of wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen palliatieve zorg.

¹³ [PaTz](#)

4. Wenselijke situatie

4.1 Uitgangspunten

Het is van belang dat generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers en zorgorganisaties samenwerken als een interprofessioneel team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten, zodat behandeling en zorg afgestemd wordt op de door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften.

Uitgangspunten:

- De waarden, wensen en behoeften van de patiënt (en naasten) vormen een gezamenlijk vertrekpunt voor integrale en persoonsgerichte palliatieve zorg.
- Iedere inwoner van Twente heeft toegang tot eenduidige informatie over de (on)mogelijkheden van de palliatieve zorg en het palliatieve zorgaanbod en heeft de keuze om te sterven op de plaats van voorkeur binnen de grenzen van de mogelijkheden.
- Generalistische zorgverleners werken samen bij de zorg voor palliatieve patiënten en hun naasten. Hierbij is specialistische expertise laagdrempelig en lokaal beschikbaar en benut.
- De patiënt en naasten worden actief en op een eenduidige wijze op de hoogte gebracht van hun recht op een centrale zorgverlener, de rol van de centrale zorgverlener en wat zij kunnen verwachten.
- De patiënt en diens naasten worden actief betrokken in het keuzeproces van toewijzing van een centrale zorgverlener door de behandelaar op het moment van markering palliatieve fase.
- De centrale zorgverlener is bij de overige betrokken zorgverleners, ook bij de vrijwilligers, bekend en afgesproken is op welke wijze hij/zij benaderd kan worden.
- De hoofdbehandelaar is altijd een arts.
- De centrale zorgverlener is een BIG-geregistreerde zorgprofessional.
- Er is een transparante en laagdrempelige 'infrastructuur' waardoor de specialistische expertise, vanuit de eerste en tweede lijn, beschikbaar en benut wordt door de generalistische zorgverleners.
- Specialistische expertise wordt ingezet bij palliatieve patiënten en hun naasten en zij coachen en/of scholen de (wijk) teams:
 - o in het herkennen van de palliatieve patiënten
 - o gespreksvoering met patiënt en naasten
 - o opstellen en evalueren van proactieve zorgplanning
 - o coördinatie en met name transmurale continuïteit van zorg
 - o begeleiding en coachen van mantelzorgers
 - o het vinden van informatie over de palliatieve zorg en de sociale kaart

4.2 Rol centrale zorgverlener en infrastructuur specialistische expertise palliatieve zorg

Er wordt ingezet op een 2- sporenbeleid namelijk:

1. Implementatie rol centrale zorgverlener
2. Realiseren transparante en laagdrempelige infrastructuur inzet specialistische expertise palliatieve zorg

4.2.1 Rol centrale zorgverlener

Omdat een team van zorgverleners betrokken is bij de palliatieve zorg, wordt in gezamenlijkheid (interprofessionele samenwerking) een eerstverantwoordelijke (centrale zorgverlener) aangewezen. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener¹⁴ uitgevoerd door de hoofdbehandelaar dan wel gedelegeerd aan een ander, in de palliatieve zorg

¹⁴ [Kwaliteitskader palliatieve zorg](#)

gespecialiseerd, teamlid. Elke BIG-geregistreerde zorgprofessional (generalist en specialist) kan de centrale zorgverlener zijn. De (huis) arts blijft hoofdbehandelaar.

Door¹⁵ veranderingen in de situatie van de patiënt, of in de plaats waar deze verzorgd wordt, kan het noodzakelijk zijn om van centrale zorgverlener te wisselen.

In de praktijk kan zich ook de situatie voordoen dat de activiteiten worden uitgevoerd door een professional zonder zorgtaken. In dat geval lijkt de term 'casemanager' meer gepast.

De patiënt en naasten bepalen in welke mate zij de eigen regie willen en kunnen behouden en met welke ondersteuning. Dit hangt mede af van:

- De mate van regelcapaciteit en complexiteit van zorg;
- De mate van complexiteit, zowel organisatorisch en/of inhoudelijk, en verschillende betrokken zorgverleners met meerdere eindverantwoordelijken;
- Het overstijgen van de eigen mogelijkheden van patiënt, naasten en zorgprofessionals ten aanzien van coördinatie en afstemming.

De verwachting is dat als de rol van de centrale zorgverlener (nog) meer vorm en inhoud krijgt een aantal knelpunten op het gebied van overdracht en communicatie/afstemming als ook de continuïteit van zorg verminderd zullen worden.

Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is een zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg.

Rol/Profiel centrale zorgverlener

- BIG-geregistreerd;
- Toont (verpleegkundig) leiderschap;
- Is proactief en eerste aanspreekpunt voor de palliatieve patiënt en diens naasten en betrokken zorgprofessionals (medisch en paramedisch) en vrijwilligers;
- Kijkt verder dan de eigen organisatie. Zorgt voor (transmurale) continuïteit;
- Heeft laagdrempelig toegang tot specialistische expertise palliatieve zorg en benut deze;
- Zorgt ervoor dat palliatieve patiënten (via de PaTz-verpleegkundigen of huisarts) ingebracht worden tijdens PaTz-bijeenkomsten, indien in de regio een PaTz-groep actief is;
- Is bekend met de palliatieve sociale kaart en weet palliatieve expertise te vinden.

Bovenstaande rol past bij de functie van de HBO-verpleegkundige. Het competentieprofiel centrale zorgverlener is te vinden in bijlage 4.

4.2.2 Infrastructuur specialistische expertise

- Elke bij het Netwerk aangesloten organisatie heeft een x-aantal (nader te bepalen in de pilots) verpleegkundigen palliatieve zorg met een duidelijke functieomschrijving in dienst en faciliteert de verpleegkundige(n) bij het uitvoeren van hun rol zowel binnen de eigen organisatie als voor de regio. In de pilots wordt de rol/functieomschrijving ontwikkeld. Er wordt een eenduidige werkwijze m.b.t. inzet verpleegkundigen palliatieve zorg voor heel Twente nagestreefd. In bijlage 5 is het profiel te vinden welke Saxion gebruikt voor haar Leergang Palliatieve Zorg.
- In elke PaTz-groep participeert, naast de groep huisartsen en wijkverpleegkundigen, minimaal één verpleegkundige palliatieve zorg en één geestelijk verzorger. Elke PaTz-groep wordt begeleid door een kader(huis) arts of consulent palliatieve zorg.

¹⁵ [Samenwerken in de palliatieve zorg – zorg rondom de patiënt](#)

- De palliatieve teams van ZGT en MST zijn beschikbaar voor consulten van de professionals werkzaam in de eerstelijns, als ook voor de verpleegkundigen palliatieve zorg. Inzetbaarheid rechtstreeks bij patiënten in de eerste lijn wordt onderzocht tijdens de pilots.
- De palliatieve teams, PaTz-groepen en verpleegkundigen palliatieve zorg kennen elkaar en weten elkaar te vinden. Dit doordat er een structuur is (leernetwerk) waarbij ze elkaar ontmoeten en elkaar versterken.
- Vanuit de Netwerken Palliatieve Zorg wordt bovenstaande structuur gefaciliteerd en gemonitord.



Interprofessioneel samenwerkingsmodel Palliatieve Zorg Twente

Bron: O²PZ - Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg - Project Onderwijs en Opleiden Palliatieve zorg - o2pz.nl

4.3 Te verwachten resultaten

De rol van centrale zorgverlener is relatief nieuw, net als het vormgeven/implementeren van een infrastructuur specialistische palliatieve expertise. Daardoor zijn de mogelijke effecten en verwachte resultaten nog niet volledig voorspelbaar. Toch willen we in dit voorstel vooruit kijken op de mogelijke te verwachten resultaten vanuit het perspectief van de patient en zijn naasten en vanuit het perspectief van de zorgprofessional.

Verwachte resultaten voor patient en naasten:

- ✓ De regie en keuze proces ligt bij de patient en diens naasten, hij kiest immers voor een centrale zorgverlener, op basis van wederzijds vertrouwen en expertise;
- ✓ Betere continuïteit en coördinatie van zorg;
- ✓ Wensen en behoeften van de patient en diens naasten worden proactief besproken en vastgelegd, hierdoor ontstaan:
 - Minder onnodige (onverwachte) ziekenhuisopnames/bezoeken SEH;
 - Minder onnodige interventies, zoals bloedafname en controlebezoeken;
 - Minder over- dan wel onderbehandeling;
 - Meer aandacht voor wensen, behoeften en noden van de patient en diens naasten op alle vier domeinen (Psychisch, sociaal, fysiek en existentieel);
 - Sterven op de plaats van voorkeur
 - Meer rust en vertrouwen bij de patient en diens naasten, de zorg wordt geleverd zoals het besproken is met de centrale zorgverlener.
- ✓ Minder zorgkosten door proactief inspelen op verwachte situaties, patient en naasten zijn beter voorbereid op mogelijke scenario's en reageren hierdoor minder impulsief;
- ✓ Proactief op/afschalen van zorg;
- ✓ Transmurale overbrugging van zorg, voor bepaalde interventies kan de patient in zijn omgeving blijven, dit leidt tot minder onnodige transfers

Verwachte resultaten voor zorgprofessionals:

- ✓ Er wordt gebruik gemaakt van zowel de expertise van de centrale zorgverlener als die van de expert palliatieve zorg, dit leidt tot betere arbeidstevredenheid/satisfactie;
- ✓ Positionering in de organisatie is duidelijker in de rol van centrale zorgverlener als ook de expert palliatieve zorg;
- ✓ (Inter) professionele communicatie en afstemming leidt tot betere continuïteit en coördinatie en minder ad hoc handelen;
- ✓ (verpleegkundig?) leiderschaps competenties worden bevorderd;
- ✓ Overdragen van kennis aan generalisten
- ✓ Meer opdoen en delen van kennis over de muren van de eigen organisatie heen, (bijv. wijkverpleegkundige leert van VS uit ziekenhuis en vice versa);
- ✓ Betere afstemming met andere (zorg) professionals stimuleert wellicht tot opstarten van PaTz groepen.

5. Financiering

Financiering

Onderdeel van het project zal zijn om passende bekostiging te realiseren voor voorgaande beschreven wenselijke situatie.

Netwerkg¹⁶ valt of staat bij mensen; mensen die kunnen samenwerken in teams over de muren van hun organisatie heen in een context van innovatie en vertrouwen. Om dit te realiseren zijn bepaalde randvoorwaarden nodig. Een daarvan is een juiste mix van financieringsarrangementen die de samenwerking tussen zorgaanbieders stimuleert.

De systeemnetwerken zijn sterk gefragmenteerd (eerstelijnszorg en tweedelijnszorg), waardoor de bekostiging van palliatieve zorg zeer complex is. Palliatieve zorg wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Voor het zoeken naar passende bekostiging en het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de palliatieve zorg wordt aansluiting gezocht bij het landelijk project Transmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$). Er wordt gebruik gemaakt van ervaringen en expertise uit lopende TAPA\$¹⁷ projecten. Daarnaast zal Menzis betrokken worden bij het project in verband met beschikbare expertise bekostiging Menzis onderschrijft in het [inkoopbeleid 2021](#) (pagina 39 punt 10) het belang van verbeteren bovenstaande knelpunten.

Onderzocht zal worden, in overleg met Menzis, of de [beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten](#) benut kan worden voor dit project.

¹⁶ [Zorgnetwerken die werken](#)

¹⁷ [TAPA\\$](#)

6. Plan van aanpak

Strategie:

Er wordt ingezet wordt op een 2- sporenbeleid:

1. Implementatie rol centrale zorgverlener
2. Realiseren transparante en laagdrempelige infrastructuur inzet specialistische expertise

Hierbij zal in de praktijk gaandeweg precieze werkwijze en taakverdeling ontwikkeld en zo nodig bijgesteld worden (pdca).

Belangrijk voor beide sporen is dat er breed draagvlak ontstaat in Twente voor de wenselijke situatie. Vandaar dat gestart wordt met het bespreken van dit beleidsvoorstel in de diverse gremia, zoals huisartsen, thuiszorg, ziekenhuizen en zorgverzekeraar. Zo nodig wordt het plan aangepast. Na akkoord Dagelijks Bestuur en Algemeen Bestuur wordt het globale implementatieplan voor het starten met twee pilots verder uitgewerkt en uitgevoerd. Namelijk:

- Pilot met twee PaTz-groepen, betrokken thuiszorgorganisaties en palliatief team ZGT in de regio Midden- en Noordwest-Twente.
- Pilot met twee huisartsenmaatschappen/gezondheidscentra (+/- acht betrokken huisartsen), betrokken thuiszorgorganisaties en palliatief team MST in de regio Enschede-Haaksbergen & Noordoost-Twente.

De effecten/voortgang op proces en inhoud worden onderzocht door Saxion en de resultaten worden gedeeld met alle betrokkenen.

Fasering en activiteiten

Datum	Activiteiten	Wie	Gereed
December 2020 en Januari 2021	Bespreken voorstel in werkgroep beleid, netwerkgroepen, verpleegkundigen palliatieve zorg, PaTz-groepen, (kader)huisartsen (Huisartsenkring), palliatieve teams en Menzis	NWC en werkgroep	
26 januari 2021	Agenderen beleidsvoorstel in het DB	NWC	
30 maart 2021	Voorleggen aan het AB	DB en NWC	
April oktober 2021	Bij akkoord start (nieuwe) werkgroep om implementatie pilots te begeleiden. Hierbij zijn aandachtspunten: Projectstructuur inregelen; <i>Inventarisatie en bepalen deelnemers pilot</i> <i>Realisatie infrastructuur specialistische expertise</i> - inventarisatie beschikbare verpleegkundigen (palliatieve) zorg en	Werkgroep bestaande uit Afgevaardigde DB Netwerken I.van Zuilekom, Saxion afgevaardigde Menzis Netwerkcoördinatoren (tevens projectleiding) <i>en deelnemers pilots:</i> 2 huisartsen Patzgroepen regio MNWT	

	<p>huisartsen betrokken bij de PaTz-groepen, huisartsenmaatschappen/gezondheidscentra en de ziekenhuizen</p> <ul style="list-style-type: none"> - afvaardiging beide Palliatieve Teams MST en ZGT - Ontwikkelen werkwijze(s) (incl. stroomschema) gebruik makend van bestaande (TAPA\$) projecten - onderzoeken scholingsbehoefte/-noodzaak/empowerment betrokkenen - Bepalen/realiseren, scholingsplan en begeleidingsstructuur - Rol/afstemming palliatieve teams/PaTz-groepen/huisartsenpraktijken en Centrale zorgverleners - Aandacht voor implementatie rol centrale zorgverlener - Pdca cyclus ook met (individuele) organisaties doorlopen <p><i>Neerzetten rol centrale zorgverlener</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrale bijeenkomst centrale zorgverleners. Doel bespreken rol - Scholen/empowerment etc. - Intervisiebijeenkomsten (PDCA) <p><i>Monitoren/Onderzoek</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bepalen/onderzoeken wat gemonitord dient te worden (proces en inhoud) en hoe dat te realiseren i.s.m. Saxion - Realiseren “dashboard” - Zorgdragen voor monitoren proces en opbrengst middels onderzoek in samenwerking met Saxion - Nulmeting? - Leren van en met elkaar - Continu proces van PDCA 	<p>2 huisartsen regio EHNOT</p> <p>1 verpleegkundige palliatieve zorg van elke deelnemende thuiszorgorganisatie</p> <p>1 of 2 Kaderhuisartsen palliatieve zorg</p> <p>1 verpleegkundig specialist en medisch specialist palliatief team ZGT 1</p> <p>verpleegkundig consulent en medisch specialist MST SO met specialisatie palliatieve zorg</p>	
Oktober 2021- december 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Start pilots - Vervolg bepalen 	NWC en brede implementatiegroep	
2023 - 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Borging en verdere uitrol 		

7. Projectbegroting

Later maken

Bijlage 1 Samenstelling werkgroep

- Akke Fokje Stienstra, geestelijk verzorger ZGT en Willem. Hart voor levensvragen en betrokken bij PaTz-groepen.
- Carla Hemmeler, verpleegkundig specialist palliatieve zorg en verpleegkundig consulent palliatief team ZGT.
- Carla Veldhuis, cliëntadviseur De Vriezenhof, tot 1 september 2020.
- Christiaan van Dijk, verpleegkundig consulent palliatieve zorg PATteam MST.
- Elise Meenderink, coördinator hospice Enschede, Hospice Holos en coördinator VPTZ Leendert Vriel Twente.
- Helma Mebius, wijkverpleegkundige Carintreggeland en verpleegkundig consulent palliatieve zorg palliatief team Fibula.
- Hester Klaren - Florijn, geriater en consulent palliatief team ZGT.
- Ingrid van Zuilekom, hoofddocent palliatieve zorg en coördinator post HBO leergang palliatieve zorg Saxion, vanaf 1 november 2020.
- Jan Schellekens, huisarts en voorzitter PaTz-groep Hellendoorn-Nijverdal.
- Lenie van Riel, vrijwilliger VPTZ Leendert Vriel Enschede en vanuit cliënt/mantelzorgperspectief.
- Loes Heerts, ketenregisseur Dementie Twente.
- Marian van Pelt, verpleegkundige Livio en Hospice Enschede.
- Mariska Schrooten, wijkverpleegkundige en verpleegkundige palliatieve zorg TMZ en lid PaTz-groep Almelo.
- Paula Wegink, wijkverpleegkundige en verpleegkundige palliatieve zorg Livio.
- Agnes van Berkum, netwerkcoördinator.
- Gerda Kievitsbosch, netwerkcoördinator.

Bijlage 2 Knelpuntenanalyse en gebruikte bronnen

De werkgroep¹⁸ heeft de volgende knelpunten geformuleerd.

- Gebrek aan communicatie en informatie naar de patiënt/naasten.
- Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners (eerste en tweede lijn) rondom de patiënt kan beter. Het is vaak onduidelijk wie de regie over de zorg aan de patiënt heeft. De overgangen tussen zorgprofessionals en zorgorganisaties verlopen nog niet zonder overlapping en hiaten.
- Geen of onvolledige overdracht:
 - tussen de eerste lijn en de tweede lijn;
 - tussen huisarts en wijkverpleegkundige;
 - naar de huisartsenpost.Doordat de overdracht ontbreekt of ontoereikend is, hebben zorgverleners onvoldoende informatie om goede zorg aan de patiënt te verlenen en de patiënt moet zijn verhaal vaak herhalen.
- Er wordt onvoldoende met de patiënt/naasten gesproken over zijn/haar levenseinde (proactieve zorgplanning)
- Niet altijd duidelijk wie hoofdbehandelaar is en wie de regie heeft
Veel betrokken zorgverleners, veel wisselingen, meer overdrachtsmomenten
Ontbreken gezamenlijke digitale systemen
De basiskennis en vaardigheden met betrekking tot palliatieve zorg van veel collega's laat te wensen over. Zo worden palliatieve patiënten vaak (te) laat gemarkeerd en wordt er te weinig aan proactieve zorgplanning gedaan.
- Belemmeringen door wet- en regelgeving en de financiering.

¹⁸ Hierbij zijn naast inventarisatie bij professionals in Twente de volgende bronnen geraadpleegd:

1. [Knelpuntenanalyse palliatieve zorg in de eerstelij](#)
2. [KNMG rapport "niet alles wat kan hoeft"](#)
3. [Onderzoek Annemieke Visser "Als er geen genezing meer mogelijk is" UMCG](#)
4. [Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning \(advance care planning, ACP\) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie](#)

Bronnen, inclusief korte (deel) samenvatting per bron

Bron 1 Knelpuntenanalyse palliatieve zorg in de eerste lijn (IKNL 2017)

Knelpunten in de zorgverlening ervaren door patiënten

Patiënten zijn tevreden over de gegeven palliatieve zorg: palliatieve zorg wordt gewaardeerd met een 8,2. Dit komt overeen met de uitkomsten van tevredenheidsonderzoek op andere terreinen van zorg. Toch ervaren patiënten en naasten enkele knelpunten. Uit de literatuur blijkt dat deze knelpunten met name ervaren worden op het gebied van communicatie, coördinatie en continuïteit van zorg en deskundigheid.

Communicatie en besluitvorming naar patiënt en naasten

- gebrekkige informatie (over behandelmogelijkheden, voor- en nadelen, verwacht resultaat);
- te weinig schriftelijke informatie;
- onduidelijke communicatie over prognose, vaak pas (te) kort voor het sterven;
- onvoldoende betrokken worden bij beslissingen.

Coördinatie en continuïteit van zorg

- onvoldoende afstemming tussen zorgverleners;
- slechte overdracht tussen ziekenhuis en eerstelijns;
- moeilijk om een second opinion te krijgen;
- moeilijk om in contact te komen met zorgorganisaties;
- onregelmatige tijden van de thuiszorg;
- grote hoeveelheden verschillende hulpverleners;
- moeilijkheden bij het inspelen op acute problemen (bang voor plotselinge ziekenhuisopname).

Deskundigheid

- te weinig spirituele zorg;
- te weinig psychische ondersteuning (angst, depressie);
- onvoldoende begeleiding van lichamelijke symptomen (benauwdheid, pijn, obstipatie);
- gebrek aan deskundigheid (vooral bij huisartsen).

Knelpunten ervaren en benoemd door zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)

Uit de literatuurstudie blijkt dat zorgverleners knelpunten noemen op het gebied van **coördinatie en continuïteit van zorg**, deskundigheid en belemmeringen door wet- en regelgeving.

Coördinatie en continuïteit van zorg

- moeizame samenwerking met wijkverpleegkundigen (onder meer door versnippering thuiszorg);
- overdracht naar ANW-dienst (huisartsenpost) te summier of incompleet;
- regiebepaling (wordt niet goed onderling afgesproken);
- onduidelijk wie hoofdbehandelaar is (huisarts of specialist);
- afstemming tussen eerste- en tweedelijns;
- informatie uitwisseling tussen eerstelijns en tweedelijns;
- continuïteit van betrokken zorgverleners (veel wisselingen);
- meer overdrachtsmomenten vanwege toename parttime werk.

Deskundigheid

- zorgverleners verstaan niet hetzelfde onder palliatieve zorg;
- geen herkenning van de palliatieve fase;

- geen anticipatie op de palliatieve fase;
- moeite om het levenseinde te bespreken;
- gebrek aan proactief handelen;
- te weinig aandacht voor psychische begeleiding;
- te weinig aandacht voor spirituele behoeften;
- te weinig kennis over overlijden in andere culturen;
- gebrek aan oog voor mantelzorgers;
- huisartsen zijn niet goed op de hoogte van het zorgaanbod in de regio;
- gerichtheid op behandelen.

Belemmeringen door wet- en regelgeving

- bureaucratie voor indicatiestelling;
- veel administratie (CIZ).

En verder

- onvoldoende gebruik maken van consultteam palliatieve zorg;
- verpleegkundigen en verzorgenden ervaren een tekort aan consultatie-mogelijkheden.

Zorgverleners noemen dus net als patiënten knelpunten op het gebied van coördinatie en continuïteit van zorg en deskundigheid. Opvallend is dat aspecten over communicatie wel door de patiënten maar niet door de zorgverleners worden genoemd.

Knelpunten kaderhuisartsen palliatieve zorg

Kaderhuisartsen palliatieve zorg hebben knelpunten genoemd op het terrein van *coördinatie en continuïteit van zorg*, deskundigheid en financiering.

Coördinatie en continuïteit van zorg

- Er wordt onvoldoende met de patiënt gesproken over zijn/haar levenseinde.
- Er is sprake van discontinuïteit in de ANW-uren: niet iedere huisarts doet de zorg in de laatste maanden zelf en er is onvoldoende overdracht naar HAP: het gebeurt te weinig en als er overdracht is dan is de informatie summier.
- Thuiszorg werkt met digitale systemen waar huisarts geen toegang toe heeft.
- Tussen eerstelijns en tweedelijns: vaak onduidelijk wie regievoerder is.
- Geen tot nauwelijks afstemming met de huisarts als patiënt nog onder behandeling is in het ziekenhuis.
- Ontslagbrieven uit de tweedelijns komen te laat.

Deskundigheid

- De deskundigheid van zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen wisselt sterk.

Financiering

- Financiering van goede palliatieve zorg is niet toereikend en ingewikkeld om te regelen.

Bron 2 Onderzoek Annemieke Visser “Als er geen genezing meer mogelijk is” UMCG (2018)

Hieronder verbeterpunten vanuit perspectief patiënt/naasten

Bericht geen genezing: Wat kan beter

- Duidelijkheid over diagnose “Je wilt het gewoon weten”
- **Bekende zorgverlener**
- Betrokkenheid en empathie zorgverlener
- **Gesprek** oncologisch of palliatief verpleegkundige

Dood als taboe: Hoe kan het beter

- **Meer en vroegtijdig aandacht voor en informatie over hulp en hulpmiddelen die beschikbaar zijn**
- Standaard aanbieden psychische **begeleiding voor patiënt en naasten**

Alleen staan: Wat kan beter

- Aandacht voor alle domeinen van het leven
- Aandacht voor wat komen gaat
- **Aanspreekpunt/coördinator/casemanager**

Zorg voor naasten: Wat kan beter

- Aandacht voor impact gezinsleden
- Zorgverlener kan **signaleren en informeren** over hulp
- Zo nodig **verwijzen** voor hulp

Proactieve zorg Wat kan beter

- Patiënten en naasten **informeren** over wat ze kunnen verwachten
- Toegankelijk maken van informatie en beschikbare hulp
- **Ontwikkelen hulpmiddelen om wensen en behoeften van patiënten en naasten in kaart te brengen**

Continuïteit in de zorg: Wat kan beter

- **Overleg en afstemming** tussen artsen
- **Actievere** rol huisarts
“Als de huisarts de boodschap kan brengen dan zou dat fantastisch zijn.”
- Betere bereikbaarheid
- Nazorg
- **Casemanager** vanuit ziekenhuis
- Herhalen van informatie en vragen blijven stellen

Samenvattend noemt Annemieke Visser een top 5 van verbeterpunten, 24 concrete verbeterpunten (mede op basis van interviews en focusgroepen zorgverleners)

Top 5 verbeterpunten:

1. Aandacht voor wensen en behoeften
2. Casemanager
3. Afstemming specialisten binnen ziekenhuis
4. Bespreekbaar maken van de dood
5. Zorg voor naasten

Bron 3 KNMG rapport “niet alles wat kan hoeft”

Pagina 7: **Veel** hulpverleners, **weinig afstemming, wie is verantwoordelijk?** Bij de zorg en behandeling van patiënten in de laatste levensfase zijn vaak hulpverleners van verschillende organisaties en specialismen betrokken. Het kan dan ingewikkeld zijn om de zorg goed afstemmen en met name om een niet-behandelbeslissing te nemen, zeker nu steeds meer hulpverleners parttime werken.

Pagina 10.2: **Wensen patiënten verhelder en samenwerking, inclusief overdracht, verbeteren.** De **samenwerking** tussen verschillende hulpverleners kan beter. Het is belangrijk dat huisartsen **tijdig** met kwetsbare ouderen en patiënten met een levensbedreigende ziekte **praten over hun wensen en verwachtingen rond het levenseinde (zorg, welzijn, wonen) en deze wensen in het dossier vastleggen**. Dat maakt het doorgeven van de informatie eenvoudiger. Een zogenaamde Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) kan deze samenwerking bevorderen. Een goed initiatief in dit kader is het voornemen om de huisartsen (NHG)-richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen aan te passen en uit te breiden met informatie-uitwisseling tussen huisartsen onderling. Ook doen hulpverleners en zorginstellingen er goed aan om voor patiënten en hun naasten **een vast aanspreekpunt te creëren** en om steeds duidelijk vast te stellen wie de zorg coördineert en regie voert over de behandeling. De ‘Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’ van onder andere de KNMG noemt dit ook als norm. Deze handreiking kreeg brede steun, maar in de praktijk blijkt het moeilijk om deze afspraken te realiseren. Hoe lastig ook, het zou passende zorg een stuk dichterbij brengen.

Bron 4 Rapport Basiscompetentie palliatieve zorg verpleegkundigen en verzorgenden

In dit rapport wordt fase 1 van het door ZonMw gesubsidieerde project: Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van onderwijs palliatieve zorg in de basiscurricula bachelor en mbo-verpleegkunde en verzorging in Limburg en Zuidoost Brabant behandeld.

De overlap tussen wat er in de literatuur werd gevonden en wat er in de (experts) interviews naar voren kwam was groot. Professionals uit het veld zouden meer aandacht in de opleidingen willen voor kennis over symptoombestrijding en meetinstrumenten en meer aandacht voor communicatievaardigheden, attitude, het omgaan met zingevingsvragen en zelfreflectie. Studenten gaven in de enquête aan dat er geen of nauwelijks aandacht was voor symptoombestrijding, copingproblemen, zingevingsvragen, vroegtijdige zorgplanning, gespreksvoering over het levenseinde, besluitvorming en de sociale kaart van de palliatieve zorg. Ze zouden ook meer begeleiding willen bij het leren omgaan met emoties van hen zelf en emoties van patiënten en naasten.

Patiënten en naasten gaven aan dat het professionals ontbreekt aan expertise of deskundigheid met betrekking tot een ziektebeeld, wondzorg, medicatie of het voeren van het huishouden. Er werden complicaties van behandelingen en medicatiefouten benoemd als ook het verrichten van ingrepen terwijl de levensverwachting van de patiënt nog kort was. Daarnaast vonden sommige patiënten, naasten dat er te weinig aandacht was voor de psychische aspecten zoals angst en paniek van de patiënt of emoties bij de familie en sociale aspecten zoals relatieproblemen.

Door zorgverleners wordt niet, te laat of nauwelijks gesproken over het naderend levenseinde. Er werd soms geen of weinig uitleg gegeven over behandelingen, onder andere over palliatieve sedatie, te verwachten klachten, zorgmogelijkheden thuis of over niet reanimeren beleid. Enkele keren hadden patiënten en nabestaanden tegenstrijdige informatie gekregen en werd er niet gecommuniceerd tussen medisch specialist en huisarts wat voor onrust en wantrouwen zorgde. Soms werd er slecht geluisterd en werd de communicatie als 'bot' 'zakelijk' of 'koud' ervaren. Dat leidt ook tot een eenzaam gevoel. Veel nabestaanden vonden de communicatie van de zorgverleners met de naasten of mantelzorgers onvoldoende. Ze hadden meer betrokken willen worden.

Klachten waren er over het feit dat er veel verschillende zorgverleners betrokken waren die allen vanuit hun eigen perspectief werkten en te weinig onderling communiceerden.

Wat door veel patiënten en nabestaanden als storend werd ervaren was de discontinuïteit van zorg, vooral in de thuissituatie waarin medewerkers steeds wisselen en opnieuw geïnstrueerd moeten worden en men te maken krijgt met waarnemende huisartsen. Respondenten hadden ook last van de tijdsdruk waaronder zorgverleners moeten werken, het ontbreken van een regisseur die de zorg coördineert. De overdracht van het ene ziekenhuis naar het andere of naar de thuissituatie verliep vaak chaotisch.

Bijlage 3 Inventarisatie best practices

De best practices uit den lande zijn in kaart gebracht.

- [Transmuraal Palliatief Verpleegkundige](#) Netwerk Palliatieve Zorg Roosendaal- Bergen op Zoom-Tholen.
- [Huisbezoeken in de palliatieve fase](#) Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei.
- [Casemanagement Palliatieve Zorg](#) Netwerk Palliatieve Zorg Waardenland.
- [Inzet verpleegkundigen palliatieve zorg](#) als cliënt palliatief gemarkeerd is of moet worden. Netwerk Palliatieve Zorg Oost-Veluwe.
- [Palliatieve zorgcoach](#) Netwerk Palliatieve Zorg regio Arnhem en De Liemers.
Met het project Transmurale 1,5 lijns Palliatieve Zorgcoach (PZ coach) wordt een hoogopgeleide zorgprofessional (verpleegkundig specialist) gekoppeld aan een patiënt in de laatste levensfase. De PZ coach loopt mee met de patiënt, voegt kennis toe, adviseert en coacht; en treedt daarnaast ook als adviseur en coach op naar alle betrokken professionals bij de patiënt.
- Casemanagement Dementie Twente
- [TAPAS](#)
- Casemanagement Friesland

Bijlage 4 Competentieprofiel centrale zorgverlener

De vraag die in het competentieprofiel van de centrale zorgverlener centraal staat is:

Welke competenties hebben zorgprofessionals nodig om de rol van centrale zorgverlener optimaal te kunnen uitvoeren?

Operationalisatie centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van **palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg**. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid (IKNL/Palliactief, 2017).

Kerntaken centrale zorgverlener

Om passende zorg op de juiste plek te bieden voert de centrale zorgverlener de volgende kerntaken uit, uitgaande van de verschillende fasen van het levenspad palliatieve zorg én afhankelijk van de wensen en behoeften van de patiënt (en diens naasten).

- Signaleren en markeren
- Leven in de palliatieve fase
- Laatste levensfase
- Nazorg

1. De centrale zorgverlener is betrokken bij het verlenen van palliatieve zorg en stelt op basis van de methodiek besluitvorming palliatieve fase de behoefte aan (gespecialiseerde) zorg op lichamelijk, psychische, sociaal, spiritueel en functioneel gebied vast

2. De centrale zorgverlener indiceert en voert zorg én interventies uit afhankelijk van de complexiteit, wensen en behoeften van de patiënt (en diens naasten).

3. De centrale zorgverlener ondersteunt de eigen regie van de patiënt en initieert gezamenlijke besluitvorming rondom (kritische beslismomenten) met de patiënt en diens naasten rekening houdend met wensen, behoeften en noden van de patiënt.

4. De centrale zorgverlener gaat een vertrouwens- en samenwerkingsrelatie aan met patiënt (en diens naasten) en werkt hierbij proactief en effectief samen vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming.

5. De centrale zorgverlener toont (verpleegkundig) leiderschap in het zorgproces en in de samenwerking met anderen en weegt de verschillende belangen waarbij het belang van de patiënt (en diens naasten) voorop staat.

6. De centrale zorgverlener werkt zowel binnen als buiten de eigen organisatie samen met andere (zorg) professionals of instanties waarbij zij vanuit haar expertise proactief haar bijdrage levert aan de kwaliteit en continuïteit van palliatieve zorg. De zorg wordt gecoördineerd over de muren van de organisatie heen.

7. De centrale zorgverlener monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin hij werkt om goede kwaliteit van de palliatieve zorg te borgen dan wel te verbeteren.

Functie eisen

De centrale zorgverlener is:

- BIG-geregistreerd;
- Kan een verpleegkundig specialist, (wijk)verpleegkundige, casemanager dementie, verpleegkundige palliatieve zorg of (huis)arts zijn;
- Heeft aantoonbaar expertise op het gebied van palliatieve zorg;
- Is proactief en eerste aanspreekpunt voor de palliatieve patiënt en diens naasten en betrokken zorgprofessionals (medisch en paramedisch) en vrijwilligers;
- Toont (verpleegkundig) leiderschap;
- Kijkt verder dan de eigen organisatie. Zorgt voor (transmurale) continuïteit (1,5 lijns zorg);
- Heeft laagdrempelig toegang tot specialistische expertise palliatieve zorg en benut deze;
- Zorgt ervoor dat patiënten (via de PaTz-verpleegkundigen of huisarts) ingebracht worden tijdens PaTz-bijeenkomsten, indien in de regio een PaTz-groep actief is;
- Is bekend met de palliatieve sociale kaart en weet palliatieve expertise rondom palliatieve zorg te vinden.



Inhoud

Inleiding.....	31
Hoofdstuk 1 Accreditatie	32
Hoofdstuk 2 Competentieprofiel.....	32
Hoofdstuk 3 Competenties en gedragsuitingen.....	35
3.1 CanMEDs-rol Zorgverlener	35
3.2 CanMEDs-rol Communicator	37
3.2 CanMEDs-rol Samenwerkingspartner	39
3.4 CanMEDs-rol Reflectieve EBP professional	41
3.5 CanMeds rol Gezondheidsbevorderaar	46
3.6 CanMeds rol Organisator	46
3.7 CanMeds rol Professional en kwaliteitsbevorderaar	47
Bijlage 1 Attitudeaspecten	50
Bijlage 2 Operationalisatie begrippen.....	51

Inleiding

Voor u ligt het competentieprofiel van de verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg. Een verpleegkundige palliatieve zorg kan werkzaam zijn binnen alle werkterreinen van de gezondheidszorg. Palliatieve zorg wordt in Nederland omschreven als generieke zorg, dat wil zeggen dat iedere zorgverlener in staat moet zijn om palliatieve zorg te verlenen. Competenties voor zorgprofessionals op NLQF niveau 2 t/m 8 zijn beschreven in het in 2020 verschenen Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg (VUmc, 2020). Het onderwijsraamwerk beschrijft de competenties en gedragsuitingen van generalisten, uitgaande van de kernwaarden van het kwaliteitskader palliatieve zorg (IKNL/Palliactief, 2017). In dit document zijn de competenties en kerntaken van de verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg beschreven, als 'onderlegger' voor de post HBO leergang palliatieve zorg van Saxion. Het competentieprofiel wordt als werkdocument binnen Saxion toegepast en is niet voor andere doeleinden geschikt.

Enschede, 2020
Ingrid van Zuilekom

Hoofdstuk 1 Accreditatie

Het college zorgopleidingen (CZO) houdt toezicht op de kwaliteit van zorgopleidingen. Het CZO toetst en accrediteert zorgopleidingen om de kwaliteit ervan te behouden en waar mogelijk te verbeteren. Omdat uitgegaan wordt dat palliatieve zorg generieke zorg is én geen specifieke zorg komt palliatieve zorg vooralsnog niet in aanmerking voor erkenning door CZO. Accreditatie vindt plaats via het kwaliteitsregister van de beroepsgroep voor verzorgenden en verpleegkundigen (V&VN). Saxion heeft instituut accreditatie van Nederlands Vlaams Accreditatie Orgaan (NVAO), dit speelt een belangrijke rol bij de borging van de kwaliteit van de post hbo leergang palliatieve zorg.

Hoofdstuk 2 Competentieprofiel

Om de rol van expert rondom palliatieve zorg te beschrijven is een competentieprofiel verpleegkundige palliatieve zorg beschreven uitgaande van de basisdocumenten:

- Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg (V&VN, 2010);
- Kennissynthese : Onderwijs palliatieve zorg (ZonMw , 2016);
- Onderwijsraamwerk 1.0 palliatieve zorg, kennis, vaardigheden en attitudeaspecten (ZonMw , 2016);
- Kwaliteitskader palliatieve zorg (IKNL, 2017);
- Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 (VUmc, 2020).

Binnen de academie gezondheidszorg wordt het onderwijsconcept ‘competentiegericht onderwijs’ toegepast. Een competentie wordt omschreven als één geïntegreerd geheel van toegepaste kennis, vaardigheden en attitude, om taken in de beroepspraktijk effectief uit te kunnen voeren (Gerritsen & Metz, 2012). In de leergang palliatieve zorg gaat het er om dat de cursist ‘geïntegreerde vaardigheden’ leert, waarbij de competenties omschreven zijn in gedragsuitingen om adequaat beroepsproblemen op te kunnen lossen. Hiervoor is een sterke integratie van kennis, vaardigheden en houding noodzakelijk, zowel binnen het onderwijs als in de toetsing. Voor de leergang palliatieve zorg is de competentiebeschrijving volgens de CanMEDS-methodiek beschreven. Daarnaast is het Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 2.0 (VUmc, 2020) als brondocument opgenomen vanwege de competentiebeschrijvingen voor alle (zorg) professionals op NLQF niveau (2-8). Figuur 1 laat de zeven CanMEDS gebieden zien, waarbij de competenties, de gedragsindicatoren én de deskundigheidsgebieden zijn toegepast voor de verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg.

-



COMPETENTIEGEBIEDEN

Figuur 1. CanMEDS gebieden verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg.

De zeven competentiegebieden worden door in het Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 2.0 als volgt beschreven en sluiten aan op het Opleidingsprofiel Bachelor Nurse 2020.

Zorgverlener

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

Voorbeelden: anatomie/fysiologie, ziektebeelden en beperkingen, verpleegkundige diagnostiek, farmacologie, psychologie en psychiatrie, zelfmanagement, ondersteuning en begeleiding, preventie, interventies, voorbehouden en risicovolle handelingen, zorgleefplan, hulp-en ondersteuningsmiddelen, verpleegtechnieken, et cetera.

Communicator

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

Voorbeelden: gesprekstechnieken, theoretische communicatie, gedragsbeïnvloeding, motivatie, empowerment, gebruik van ICT en sociale media et cetera.

Samenwerkingspartner

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

Voorbeelden: ketenzorg, verslaglegging en overdracht, ondersteuning mantelzorg, multidisciplinaire samenwerking, groepsdynamica et cetera.

Reflectieve EBP professional

Heb ik meer kennis verworven om te reflecteren op mijn deskundigheid en de onderbouwing van mijn handelen? Voorbeelden: onderzoeksmethodiek, toepassing van wetenschap, evidence based practice, feedback et cetera.

Gezondheidsbevorderaar

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

Voorbeelden: epidemiologie, preventie, culturele achtergronden, sociale netwerken, leefstijlbevordering, voorlichting, bemoeizorg, et cetera.

Organisator

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

Voorbeelden: organisatiekunde, kleinschalige woonvormen, betaalbaarheid van de zorg, coördinatie en continuïteit, indicatiestelling, zorg op afstand, patiëntveiligheid, werkklimaat et

cetera.

Professional en kwaliteitsbevorderaar

Heb ik meer kennis verworven over de professionele standaard en kwaliteitsborging?
Voorbeelden: wet- en regelgeving, beroepscode, beroepsprofielen, standaarden en richtlijnen, protocollen, beroepsvereniging, beroepsimago, kwaliteitsregistratie, kwaliteitssystemen et cetera.

Een opleidings- of competentieprofiel is leidend voor de inhoud en ontwikkeling van het onderwijs én de toetsing.

Hoofdstuk 3 Competenties en gedragsuitingen

In dit hoofdstuk volgt de beschrijving van de competenties en de daarbij behorende gedragsuitingen op basis van de CanMEDs gebieden. Algemene attitude aspecten zijn opgenomen in **bijlage 1**. De gedragsuitingen zijn herleidbaar naar de domeinen van het kwaliteitskader palliatieve zorg. Bij iedere CanMEDs rol zijn de kernbegrippen geoperationaliseerd vanuit de begrippenlijst van het kwaliteitskader palliatieve zorg. Daar waar het kwaliteitskader palliatieve zorg het kernbegrip niet beschreven heeft is een andere bron gehanteerd.

3.1 CanMEDs-rol Zorgverlener

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

Voorbeelden: anatomie/fysiologie, ziektebeelden en beperkingen, verpleegkundige diagnostiek, farmacologie, psychologie en psychiatrie, zelfmanagement, ondersteuning en begeleiding, preventie, interventies, voorbehouden en risicovolle handelingen, zorgleefplan, hulp- en ondersteuningsmiddelen, verpleegtechnieken, et cetera.

Competentie	Gedragsuiting	Body of Knowledge skills
De verpleegkundige palliatieve zorg verleent palliatieve zorg en stelt op basis van klinisch redeneren aan de hand van de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase de behoefte aan verpleegkundige zorg vast op lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel en functioneel gebied, Zij indiceert, coördineert en verleent deze zorg in complexe situaties op basis van evidence based practice (EBP).	<p>Palliatief redeneren</p> <p><i>De verpleegkundige palliatieve zorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -hanteert de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase:- brengt situatie in kaart a.d.h.v. vier dimensies;- vat problematiek samen en maakt proactief beleid;- maakt afspraken over evaluatie van beleid;- stelt beleid zo nodig bij en blijft evalueren. -beschrijft en signaleert veel voorkomende ziektebeelden in de palliatieve zorg (bijv. mogelijk verloop en levensverwachting); -beschrijft en signaleert veel voorkomende symptomen in de palliatieve zorg; -kent werking en bijwerking van veel voorkomende geneesmiddelen in de palliatieve fase; - herkent en initieert de markering van de palliatieve fase en zorgt voor passende gespreksvoering met de patiënt en naasten binnen de interprofessionele samenwerking; -past relevante meet- en signaleringsinstrumenten toe (zoals Surprise Question, SPICT-NL,USD, lastmeter, I-HARP, PALLI); - heeft een aanjagende werking in de gespreksvoering rondom transitiefasen palliatieve zorg, 	<p>De verpleegkundige palliatieve zorg palliatieve zorg beheerst, draagt kennis over en past de volgende onderdelen toe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palliatief redeneren - Dimensies palliatieve zorg - Veel voorkomende ziektebeelden - Veel voorkomende symptomen - Veel voorkomende geneesmiddelen (bijv. opiaten en benzodiazepinen) - Methodiek besluitvorming in de palliatieve fase (vier stappen) - Markering van de palliatieve fase (Suprise question, RADPAC, SPICT-NL) - Vier fasen van palliatieve zorg (ziektegerichte, symptoomgerichte palliatie en palliatie in de stervensfase, nazorg) - Beslissingen rondom het levenseinde - Relevante meet- en signaleringsinstrumenten.
De verpleegkundige palliatieve zorg ondersteunt de eigen regie van de patiënt en versterkt indien	<p>Uitvoeren van zorg</p> <p><i>De verpleegkundige palliatieve zorg:</i></p>	De verpleegkundige palliatieve zorg palliatieve zorg beheerst en past de volgende onderdelen toe:

<p>mogelijk het zelfmanagement van mensen in hun sociale context. Zij richt zich daarbij op gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en diens naasten en houdt hierbij rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -gebruikt relevante richtlijnen en protocollen op basis van EBP/BP (bijv. Pallialine.nl); -draagt actief bij aan verlagen van symptoomlast en stemt hierover interventies en behandeling af met (hoofd)behandelaar; -signaleert, draagt actief bij aan verlagen van psychosociale problematiek en doorverwijzen (bijv. ABC-model); -kan beargumenteerd afwijken van protocollen en standaarden en legt verantwoording af over de keuze van interventies aan de patiënt en betrokkenen; -past complementaire zorg toe die is afgestemd op waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten; -voert (verpleegkundige) interventies uit teneinde de kwaliteit van leven van de patiënt en naasten te optimaliseren 	<ul style="list-style-type: none"> - Uitvoeren, continueren en coördineren van zorg - Richtlijnen en zorgpaden palliatieve zorg - Complementaire zorg - Verpleegtechnische vaardigheden uitvoeren of overdragen (afhankelijk van de zorgorganisatie)
<p>De verpleegkundige palliatieve zorg indiceert en voert verpleegtechnische (voorbehouden) handelingen uit op basis van zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid zoals beschreven in de wet BIG.</p>	<p>Indiceren van zorg <i>De verpleegkundige palliatieve zorg::</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -past zelfstandig verpleegkundige interventies aan de complexiteit van de situatie (laag-, midden-, hoogcomplex) aan en stemt verwachtingen af; -stelt vast welke waarden, wensen en behoeften patiënt en naasten hebben, gebruikmakend van: gestandaardiseerde en (wetenschappelijk) onderbouwde observatie- en diagnoseschema's, gegevens uit protocollen, landelijke (palliatieve) richtlijnen, tests en onderzoeken. <p>Zelfmanagement <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -past gezamenlijke besluitvorming toe met patiënt, diens naasten en overige zorgprofessionals; -begeleidt de patiënt en diens naasten met als doel het inzicht, de draagkracht en de authenticiteit van de patiënt te behouden en te bevorderen; -informeert zich over draagkracht en draaglast van patiënt en naasten en stemt hier de zorg op af; ondersteunt en begeleid gevraagd en ongevraagd collega- 	<p>De verpleegkundige palliatieve zorg palliatieve zorg beheerst en past de volgende onderdelen toe:</p> <p>Indiceren van zorg Complexiteit van zorg Zorgbehoeften</p> <p>Zelfmanagement Gezamenlijke besluitvorming Copingstijlen</p>

	<p>zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers en stimuleert 'zelfzorg'; -stemt de zorg af op verschillende (coping)-stijlen waarmee patiënten en hun naasten met lijden en ziekte omgaan en heeft hierbij een voorbeeldfunctie naar collega zorgprofessionals.</p>	

3.2 CanMEDs-rol Communicator

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

Voorbeelden: gesprekstechnieken, theoretische communicatie, gedragsbeïnvloeding, motivatie, empowerment, gebruik van ICT en sociale media et cetera.

Competentie	Gedragssuïting	Boks
<p>De verpleegkundige palliatieve zorg communiceert op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten, waarbij het levenseinde, levensvragen (spiritueel, psychosociaal), rouw en verlies veel besproken thema's zijn, in aansluiting bij de fase waarin de patiënt verkeert</p>	<p><i>De verpleegkundige palliatieve zorg:</i> -past verschillende gespreksmethodieken toe (zoals opvang na slecht nieuws; gesprekvoering m.b.t. zingevingsvragen/spiritualiteit) en sluit aan bij de situatie waarin de patiënt en diens naasten verkeert; -maakt gebruik van passende gesprekshulpmiddelen -schenkt adequaat aandacht aan levens- en zingevingsvragen en stemt hierbij af op culturele aspecten, daar waar nodig wordt hierin ondersteuning en begeleiding van andere professionals gevraagd en overgedragen (geestelijke verzorging, maatschappelijk werk, psycholoog) -past principes van conflicthantering toe bij optredende tegenstellingen tussen patiënt en/of naasten; -bespreekt het levenseinde en de daarvoor benodigde zorg met de patiënt en diens naasten (plaats van voorkeur overlijden, opschalen zorg (zwaarte); -legt wensen, behoeften en noden rondom het levenseinde vast in ECD.</p>	<p>Persoonsgerichte communicatie Gesprekshulpmiddelen Interculturele communicatie Conflicthantering</p>
<p>De verpleegkundige palliatieve zorg geeft voorlichting, advies en instructie aan de patiënt en/of naasten teneinde hen in staat te stellen keuzes te maken voor gewenste palliatieve zorgverlening en daarbij een weloverwogen</p>	<p>Proactieve zorgplanning <i>De verpleegkundige palliatieve zorg</i> -bespreekt met de patiënt en diens naasten wat waarden, wensen en behoeften zijn met betrekking tot kwaliteit van leven in de palliatieve fase en het levenseinde;</p>	<p>Proactieve zorgplanning Levenseindebeslissingen Wilsverklaring</p>

<p>besluit te nemen ten aanzien van behandeling en zorgverlening.</p>	<p>initieert (interprofessioneel) een gesprek met de patiënt en diens naasten over beslissingen (kritische beslismomenten) rondom het levenseinde (niet reanimeren/niet beademen, stoppen met eten en drinken, sterven op de plaats van voorkeur, palliatieve sedatie, euthanasie) en handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving; -legt de afspraken rondom gezamenlijke besluitvorming vast in ECD en zorgt dat deze informatie toegankelijk is voor alle (zorg) professionals..</p>	
	<p>Inzet van informatie- en communicatietechnologie <i>De verpleegkundige palliatieve zorg:</i> past de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe, zoals bij het bieden van zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de zorgvrager en bij het omgaan met elektronische cliëntdossiers.</p> <p>Morele sensitiviteit (Generiek naar algemene attitude of en/en) <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> <i>-is betrokken en begaan met de palliatieve patiënt en diens naasten vanuit oprecht medeleven;</i> <i>-past passende gesprekstechnieken toe ter ondersteuning van het uiten van de emoties van de palliatieve patiënt en diens naasten;</i> <i>-reageert passend en begripvol op emoties van de palliatieve patiënt en diens naasten met explorerende en erkennende responsen;</i> <i>-is voortdurend opmerkzaam op emoties van de palliatieve patiënt en diens naasten;</i> <i>-is zich bewust van eigen morele en ethische waarden en handelt hierna (bijv. initiëren moreel beraad)</i> <i>-toont eigen emoties op passende wijze en is zich bewust van het gevaar van projectie van eigen emoties;</i> <i>-ziet en erkent de professionele zorg als morele praktijk.</i></p>	<p>Inzet informatie- en communicatietechnologie Communicatie- en ICT-hulpmiddelen.</p> <p>Morele sensitiviteit Toont een voortdurende gevoeligheid vanuit compassie voor de wensen en noden en daarbij behorende emoties van de zorgvrager en het daarop reageren met passend en persoonsgericht gedrag waarin de zorgvrager zich gehoord en begrepen voelt.</p>

3.2 CanMEDs-rol Samenwerkingspartner

Heb ik meer kennis verworven over het samenwerken met zorgontvangers, zorgverleners en zorginstellingen? Voorbeelden: ketenzorg, verslaglegging en overdracht, ondersteuning mantelzorg, multidisciplinaire samenwerking, groepsdynamica et cetera.

Competentie	Gedragssuiting	Boks
De verpleegkundige palliatieve zorg gaat een vertrouwens- en samenwerkingsrelatie aan met de palliatieve patiënt en diens naasten/mantelzorgers, ondersteunt hen in het zelfmanagement en werkt effectief samen vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming	<p>Professionele relatie <i>De verpleegkundige palliatieve zorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -houdt rekening met waarden en normen, wensen en gewoonten, gevoelens, persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt en diens naasten; -is maximaal professioneel nabij, zonder passende verhoudingen uit het oog te verliezen en houdt rekening met de kwetsbaarheid van de patiënt en diens naasten; -kan in dialoog met de patiënt gevoelsreflecties geven, parafraseren en spiegelen; -is op de hoogte van de sociale kaart van de patiënt en informeert en handelt naar de mogelijkheden van de patiënt en de mogelijkheden van de (regionale) sociale kaart. 	<p>Professionele relatie Zorgrelatie en zorgethische benadering Sociaal netwerk/kaart</p>
De verpleegkundige palliatieve zorg werkt zowel binnen als buiten de eigen organisatie samen met andere beroepsbeoefenaren of instanties waarin hij proactief als autonome professional continue kwaliteit van zorg levert..	<p>Interprofessionele samenwerking <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -werkt inter- en multidisciplinair samen en stemt zorg af met patiënt en naasten en collega's in de palliatieve (keten)zorg/het palliatieve netwerk; -behartigt de belangen van de patiënt en diens naasten in samenwerkingsprocessen en schuwt daarbij de confrontatie niet; -communiceert doelgericht op basis van in de context en beroepspraktijk geldende conventies met patiënt en naasten en collega's in de palliatieve (keten)zorg/het palliatieve netwerk. -beïnvloedt zorglogistieke processen ten gunste van een soepel lopend zorgproces; -heeft kennis van en handelt volgens de relevante, actuele wetgeving zoals: Wbp (wet bescherming persoonsgegevens), Wet op de privacy en de meldcode huiselijk geweld, wet BIG, WGBO en euthanasiewet. <p>Gezamenlijke besluitvorming <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i></p>	<p>Interprofessionele samenwerking MDO/PaTZ Regiefunctie Centrale zorgverlener Belangenbehartiger patiënt en naasten Coördinatie van zorg Continuïteit van zorg</p> <p>Gezamenlijke besluitvorming Exploratie waarden, wensen en behoeften Methodiek gezamenlijke besluitvorming in de palliatieve fase Passende zorg (verleners/plek/tijd) Passende (gespreks-) hulpmiddelen Passende informatie</p>

	<ul style="list-style-type: none">-heeft oog voor etnische/culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.- informeert de patiënt en diens naasten voldoende zodat zij geïnformeerd zijn om gefundeerde besluiten te kunnen nemen.-past de verschillende fasen van het gezamenlijke besluitvormingsproces toe en hanteert daarbij passende gesprekstechnieken en hulpmiddelen.-heeft oog voor veranderende context en onzekerheden van de patiënt en biedt ruimte om gemaakte besluiten te herzien.	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.4 CanMEDs-rol Reflectieve EBP professional

Heb ik meer kennis verworven om te reflecteren op mijn deskundigheid en de onderbouwing van mijn handelen? Voorbeelden: onderzoeksmethodiek, toepassing van wetenschap, evidence based practice, feedback et cetera.

Competentie	Gedragssuiting	Boks
De verpleegkundige palliatieve zorg handelt vanuit onderzoekend vermogen. Dit leidt tot reflectie, evidence based practice en innovatie in de palliatieve beroepspraktijk.	<p>Onderzoekend vermogen</p> <p><i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -formuleert en prioriteert kritische vragen bij casuïstiek van palliatieve patiënten en bij palliatieve zorg- en organisatievraagstukken; -past modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van anderen toe in de palliatieve beroepspraktijk; -signaleert leemtes in de palliatieve zorg die zich lenen voor het aanpassen van richtlijnen, standaarden, protocollen, zorgpaden en voor nader onderzoek; -levert een bijdrage aan het ontwikkelen, evalueren en bijstellen van richtlijnen, standaarden, protocollen en zorgpaden; -levert een bijdrage aan praktijkgericht onderzoek in de palliatieve zorg; <p><i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -zet methoden van praktijkgericht kwantitatief en kwalitatief onderzoek in voor de verbetering van zorg aan palliatieve patiënten en hun naasten; -voert een praktijkgerichte onderzoekscyclus uit met een rode draad van vraag naar antwoord; verantwoordt/reflecteert op de gekozen aanpak en de resultaten van het zelf uitgevoerde onderzoek in de palliatieve zorg; -realiseert een vernieuwing in een palliatieve beroepssituatie; -voert een kritisch inhoudelijke dialoog en discussie in woord, (luisteren, samenvatten en doorvragen) en geschrift (argumentatief schrijven); -toont proactief gedrag (wil begrijpen, delen, weten en vernieuwen) in het onderzoeken van praktische vraagstukken in de palliatieve zorg; -toont begrijpend, onderzoekend gedrag bij de uitwisseling van opvattingen en verschillen van inzicht in de palliatieve beroepspraktijk; 	<p>Onderzoekend vermogen</p> <ul style="list-style-type: none"> Praktijkgericht onderzoek Kwalitatief onderzoek Kwantitatief onderzoek Actieonderzoek Literatuuronderzoek Onderzoekscyclus Verslaglegging van (praktijk)onderzoek Beschrijvende statistiek Kwaliteit van onderzoek Argumenteren

	-heeft een kritische houding ten aanzien van modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van anderen in de palliatieve zorg	
De verpleegkundige palliatieve zorg werkt permanent aan de kennisontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep, zijn eigen kennisontwikkeling en die van zijn directe (toekomstige) collega's door voortdurend actief (verschillende vormen van) kennis over palliatieve zorg te zoeken en te delen en, indien van toepassing, in praktijkgericht onderzoek in de palliatieve zorg te participeren	<p>Inzet EBP <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -houdt vakliteratuur over palliatieve zorg bij; -doorloopt de stappen van evidence based practice (vraag stellen, zoeken, beoordelen, toepassen en evalueren) bij het toepassen van modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van theoriegericht en praktijkgericht onderzoek in de palliatieve beroepspraktijk; -vertaalt de inzichten uit theoriegericht en praktijkgericht onderzoek (vakliteratuur) naar betekenisvolle informatie voor de palliatieve patiënt en diens naasten; -hanteert professionele en persoonlijke kennis om wensen en voorkeuren van de patiënt te achterhalen (luistert actief, informeert en deelt kennis); ondersteunt de palliatieve patiënt en diens naasten bij het nemen van beslissingen inzake behandeling en zorg (gezamenlijke besluitvorming); -vraagt zich in het eigen handelen voortdurend af of dit aansluit bij de meest recente inzichten en kennis in de palliatieve zorg; -toont oprecht aandacht voor wensen en voorkeuren van de palliatieve patiënt en diens naasten; -wijkt indien nodig, in het belang van de palliatieve patiënt en diens naasten, na een zorgvuldige afweging, beargumenteerd af van professionele richtlijnen, standaarden, protocollen en zorgpaden; -denkt out of the box, is creatief en flexibel in het belang van de patiënt (bijv. t.a.v. protocollen, gebruikmaken van naasten); -consulteert indien nodig collega's en andere zorgverleners in een specifieke palliatieve beroeps-situatie; -wordt zelf geconsulteerd door collega's binnen en buiten de eigen organisatie in een specifieke palliatieve beroepssituatie; ontwikkelt samen met collega's en wetenschappers evidence based practice in de palliatieve zorg.</p>	<p>Inzet EBP Principes evidence based practice (EBP) Vakgroepen en vakliteratuur Zoeken, vinden, beoordelen en toepassen van (wetenschappelijk) onderzoek (CAT, DDO en PICO) Standaarden, richtlijnen, zorg- eb levenspaden en protocollen</p>

<p>De verpleegkundige palliatieve zorg reflecteert voortdurend en methodisch op zijn eigen handelen in de samenwerking met de palliatieve patiënten, diens naasten/mantelzorgers, collega's en andere zorgverleners en betreft hierbij inhoudelijke, procesmatige en moreel-ethische aspecten van zijn keuzes en beslissingen.</p>	<p>Deskundigheids bevordering <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> - toont deskundigheid in de palliatieve zorg en beheerst competenties zoals beschreven in het competentieprofiel verpleegkundige palliatieve zorg; - signaleert een tekort aan kennis bij zichzelf en collega's rondom palliatieve zorg in de beroepspraktijk en onderneemt dan actie; - werkt permanent aan de ontwikkeling van haar deskundigheid rondom palliatieve zorg en levert een bijdrage aan die van collega's; - toont zich voortdurend nieuwsgierig naar nieuwe kennis die het vakgebied kan versterken; - beseft het belang van kennisdeling met de beroepspraktijk; - deelt met zijn collega's kennis uit modellen, theorieën, resultaten van theoriegericht en praktijkgericht onderzoek, richtlijnen, standaarden, protocollen, zorgpaden, wet- en regelgeving in de palliatieve zorg; - ondersteunt en bevordert de beroepsdeskundigheid van collega zorgverleners door gevraagd en ongevraagd te coachen op de zelfverantwoordelijkheid en het leerproces van (zorg)professionals in de palliatieve zorg; - is zich bewust van het belang van het begeleiden van leerlingen, stagiaires en nieuwe medewerkers in de palliatieve zorg; - treedt op als werk- en/of praktijkbegeleider bij het inwerken van nieuwe collega's en stagiaires in de palliatieve verpleegkunde; - fungeert en handelt als rolmodel voor (aankomend) verpleegkundigen in de palliatieve zorg; - is zich bewust van het belang van deelname aan beroepsverenigingen en professionele netwerken in de palliatieve zorg; - maakt gebruik van lokale, nationale en internationale organisaties voor palliatieve zorg (bijvoorbeeld V&VN PV, Palliactief, Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) het landelijk steunpunt palliatieve zorg PZNL, de European Association for Palliative Care (EAPC), IKNL, onderwijsknooppunten en de kenniscentra palliatieve zorg; - is zich bewust van economische, juridische en politieke factoren</p>	<p>Deskundigheids bevordering Professionele netwerken Werkbegeleiding en coaching Kwaliteitsregister V&VN</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>verbonden met het aanbod van palliatieve zorg.</p> <p>Professionele reflectie <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> - herkent, benoemt en bespreekt ethische vragen en zingevingsvraagstukken in de palliatieve zorg; - heeft een reflectieve beroepshouding, d.w.z. dat hij de keuzes die hij maakt en de beslissingen die hij neemt in de palliatieve zorg zorgvuldig overdenkt, inhoudelijk, procesmatig en moreel-ethisch; - hanteert zo nodig beslissingsmodellen in de palliatieve zorg; - is zich bewust van bestaande taboes over de dood; - is zich bewust van de eigen visie (bijv. op leven en dood) en hoe anderen hiernaar kijken;</p> <p><i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> - is zich bewust van de eigen normen waarden en de mogelijke invloed daarvan op het professionele handelen in de palliatieve zorg; - kan het eigen functioneren, de eigen motieven, normen en emoties herkennen, kritisch onderzoeken en bespreekbaar maken; - kan de eigen grenzen, sterktes en zwaktes ten aanzien van palliatieve zorg aangeven; - reflecteert op zijn eigen aanpak en rol in de palliatieve zorg; - treedt zo nodig buiten het eigen referentiekader; - toetst eigen handelen aan richtlijnen in de palliatieve zorg; - ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelfbeoordeling van eigen resultaten; - integreert feedback van collega's en leidinggevenden in eigen handelen in een palliatieve beroepssituatie; - geeft collega's en studenten feedback op hun handelen en professioneel gedrag in de palliatieve zorg; - organiseert zorg voor de zorgprofessional; - neemt deel aan en organiseert intervisie binnen het team/de afdeling over palliatieve beroepssituaties; - neemt deel aan en organiseert moreel beraad waarin ethische vraagstukken en morele dilemma's</p>	<p>Professionele reflectie Nationale en internationale verpleegkundige beroepscodes Reflectievaardigheden waaronder reflectietechnieken, intervisie</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	die in de palliatieve beroepspraktijk voorkomen bespreekbaar te maken in overlegsituaties op patiënten- en afdelings-, organisatie- en instellingsniveau (moreel beraad); -participeert in ethische commissies.	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.5 CanMeds rol Gezondheidsbevorderaar

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

Voorbeelden: epidemiologie, preventie, culturele achtergronden, sociale netwerken, leefstijlbevordering, voorlichting, bemoeizorg, et cetera.

Competentie	Gedragssluiting	Boks
De verpleegkundige palliatieve zorg bevordert de gezondheid van de patiënt of groepen patiënten door het organiseren van passende vormen van preventie, die zich ook richten op het bevorderen van het zelfmanagement en het gebruik van het eigen netwerk van de patiënt.	<p>Preventiegericht analyseren <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -beschrijft en signaleert veel voorkomende complicaties in de palliatieve fase.</p> <p>Gezond gedrag bevorderen <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -zet gezondheidsbevorderende en preventieve interventies in, zoals het voorkomen van overbelasting van de mantelzorger; -betreft, waar mogelijk, het sociale netwerk van de patiënt.</p>	<p>Preventiegericht analyseren Veel voorkomende complicaties in de palliatieve zorg</p> <p>Gezond gedrag bevorderen Gezondheidsbevorderende en preventieve interventies Sociale netwerk</p>

3.6 CanMeds rol Organisator

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

Voorbeelden: organisatiekunde, kleinschalige woonvormen, betaalbaarheid van de zorg, coördinatie en continuïteit, indicatiestelling, zorg op afstand, patiëntveiligheid, werkklimaat et cetera.

Competentie	Gedragssluiting	Boks
De verpleegkundige palliatieve zorg toont leiderschap in het verpleegkundig handelen en in de samenwerking met anderen en weegt de verschillende belangen, waarbij het belang van de patiënt voorop staat.	<p>Verpleegkundig leiderschap <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -volgt ontwikkelingen op het gebied van palliatieve zorg en draagt zorg voor inbedding binnen de organisatie. -toont leiderschap rondom het expertisegebied palliatieve zorg op micro, meso- en macroniveau.</p>	<p>Verpleegkundig leiderschap Ontwikkelingen binnen de palliatieve zorg</p>
De verpleegkundige palliatieve zorg plant en coördineert de zorg rondom de patiënt/groep patiënten	<p>Coördinatie en continuïteit van zorg <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -beschrijft de organisatie van palliatieve zorg (structuur en functie van verschillende organisaties); -coördineert palliatieve zorg en initieert hierbij zo nodig multidisciplinaire overlegsituaties</p>	<p>Coördinatie en continuïteit van zorg Organisatie van palliatieve zorg Voorzieningen van palliatieve zorg Financiering van palliatieve zorg</p>

	en participeert in deze overlegsituaties; -verwijst zo nodig door naar andere disciplines	
De verpleegkundige palliatieve zorg neemt verantwoordelijkheid voor de veiligheid van patiënten en medewerkers binnen de organisatie.	<p>Veiligheid bevorderen <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -zorgt voor een veilige overgang van de ene naar de andere zorginstelling of thuissituatie.</p> <p>Verpleegkundig ondernemerschap <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -is bewust van de heersende financiële kaders en kan daarbinnen de palliatieve zorg organiseren; -stemt af binnen de interprofessionele samenwerking wie de rol van centrale zorgverlener vervult.</p>	<p>Veiligheid bevorderen Ketenzorg (<i>komt ook terug bij Samenwerkingspartner</i>)</p> <p>Verpleegkundig ondernemerschap Financiële kaders</p>

3.7 CanMeds rol Professional en kwaliteitsbevorderaar

Heb ik meer kennis verworven over de professionele standaard en kwaliteitsborging? Voorbeelden: wet- en regelgeving, beroepscode, beroepsprofielen, standaarden en richtlijnen, protocollen, beroepsvereniging, beroepsimago, kwaliteitsregistratie, kwaliteitssystemen et cetera.

Competentie	Gedragssuiting	Boks
De verpleegkundige palliatieve zorg monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin hij werkt om goede kwaliteit van de palliatieve zorg te borgen dan wel te verbeteren.	<p>Kwaliteit van palliatieve zorg leveren <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -handelt vanuit de principes van het kwaliteitskader palliatieve zorg; -schakelt tijdig gespecialiseerde palliatieve zorg (op en af) om deskundigheid toe te voegen.</p>	<p>Kwaliteit van palliatieve zorg leveren Kwaliteitskader palliatieve zorg</p>
De verpleegkundige palliatieve zorg levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie en is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden, richtlijnen,	<p>Participeren in kwaliteitszorg <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -signaleert leemtes in de palliatieve zorg die zich lenen voor nader onderzoek en legt deze voor aan o.a. kenniscentra- en</p>	<p>Participeren in kwaliteitszorg Kenniscentra- en netwerken palliatieve zorg, organisaties, palliatieve zorg</p>

<p>protocollen en zorgtechnologie, signaleert het ontbreken en draagt bij aan de ontwikkeling hiervan binnen de palliatieve zorg.</p>	<p>netwerken palliatieve zorg, en organisaties palliatieve zorg; -werkt mee aan interprofessionele en intercollegiale ondersteuning en toetsing in de palliatieve zorg.</p>	
<p>De verpleegkundige palliatieve zorg levert een positieve en actieve bijdrage aan de beeldvorming en de ontwikkeling van palliatieve zorg vanuit een historisch, institutioneel en maatschappelijk perspectief.</p>	<p>Professioneel gedrag <i>Verpleegkundige palliatieve zorg</i> -geeft advies en instructie aan verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren met betrekking tot palliatieve zorg; -handelt vanuit normen en waarden van de beroepscode; -handelt vanuit een professionele houding ten aanzien van afstand en betrokkenheid; -geeft advies aan verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren met betrekking tot (eigen) morele vraagstukken en ethische dilemma's; -bespreekt de invloed van de eigen waarden en normen op het eigen handelen bij de patiënt en diens naasten met betrokken zorgprofessionals; -biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team en adviseert waar verdere ondersteuning geboden kan worden</p>	<p>Professioneel gedrag Beroepscode professionele afstand en betrokkenheid</p>

Bijlage 1 Attitudeaspecten

Onderstaande attitudeaspecten zijn daarnaast (ook) generiek onderdeel van de verpleegkundige opleidingen:

Toont respect voor (de visie van) de patiënt en naasten in elke fase.

Heeft oog voor de naasten.

Neemt de tijd voor patiënten en naasten.

Toont empathie.

Heeft aandacht voor de inbreng en ervaringsdeskundigheid van naasten.

Heeft respect voor culturele aspecten en verschillende levensbeschouwingen.

Past sensitiviteit, flexibiliteit en creativiteit toe waar nodig.

Verantwoordelijkheid en zelfstandigheid.

Opereert zelfstandig binnen alle fasen, binnen de grenzen van het beroepsdomein.

Bijlage 2 Operationalisatie begrippen

Dimensies in de palliatieve zorg: fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie

De fysieke dimensie van palliatieve zorg verkent, onderzoekt en behandelt lichamelijke symptomen en maakt daarbij zo nodig gebruik van gevalideerde (meet)instrumenten.

De psychische dimensie van palliatieve zorg omvat zorg die betrekking heeft op het psychisch en emotioneel welbevinden van de patiënt en diens naasten. De sociale dimensie van palliatieve zorg omvat een breed scala aan voorzieningen en activiteiten die de patiënt en diens naasten mede in staat stellen het dagelijks leven vorm te kunnen geven. De spirituele c.q. existentiële dimensie gaat over gedachtes, gevoelens en vragen die problemen in de palliatieve fase oproepen ten aanzien van de zin- en betekenisgeving die verbonden zijn met het levensverhaal, ziekteverloop en het levenseinde (IKNL/Palliactief, 2017).

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarin de zorgverlener en de patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt worden meegenomen (IKNL/Palliactief, 2017).

Indiceren van zorg

Het vaststellen, beschrijven en organiseren van aard, duur, omvang en doel van de benodigde (verpleegkundige) zorg, in samenspraak met de patiënt, op basis van gediagnosticeerde of potentiële, nader te onderzoeken en te diagnosticeren patiëntproblemen (O²PZ, 2020).

Palliatief redeneren

Palliatief redeneren is het klinische redeneren in de palliatieve fase; het betreft een toegepaste vorm van klinisch redeneren gecombineerd met de principiële uitgangspunten van palliatieve zorg rondom besluitvorming bij symptommanagement gericht op kwaliteit van leven (O²PZ, 2020).

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden (IKNL/Palliactief, 2017).

Signaleren en markeren palliatieve fase

Markeren begint met vroegtijdig signaleren van de palliatieve fase, wat gedaan kan worden door elke betrokken zorgverlener in afstemming met de arts. De arts stelt vervolgens de palliatieve fase actief vast, benoemt en bespreekt dit met de overige betrokken zorgverleners. De arts exploreert in hoeverre patiënt (en diens naasten) open staan voor gesprek over de palliatieve fase en of zij over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken (O²PZ, 2020 op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

Uitvoeren van zorg

Het verlenen van integrale zorg door zelfstandig alle voorkomende verpleegkundige handelingen in complexe zorgsituaties uit te voeren met inachtneming van de geldende wet- en regelgeving vanuit een holistisch perspectief (O²PZ, 2020).

Zelfmanagement

Zelfmanagement is het omgaan met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid op een zodanige manier dat de aandoening zo goed mogelijk een plek krijgt in het dagelijks leven. Zelfmanagement betekent: zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bereiken en te behouden (IKNL/Palliactief, 2017)

Ethisch handelen

Bij ethisch handelen geeft de zorgverlener uitvoering aan de vier ethische principes: 1 respect voor het individu en diens autonomie; 2 goed doen;

3 niet-schaden;

4 rechtvaardigheid en gelijke verdeling van middelen. (Beauchamp & Childress, 1979).

Inzet informatie- en communicatietechnologie

Het toepassen van de nieuwste informatie- en communicatie-technologieën en het bieden van zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt (O²PZ, 2020).

Persoonsgerichte communicatie

Het actief luisteren naar de patiënt en/of naasten afgestemd op diens waarden, wensen en behoeften en patiëntfactoren zoals leeftijd, taal en cognitie zodat de patiënt in staat is gericht keuzes te maken (O²PZ, 2020).

Proactieve zorgplanning

Het proces van vooruitdenken over situaties die zich kunnen voordoen (scenario-denken), plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past (IKNL/Palliatief, 2017).

Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarin de zorgverlener en de patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt worden meegenomen (IKNL/Palliatief, 2017).

Interprofessionele samenwerking

Bij interprofessioneel samenwerken formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel en hanteren zij een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is. Ook zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair. De betrokken professionals leveren als het ware een deel van hun autonomie in ten behoeve van het gezamenlijke doel. Uit Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliatief, 2017 waarbij de term interdisciplinair is omgezet naar interprofessioneel op basis van het Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

Professionele relatie

Het aangaan en onderhouden van professionele samenwerkingsrelatie met de patiënt, diens naasten/mantelzorgers en sociale netwerk, het onderhouden van langdurige zorgrelaties en het zorgvuldig afbouwen van de relatie daar waar dit noodzakelijk is (O²PZ, 2020).

Zelfreflectie

Zelfreflectie is het onderzoeken van impact en effect van ervaringen, waarbij op zowel de professionele als de persoonlijke positie (voortkomend uit het verleden, cultuur, normen en waarden of onervarenheid) wordt gereflecteerd in relatie tot de zorgverlening aan patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Zelfreflectie wordt gezien als een intellectueel en emotioneel proces dat leidt tot meer inzicht in eigen handelen, (zelf)kennis en zelfbeeld om dit vervolgens toe te passen in toekomstig handelen. Zelfreflectie kan zowel een individueel proces als een groepsproces zijn (IKNL/Palliatief, 2017).

Deskundigheidsbevordering

Het tonen van actief en kritisch gedrag om de verpleegkundige kennisontwikkeling in de palliatieve zorg van zichzelf en anderen op peil te brengen en houden en het actief bijdragen aan het zoeken, ontwikkelen en delen van nieuwe (vormen van) kennis over palliatieve zorg (O²PZ, 2020).

Inzet EBP

Evidence based practice is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence based practice impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, in combinatie met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt (Verhoef, Cox, De Louw, & Kuiper, 2012).

Voor palliatieve zorg betekent dit het in samenspraak met de patiënt en diens naasten afwegen van (1) actief gezochte recente kennis uit wetenschappelijke literatuur, protocollen, richtlijnen en zorgpaden (2) professionele expertise en (3) persoonlijke kennis, waarden, wensen, voorkeuren en behoeften van de patiënt en diens naasten (O²PZ, 2020).

Morele sensitiviteit

Morele sensitiviteit is de gevoeligheid voor de waarden van de betrokkenen die in het geding zijn, gebaseerd op de principebenadering in de ethiek (Beauchamp & Childress, 1979).

Onderzoekend vermogen

Het in palliatieve zorgsituaties en bij palliatieve zorg- en organisatievraagstukken tonen van een kritisch onderzoekende en reflectieve (basis)houding, het verantwoorden van het handelen vanuit (verschillende) kennisbronnen, het hanteren van een methodische aanpak met een gedegen probleemanalyse en het doorlopen van de onderzoekscyclus gericht op het verbeteren van een specifieke palliatieve beroepssituatie (O²PZ, 2020).

Professionele reflectie

Het kritisch beschouwen van het eigen verpleegkundig gedrag in relatie tot 1) de verpleegkundige beroepscode en beroepswaarden; 2) de richtlijnen; 3) protocollen en zorgpaden; 4) het (in mono- en interprofessioneel verband) bespreken van patiënten met een palliatieve zorgbehoefte en diens naasten/mantelzorgers voorzien van zorgvuldige argumentatie. Hierbij houdt de verpleegkundige rekening met de emotionele belangen van de patiënt en naasten/mantelzorgers vanuit het besef dat palliatieve zorg een moreel-ethische praktijk behelst (O²PZ, 2020).

Zelfreflectie

Zelfreflectie is het onderzoeken van impact en effect van ervaringen waarbij op zowel de professionele als de persoonlijke positie (voortkomend uit het verleden, cultuur, normen en waarden of onervarenheid) wordt gereflecteerd in relatie tot de zorgverlening aan patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Zelfreflectie wordt gezien als een intellectueel en emotioneel proces dat leidt tot meer inzicht in eigen handelen, (zelf)kennis en zelfbeeld om dit vervolgens toe te passen in toekomstig handelen. Zelfreflectie kan zowel een individueel proces als een groepsproces zijn (IKNL/Palliactief, 2017).

Gezond gedrag bevorderen

Het bieden van ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek (O²PZ, 2020).

Preventiegericht analyseren

Het analyseren van het gedrag en de omgeving van de patiënt die leiden tot gezondheidsproblemen van patiënten en doelgroepen (O²PZ, 2020).

Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid (IKNL/Palliactief, 2017).

Continuïteit van zorg

Er is sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd. Continuïteit omvat ten minste (IKNL/Palliactief, 2017):

1. persoonlijke continuïteit: een vaste zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de patiënt kent en volgt;
2. teamcontinuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten;
3. transmurale continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten.

Coördinatie van zorg

Het nemen van initiatief in het organiseren van de zorg om deze in samenspraak met de patiënt en in onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgverleners en zorgorganisaties soepel volgens het zorgplan te laten verlopen (O²PZ, 2020).

Veiligheid bevorderen

Het continu en methodisch bijdragen aan het bevorderen en borgen van de veiligheid van de patiënt en medewerkers (O²PZ, 2020).

Verpleegkundig leiderschap

Het samen met collega's van eigen en andere disciplines én met patiënten en familie werken aan waardevolle zorg, passend bij de situatie. Verpleegkundig leiderschap hoort bij het dagelijks werk, waarbij invloed wordt uitgeoefend op zowel de zorg dichtbij de patiënt als de strategische richting van de zorgorganisatie waarin je werkt en daarbuiten (Vermeulen et al., 2020).

Verpleegkundig ondernemerschap

Het overzien van en handelen naar financieel-economische en organisatiebelangen binnen de verschillende contexten van zorg (O²PZ, 2020).

Kwaliteit van palliatieve zorg leveren

Het op een methodische en kritische wijze bewaken, uitvoeren en borgen van de kwaliteit van de verpleegkundige palliatieve zorg volgens de kernwaarden en principes.

Participeren in kwaliteitszorg

Het leveren van een proactieve bijdrage aan de kwaliteitszorg van de zorgorganisatie.

Professioneel gedrag

Het handelen en zich gedragen naar de professionele standaard en de beroepscode, verantwoordelijkheid nemen in al het eigen handelen en het uitdragen van de beroepstrots.

Kernwaarden en principes

Kernwaarden beschrijven de basiswaarden van goede zorg aan de patiënt in de palliatieve fase en diens naasten. Principes beschrijven houding en gedrag van zorgverleners waarmee de kernwaarden gerealiseerd kunnen worden (IKNL/Palliactief, 2017).