

Profiel

Gespecialiseerd
Verzorgende IG
Palliatieve Zorg

“Er moeten mensen zijn”

*Er moeten mensen zijn die zonnen aansteken,
voordat de wereld verregent.*

*Mensen die zomervliegers oplaten als het ijzig wintert,
en die confetti strooien tussen de sneeuwvlokken.
Die mensen moeten er zijn.*

*Er moeten mensen zijn die aan de uitgang van het kerkhof ijsjes verkopen,
en op de puinhopen mondharmonica spelen.
Er moeten mensen zijn,
die op hun stoelen gaan staan,
om sterren op te hangen in de mist.
Die lente maken van gevallen bladeren,
en van gevallen schaduw,
licht.*

*Er moeten mensen zijn,
die ons verwarmen en die in een wolkeloze hemel
toch in de wolken zijn zo hoog
(...)*

*Bij dat soort mensen wil ik horen
Die op het tuinfeest in de regen BLIJVEN dansen
ook als de muzikanten al naar huis zijn gegaan
de muziek gaat DOOR
de muziek gaat DOOR
en DOOR*

Fragment uit “Er moeten mensen zijn”

Toon Hermans

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Inleiding	7
Aanleiding	7
Uitgangspunten	9
Vormgeving	9
Doelgroepen	11
Leeswijzer	13
Deel 1: Beroepshouding, overkoepelende competenties verzorgende palliatieve zorg.	15
Professionele beroepshouding	16
Overkoepelende CanMEDS-rollen	16
Deel 2: Kenmerkende professionele beroepsactiviteiten, EPA-beschrijving	20
EPA1: Signaleren, diagnosticeren en markeren	21
Omschrijving	21
De activiteit omvat	21
Competenties (CanMEDS-rollen)	23
Vereiste kennis	23
Vereiste vaardigheden en gedrag	23
EPA2: Proactieve zorgplanning en het opstellen (individueel) zorgplan	25
Omschrijving	25
De activiteit omvat	25
Competenties (CanMEDS-rollen)	26
Vereiste kennis	26
Vereiste vaardigheden en gedrag	26
EPA3: Uitvoeren en evalueren palliatieve zorg	29
Omschrijving	29
De activiteit omvat	29
Competenties (CanMEDS-rollen)	29
Vereiste kennis	30
Vereiste vaardigheden en gedrag	30
EPA4 Coördineren en continueren palliatieve zorg	33
Omschrijving	33
De activiteit omvat	33
Competenties (CanMEDS-rollen)	33
Vereiste kennis	34
Vereiste vaardigheden en gedrag	34
EPA5 Markeren en begeleiden stervensfase	37
Omschrijving	37
De activiteit omvat	37
Competenties (CanMEDS-rollen)	37
Vereiste kennis	37
Vereiste vaardigheden en gedrag	38
EPA6 Nazorg verlenen	41
Omschrijving	41
De activiteit omvat	41
Competenties (CanMEDS-rollen)	41
Vereiste kennis	42
Vereiste vaardigheden en gedrag	42
Bijlage 1: Begrippenlijst	43
Complexiteit van zorg	43
Diversiteit (en inclusie)	43
Expert palliatieve zorg	43
Generalist palliatieve zorg	43
Gespecialiseerd team palliatieve zorg	43
Gezamenlijke besluitvorming	43
Regiebehandelaar	43
Interdisciplinaire samenwerking	43
Interprofessionele samenwerking	43
Kwaliteit van leven	43
Mantelzorg	45
Medebewoner	45
Multidimensionele zorg	45
Multidisciplinaire samenwerking	45
Naasten	45
Patiënt	45
Proactieve zorgplanning	45
Samen beslissen	45
Specialist palliatieve zorg	46
Supervisie	46
Zorgverlener	46
Bijlage 2: Het (individueel) zorgplan, taken, rollen en verantwoordelijkheden	47
Bijlage 3: Samenstelling projectgroep en klankbordgroep	49
Opdrachtgever	49
Projectleider	49
Projectgroep	49
Klankbordgroep	49
Bijlage 4: Bibliografie	50



Voorwoord

Verzorgenden die werkzaam zijn in de palliatieve zorg; wie zijn zij, waar werken zij, wat doen zij en hoe zijn zij van betekenis? Deze vragen worden in dit competentieprofiel beantwoord.

In de palliatieve fase is een gelijkwaardige, interdisciplinaire samenwerking tussen verzorgenden en andere zorgprofessionals onmisbaar voor de kwaliteit en continuïteit van zorg. Die fase verloopt niet altijd geëffend en overzichtelijk. Het kan voor de zorgvrager een weg zijn vol met bochten en obstakels. Verzorgenden vormen het 'hart' van de palliatieve zorg en kunnen vaak goed observeren en signaleren wat de juiste zorg is, op het juiste moment en op de juiste plek. Door hun vaak, jarenlange, intensieve betrokkenheid kennen ze het levensverhaal van de zorgvrager en hebben ze vertrouwelijk contact met de naasten. Ze kennen de details die van grote betekenis kunnen zijn. Zoals bijvoorbeeld hoe iemand het haar het liefst heeft gekamd, hoeveel klontjes suiker er in de thee moeten, hoe de band met de kinderen is of welke muziek ontroert. De zorgvrager wordt 'gezien' en ondersteund in gevoelens van zingeving en spiritualiteit. Daarom dragen verzorgenden met hun zorghart een groot deel bij aan het hart van de palliatieve zorg in alle dimensies. Juist als het levenseinde nadert wordt dit nog belangrijker. Een Gespecialiseerde Verzorgende IG Palliatieve Zorg gaat hierin een stap verder dan generalistisch opgeleide verzorgenden. Ook tijdens de stervensfase is deze zorgprofessional in staat om onzichtbare elementen zichtbaar te maken en zo het initiatief te nemen om de route samen verder uit te stippelen.

Als bestuur V&VN Palliatieve Zorg stimuleren wij professioneel leiderschap en willen we verbindend optreden. Verzorgenden ervaren vaak nog een gevoel van hiërarchie. We willen zowel erkenning als verdere ontwikkeling stimuleren binnen de beroepsgroep van verzorgenden. Op het moment van dit schrijven is er nog geen uniformiteit in de competenties voor Gespecialiseerd Verzorgenden IG Palliatieve Zorg. Daarom geven we nu de aanzet met dit Profiel Gespecialiseerd Verzorgende IG Palliatieve Zorg. Het is ons nadrukkelijke streven om dit, samen met alle betrokkenen, te implementeren in zowel de beroepspraktijk als het onderwijs.

Onze hartelijke dank gaat uit naar de projectleider, de projectgroep en de klankbordgroep (zie bijlage 3). Zij hebben zorgvuldig in consensus een prachtig resultaat afgeleverd waar we de komende jaren mee vooruit kunnen. We hopen dat u nieuwsgierig geworden bent en blijven graag in gesprek over de implementatie, zodat verzorgenden die zich willen specialiseren in palliatieve zorg de kans daarvoor krijgen.

Namens het bestuur V&VN Palliatieve Zorg
duovoorzitters Lijdi Hoogenboom en Sjaak Thijssen,
oktober 2024.

Inleiding

Voor u ligt het profiel van de 'Gespecialiseerd Verzorgende IG Palliatieve Zorg' (verder te noemen GVPZ). Met dit profiel geeft afdeling V&VN Palliatieve Zorg in samenspraak met afdeling V&VN Verzorgenden invulling aan de taken en rollen van de beroepsbeoefenaren die als GVPZ binnen het werkveld werkzaam zijn. Naast helderheid voor werkgevers over de mogelijke inzet van deze beroepsbeoefenaren, geeft het profiel ook duidelijke handvatten voor het onderwijsveld om de juiste inhoud te geven aan opleidingen die leiden tot de titel 'Gespecialiseerd Verzorgende IG Palliatieve Zorg'. Het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland (2017) geldt als basis voor dit profiel.

Aanleiding

In Nederland is gesteld dat palliatieve zorg wordt verleend door generalisten, zo nodig met ondersteuning van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Deze uitspraak heeft mede geleid tot een functionele verdeling van zorgverleners tussen generalist, specialist en expert palliatieve zorg. Deze zijn in het Kwaliteitskader Palliatieve zorg (IKNL/Palliactief, 2020) verder uitgewerkt. Zeer recent is in het profiel specialistische expertise palliatieve zorg 'Voorbij de generalist' (Zuilekom, Metselaar, & Godrie, 2024) een voorstel gedaan de rol van expert anders te gaan omschrijven. Hiermee wil men overgaan naar een tweedeling, te weten, de generalist en de specialist. Dit voorstel zal bij acceptatie ook overgenomen worden in het herziene Kwaliteitskader Palliatieve zorg¹.

Reeds in 2020 is voor de generalist palliatieve zorg (NLQF-niveau 2-8+²) een onderwijsraamwerk (O2PZ, 2020) opgesteld. De implementatie van dit onderwijsraamwerk binnen het initieel zorg- en medisch onderwijs is inmiddels in volle gang.

In vervolg hierop werd in het voorjaar 2022 vanuit het bestuur V&VN Palliatieve Zorg het profiel van de Palliatieve Zorg Verpleegkundige landelijk gepresenteerd. De Palliatieve Zorg Verpleegkundige functioneert op het niveau van de specialist binnen het verpleegkundig domein³. Met dit profiel heeft de beroepsgroep invulling gegeven aan de verwachtingen die gesteld mogen worden binnen het werkveld aan de Palliatieve Zorg Verpleegkundige. Daarnaast geeft het profiel duidelijkheid voor het onderwijsveld om passende opleidingen te ontwikkelen die leiden tot de titel Palliatieve Zorg Verpleegkundige.

¹ Nota bene: Bij het ter perse gaan van dit profiel is het nieuwe Kwaliteitskader palliatieve zorg nog niet uitgebracht.

² NLQF: Het Nederlands Kwalificatieraamwerk NLQF biedt duidelijkheid en zekerheid over het niveau van diploma's. De inschaling van kwalificaties op een van de niveaus maakt het mogelijk om het niveau van alle kwalificaties met elkaar te vergelijken.

³ Op NLQF niveau 6 wat betreft het deskundigheidsgebied van de palliatieve zorg.



Een van de twee hoofdpersonen van dit verhaal is Zehra. Ze is achtentertig jaar, gelukkig getrouwd en afkomstig uit Turkije. Vroeger werkte ze op een kinderdagverblijf. Op een gegeven moment realiseerde ze zich dat ze liever in de ouderenzorg ging werken. Ze liet zich omscholen tot verzorgende IG. Tijdens haar stage in verpleeghuis Sint Jacobshoeve nabij Zutphen werd ze gegrepen door de kwetsbare mens die ongeneeslijk ziek is. Na haar afstuderen besloot ze zich direct te specialiseren tot Gespecialiseerd Verzorgende Palliatieve Zorg (GVPZ). Bewoner Liesbeth Kremers verbleef zo'n twee jaar in de Jacobshoeve na een grote hersenbloeding door te hebben gemaakt. Van beroep is ze orthopedagoog. Ze was getrouwd met Martin, ze hebben twee kinderen samen. Later werd ze verliefd op haar beste vriendin Fleurie. Fleurie heeft Liesbeth onlangs geschilderd. Ze heeft iets met de mooie felle kleuren van Vincent van Gogh



Gezien de huidige arbeidsmarktontwikkelingen en de grote groep verzorgenden IG binnen zowel de VVT- als de GGZ-sector(en), is het voor de besturen van de V&VN Palliatieve Zorg én V&VN Verzorgenden de wens de specialistische lijn van de verpleegkundige, door te trekken naar het niveau van de Verzorgende IG. Om het profiel herkenbaar te maken voor zowel de zorgpraktijk als het onderwijs voor verzorgenden IG is het profiel ontwikkeld met beroepsbeoefenaren uit de gezondheidszorg en beroepsbeoefenaren uit het onderwijsveld.

Het bestuur van V&VN Palliatieve Zorg heeft voor het ontwikkelen van het profiel een projectleider aangesteld. In samenwerking is een projectgroep en een klankbordgroep geformeerd. De projectgroep bestond uit verzorgenden IG werkzaam in verschillende VVT- en GGZ-velden van de palliatieve zorg en onderwijskundigen die zich bezighouden met ontwikkelen van MBO-onderwijs over palliatieve zorg. De klankbordgroep bestond, naast verzorgenden IG en onderwijskundigen uit het MBO- en HBO-onderwijs, uit vertegenwoordigers uit andere geledingen en werkvelden zoals patiënten, verpleegkundigen, artsen, O2PZ en PZNL (Palliatieve Zorg Nederland).

Uitgangspunten

Een belangrijk uitgangspunt is dat een verzorgende IG zich alleen GVPZ mag noemen wanneer zij een functie bekleedt in een vakgebied waar palliatieve zorg ten minste 50% uitmaakt van de dagelijkse praktijk en daarnaast een erkende aanvullende opleiding palliatieve zorg heeft gevolgd. Daarmee kan alleen de verzorgende IG een GVPZ worden. Voor de verzorgende (voorheen ziekenverzorgende) geldt dat hiervoor een overgangsregeling ingezet moet worden.

De GVPZ maakt bij voorkeur deel uit van het multidisciplinaire team waarin interdisciplinaire samenwerking rondom de patiënt in de palliatieve fase vormgegeven wordt. Het is wenselijk de GVPZ in te bedden in een gespecialiseerd team palliatieve zorg.

De GVPZ kent als 'specialist' diens beperkingen en consulteert zo nodig een Palliatieve Zorg Verpleegkundige en/of een andere specialist palliatieve zorg (IKNL/Palliactief, 2020) en (Zuilekom, Metselaar, & Godrie, 2024).

Het uiteindelijke doel is dat het profiel leidt tot eenduidigheid in (erkende) opleidingen waarmee de verzorgende IG de mogelijkheid heeft zich te kwalificeren als specialist palliatieve zorg.

Vormgeving

Het profiel voor de GVPZ wordt vormgegeven door het beschrijven en uitwerken van EPA's (Entrusted Professional Activities).

EPA's zijn kenmerkende professionele beroepsactiviteiten die het dagelijks werk van een zorgprofessional vormen. Het zijn activiteiten, met een duidelijk begin en eind, die alleen toe te vertrouwen zijn aan gekwalificeerd personeel (Ten Cate, 2017).

Het profiel is ingedeeld in twee delen die niet los van elkaar gezien kunnen worden.

In het eerste deel ligt de focus op de beroepshouding en de overkoepelende competenties van de GVPZ. Deze overkoepelende competenties zijn ingedeeld op basis van de CanMEDS-rollen. Er is voor CanMEDS-rollen gekozen aangezien deze zowel binnen het onderwijs als de praktijk reeds meerdere jaren gebruikt worden en daarmee een goede herkenbaarheid geven.

De overkoepelende competenties toont de GVPZ binnen alle zes (6) de EPA's en zijn zodoende niet specifiek voor een EPA.

In het tweede deel worden de hierboven genoemde professionele beroepsactiviteiten als EPA verder uitgewerkt. Bij de beschrijving van de EPA's wordt een koppeling gemaakt met de in het eerste deel beschreven overkoepelende competenties (CanMEDS-rollen).

De indeling van de EPA's is gebaseerd op het 'Levenspad palliatieve zorg' welk model heeft gestaan voor het Interprofessioneel samenwerkingsmodel dat door het programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O2PZ) is ontwikkeld (2020). In het interprofessioneel samenwerkingsmodel zijn zes (6) professionele beroepsactiviteiten uitgelicht aan de hand van de zogenoemde 'patient journey'.

Palliatieve zorg vereist bij uitstek samenwerking tussen meerdere professionals met verschillende expertises en de patiënt en naasten. De GVPZ is een belangrijke spil binnen het multidisciplinaire team.

Met het beschrijven van EPA's op basis van de zes (6) professionele beroepsactiviteiten wordt het totale deskundigheidsgebied van de GVPZ beschreven.

Hieronder worden deze professionele beroepsactiviteiten kort weergegeven (O2PZ, 2020):

- **Signaleren, diagnosticeren en markeren**

Het, bij de patiënt met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid, signaleren en vaststellen van het ingaan van de palliatieve-, en later, de stervensfase. De arts stelt op klinische gronden bij de patiënt met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid (het ingaan van) de palliatieve - en later de stervensfase vast. Bij het signaleren kan gedacht worden aan het verwachte effect van de ongeneeslijke, kwetsbare ziekte op de functionaliteit van de patiënt, inclusief de symptoomlast op de vier dimensies.

- **Proactief palliatieve zorg plannen**

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

- **Uitvoeren en evalueren palliatieve zorg**

Het uitvoeren van de in het zorgplan afgesproken interventies. Onder andere het bestrijden van het lijden vanuit de vier dimensies en het voortdurend monitoren, evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg.

- **Coördineren en continuïteit van palliatieve zorg**

Zorgdragen voor continuïteit in het gehele zorgproces d.m.v. een vaste zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de patiënt kent en volgt. Onderdelen hierin zijn passende communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting en tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier zorg op elkaar te laten aansluiten.

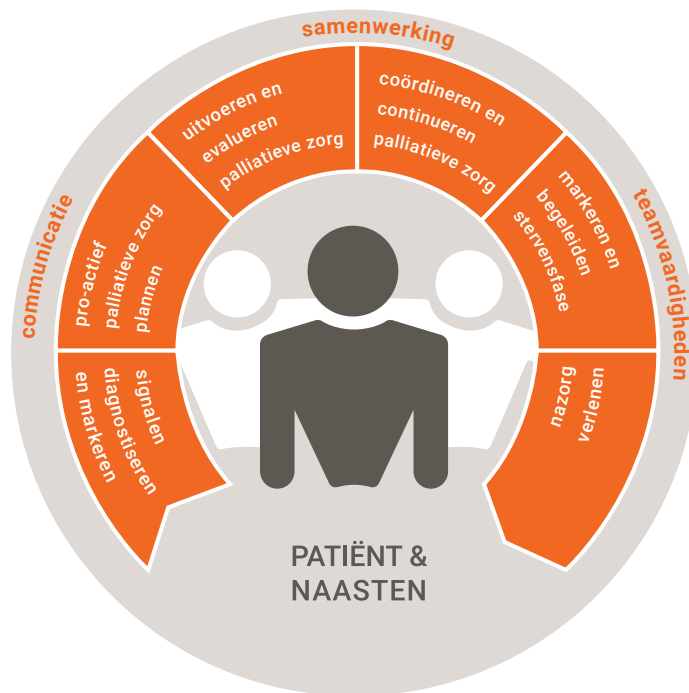
Coördinatie van zorg is gericht op het daadwerkelijk benutten van beschikbare voorzieningen, het inschakelen van de juiste expertise en het naadloos laten verlopen van noodzakelijke transfers.

- **Markeren en begeleiden stervensfase**

Bij de zorg rond het sterven komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg. De naasten (denk hierbij ook aan medebewoners/-cliënten) ervaren ruimte om op een voor hen gepaste manier afscheid van hun dierbare te nemen. Hen wordt gevraagd of, en welke rol, zij de laatste zorg aan hun dierbare willen verlenen.

- **Nazorg verlenen**

Omvat de zorg en ondersteuning aan de nabestaanden van de overleden patiënt direct na het overlijden. In de nazorg wordt ingespeeld op wat familie en naasten (denk hierbij ook aan medebewoners/-cliënten) nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.



Figuur 1: model levenspad palliatieve zorg;
vrij naar Interprofessioneel samenwerkingsmodel, O2PZ, 2020

Bij elke EPA-beschrijving worden deze items weergegeven:

- Omschrijving
- De activiteit omvat
- CanMEDS-rollen
- Vereiste kennis
- Vereiste vaardigheden en gedrag

Opgemerkt wordt dat kennis en vaardigheden van de generalistisch zorgverlener niet in dit profiel zijn opgenomen, aangezien deze voor de GVPZ als gekend beschouwd mogen worden. Voor een overzicht van deze kennis en vaardigheden verwijzen we u graag het Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 2.0 dat door het ZonMW Palliatie programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg is opgesteld (O2PZ, 2020).

Doelgroepen

Dit profiel voor de GVPZ is primair geschreven voor verzorgenden IG die al als 'specialist' binnen het vakgebied van de palliatieve zorg werkzaam zijn en hierin een aanvullende (erkende) opleiding palliatieve zorg hebben gevolgd. En het is geschreven voor de verzorgenden IG die in de toekomst specialist in de palliatieve zorg willen worden.

Daarnaast kan het door werkgevers binnen de gezondheidszorg gebruikt worden om inzicht te krijgen in de verwachtingen die aan de GVPZ gesteld mogen worden. Voor zowel de werkgever als de werknemer wordt hiermee een kans geboden de uitvoering van de functie concreet te duiden. Voorts vormt het profiel voor opleiders de mogelijkheid op basis van de in het profiel beschreven kennis, vaardigheden en gedrag, aanvullende opleidingen voor deze verzorgende IG zorgverleners te (her-)ontwikkelen en te laten accrediteren (erkennen).

Kwalificatieniveau

Om het kwalificatieniveau binnen het profiel voor de GVPZ te duiden is gebruikgemaakt van het Nederlands kwalificatieraamwerk NLQF. Het NLQF telt acht niveaus, van basiskwalificatie tot universitair niveau en beschrijft per niveau de bijbehorende kennis en vaardigheden en de mate van verantwoordelijkheid en zelfstandigheid.

Het profiel van de GVPZ is gebaseerd op werk- en denkniveau NLQF 4. Dit betekent dat de verzorgende IG (NLQF 3) middels een aanvullende (erkende) opleiding palliatieve zorg binnen het deskundigheidsgebied palliatieve zorg door kan groeien naar NLQF 4.

Dit niveau is vergelijkbaar met andere specialistische opleidingen binnen de verzorgende zorg IG beroepsgroep.

Om het deskundigheidsniveau van de GVPZ in de praktijk te kunnen bepalen, is het model van Benner (Benner, 1984) toegevoegd. Het beschrijven van de kennis, vaardigheden en gedragskenmerken is gebaseerd op het hoogste deskundigheidsniveau. In de praktijk kan het niveau van de individuele GVPZ nog in ontwikkeling zijn. Hiermee wordt bedoeld dat Benner een analytische benaderingswijze relateert aan het kennis-, vaardigheids- en gedragskenmerken-niveau van de beroepsbeoefenaar. Hoe groter de mate van zelfstandigheid en ondersteunen van anderen, hoe meer gebruik wordt gemaakt van analytisch denken. Jong gediplomeerde beroepsbeoefenaren zijn volgens Benner nog niet in staat om een totaaloverzicht te hebben en daarnaar te handelen. In het model staat de ontwikkeling van een analytische benadering van praktijksituaties centraal.

Benner onderscheidt 5 verschillende supervisieniveaus. Deze zijn:

- De student/beroepsbeoefenaar mag observeren, maar de EPA niet uitvoeren.
- De student/beroepsbeoefenaar mag de EPA uitvoeren onder directe supervisie, waarbij de supervisor fysiek aanwezig is in dezelfde kamer.
- De student/beroepsbeoefenaar mag de EPA uitvoeren onder indirecte supervisie, waarbij supervisor niet fysiek aanwezig is, maar wel snel beschikbaar als dat nodig is.
- De student/beroepsbeoefenaar voert een activiteit geheel zelfstandig uit.
- De student/beroepsbeoefenaar verleent supervisie op deze EPA aan junior studenten.

Op basis van bovenstaande wordt gesteld dat de verzorgende IG een groei doormaakt om uiteindelijk te komen tot de GVPZ. Deze groei wordt mede vormgegeven door een aanvullende (erkende) opleiding palliatieve zorg en ervaring binnen het werkveld.

Het uitgangspunt is dat de GVPZ een aanvullende (erkende) opleiding in de palliatieve zorg volgt/bezit, waarbij kennis wordt getoetst in zowel de theorie als de praktijk. Met de opleiding zijn specifieke kennis en vaardigheden opgedaan in de palliatieve zorg.

De GVPZ:

- is over het algemeen werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk.
- maakt bij voorkeur deel uit van een gespecialiseerd team rondom palliatieve zorg en heeft bij voorkeur directe relaties in het Netwerk Palliatieve zorg.
- geldt als vraagbaak voor de generalistisch zorgverleners en kan in die hoedanigheid geconsulteerd worden door andere zorgverleners.
- kent de eigen beperkingen en consulteert zo nodig de Palliatieve Zorg Verpleegkundige of een andere specialist palliatieve zorg.

NB: De afdelingsbesturen van V&VN Palliatieve Zorg en V&VN Verzorgenden beseffen dat bij de verschijningsdatum van dit profiel er professionals werkzaam zijn die (nog) niet over een aanvullende (erkende) opleiding palliatieve zorg beschikken, maar in de dagelijkse praktijk wel de functienaam van GVPZ dragen. Zodoende kan er gesproken worden van een overgangperiode van ongeveer vijf jaren. Voor deze professionals kunnen instrumenten ontwikkeld worden om reeds ontwikkelde EPA's aan te tonen (vergelijk EVC-procedure). Op basis hiervan kan door zowel de werkgever als de onderwijsinstelling beoordeeld worden welke EPA's nog (verder) ontwikkeld moeten worden (vergelijk vrijstellingenbeleid binnen opleidingen).

Leeswijzer

We plaatsen hier enkele opmerkingen om de leesbaarheid te laten toenemen.

Er is gekozen, om de leesbaarheid van het profiel te laten toenemen, overal 'zij' en 'patiënt' te gebruiken. Zodoende kan waar 'zij' staat ook 'hij' en 'die' en waar 'patiënt' staat ook 'cliënt', 'klant', 'zorgvrager', 'bewoner' of 'gast' worden gelezen. Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is, wordt in de tekst de vertegenwoordiger (informele dan wel wettelijke) bedoeld.

Daarnaast is er voor gekozen om voor de Gespecialiseerd Verzorgende IG Palliatieve Zorg de afkorting GVPZ te gebruiken.

Voorts wordt de multidimensionele benadering bedoeld, wanneer er gesproken wordt over de vier dimensies in de palliatieve zorg. Bestaande uit de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie.

Er is aan het einde van dit document een begrippenlijst toegevoegd. Deze begrippenlijst geeft voor de lezer helderheid over de wijze waarop bijzondere begrippen zijn gedefinieerd en leidt tot eenduidigheid in het lezen van de teksten.



Deel 1:
Beroepshouding,
overkoepelende
competenties.

Het profiel van de GVPZ bestaat uit een zestal kenmerkende professionele beroepsactiviteiten (EPA's) gebaseerd op het 'Levenspad palliatieve zorg' (Netwerken Palliatieve Zorg Twente, 2021) en het Onderwijsraamwerk 2.0 (O2PZ, 2020) (vergelijk de 'patient journey'). Naast de specifieke omschrijving per EPA is geconstateerd dat een aantal aspecten binnen alle EPA's naar voren komen. Bijvoorbeeld 'het begeleiden van andere zorgverleners' en 'het tonen van een onderzoekende houding'.

Om de verschillende teksten leesbaar te houden, is ervoor gekozen deze aspecten centraal te beschrijven. Het gaat dan om aspecten die geduid kunnen worden als professionele beroepshouding en specifieke rollen die de GVPZ in de functie uitvoering laat zien.

Professionele beroepshouding

In de basis toont de GVPZ een professionele en respectvolle omgang met patiënten en hun naasten en medebewoners en collega's binnen en buiten de eigen discipline, hierbij rekening houdend met eventuele beperkingen. Zij draagt bij aan een goede samenwerking tussen betrokken zorgverleners, patiënten en naasten zowel op individueel- als op groepsniveau.

Mede dankzij de langdurige relatie met patiënten, staat zij dicht bij de patiënten, naasten en medebewoners. Door de hiermee opgedane kennis over de patiënt, heeft de GVPZ een belangrijke signalerende functie binnen de multidisciplinaire samenwerking en speelt zij een belangrijke rol bij het informeren van patiënten, naasten en medebewoners.

De GVPZ toont leiderschap door binnen het multidisciplinaire team proactief (mede) zorg te dragen voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Daarnaast toont zij ook leiderschap door het voortdurend evalueren van de door het multidisciplinaire team geboden palliatieve zorg. Hierbij is het doel mogelijke verbeteringen in de palliatieve zorgverlening in te kunnen zetten.

Door voortdurend en methodisch te reflecteren op de gemaakte keuzen en beslissingen en het eigen handelen ten aanzien van patiënten, naasten en overige zorgverleners toont zij een verantwoordelijke en assertieve beroepshouding in relatie tot de beroepscode en beroepswaarden.

Als leider zoekt en deelt de GVPZ actuele en relevante kennis en neemt andere zorgverleners mee in nieuwe inzichten in praktisch handelen. Op deze manier werkt zij aan de ontwikkeling van zowel de eigen deskundigheid als die van andere zorgverleners in de palliatieve zorg.

Binnen het multidisciplinaire team is de GVPZ in staat zowel de eigen behoefte als de behoefte van andere zorgverleners aan psychosociale en spirituele ondersteuning te signaleren en hierop acties uit te zetten.

De GVPZ stelt zich verantwoordelijk op, hanteert de grenzen van de eigen deskundigheid en consulteert tijdig de palliatieve zorg verpleegkundige of een andere specialist in de palliatieve zorg.

Overkoepelende CanMEDS-rollen

Binnen de palliatieve zorgverlening, welke wordt uitgevoerd door de GVPZ, kunnen een aantal overkoepelende rollen onderscheiden worden. Rollen die overstijgend zijn ten opzichte van de rollen die de generalist palliatieve zorg heeft.

De rollen zijn enerzijds uitingen van specialistische kennis en vaardigheden op het gebied van de palliatieve zorg, anderzijds is leiderschap nodig om deze op een juiste wijze in te zetten. De uiting van de rollen (de mate waarin deze naar voren komen binnen de huidige werkzaamheden) kan divers zijn afhankelijk van (1) de werkomgeving en (2) de ervaring van de beroepsbeoefenaar (deze kan immers groei doormaken). Wel wordt aangegeven dat de GVPZ deze rollen moet kunnen uitvoeren. De vaardigheden en gedragskenmerken passend bij deze rollen, zijn ingedeeld op basis van de CanMEDS-rollen.

Uitgangspunt bij de rollen van de GVPZ is de complexiteit en het proactief handelen ('wat-als'-denken) rondom de multidimensionele zorg in de palliatieve fase.

Zorgverlener

- * Verleent zelfstandig palliatieve zorg in laag- en midden complexe instabiele situaties. Hierbij kunnen meerdere ziekten en beperkingen elkaar beïnvloeden (multimorbiditeit).
- Formuleert interventies op basis van de landelijke richtlijnen; wijkt - indien passend - beargumenteerd af van de landelijke richtlijnen.

Communicator

- geeft passende voorlichting over de aard van de ziekte of kwetsbaarheid en de prognose, op grond waarvan de patiënt in staat gesteld wordt de consequenties van het ziek-zijn te overzien.
- Bespreekt waarden, wensen en behoeften van de patiënt, de naasten dan wel medebewoners binnen het multidisciplinaire team en zorgt ervoor dat de patiënt zich gezien, gehoord en begrepen voelt in de fase waarin deze zich bevindt.
- Sluit aan bij de belevingswereld van de patiënt zodat deze zich gehoord, gezien en begrepen voelt (herkennen en erkennen).

Samenwerkingspartner

- Stelt in samenspraak met de patiënt en naasten het (individueel) zorgplan op. Evalueert dit zorgplan en past het (individueel) zorgplan aan.
- Contacteert zo nodig de regiebehandelaar.
- Onderzoekt en benut de verschillende belangen en mogelijkheden bij naasten, medebewoners en andere zorgprofessionals t.a.v. de palliatieve zorg en coördineert deze zorg.

De reflectieve EBP-professional

- Vervult een actieve rol bij het bevorderen en bewaken van kwaliteitszorg.
- Deelt kennis en vaardigheden ten aanzien van palliatieve zorg met generalistische zorgverleners.
- Herkent en erkent morele dilemma's in de palliatieve zorg, bespreekt deze binnen het multidisciplinaire team en consulteert andere professionals.

Gezondheidsbevorderaar

- Bespreekt, in overleg met de regiebehandelaar, beoogde aanpassingen in het (individueel) zorgplan met de patiënt en naasten en past zo nodig de zorgverlening aan.
- Geeft voorlichting aan de patiënt en naasten over klachten of symptomen in de palliatieve zorg.
- Heeft oog voor de draagkracht van naasten, mantelzorgers en medebewoners en voert passende interventies uit.

Organisator

- Coördineert de zorg van patiënten, door een planning te maken en taken te verdelen.
- Consulteert de juiste professionals wanneer vragen het eigen expertisegebied overstijgen.
- Draagt zorg voor de randvoorwaarden en bepaalt de prioriteiten binnen de werkzaamheden.
- Vervult in overleg afgesproken met de regiebehandelaar, een belangrijke rol ten aanzien van de coördinatie en continuïteit van de zorg.
- Neemt deel aan overleg met het gespecialiseerd team palliatieve zorg over de kwaliteit van de geleverde zorg.

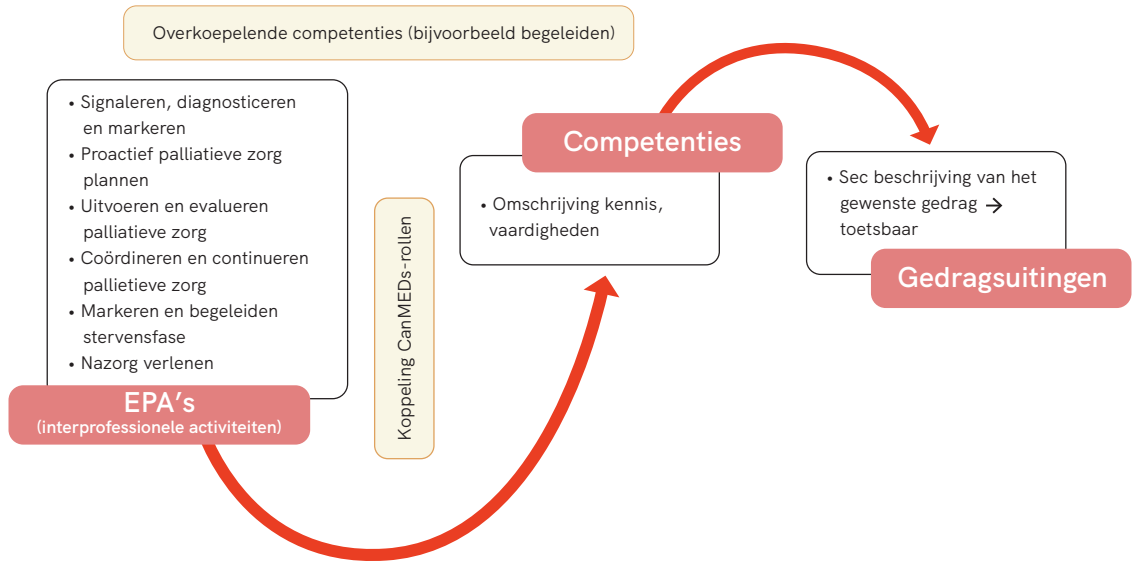
Professional en kwaliteitsbevorderaar

- Signaleert en analyseert problemen in de zorgverlening, draagt oplossingen aan en ondersteunt collega's bij knelpunten in de kwaliteit van de palliatieve zorg.
- Signaleert leer- en ontwikkelbehoeften van generalistische zorgverleners en onderneemt hierop actie door het inzetten van de eigen expertise.
- Voert deskundigheid bevorderende activiteiten uit rondom palliatieve zorg aan andere (generalistische) zorgverleners.
- Is in staat kritisch te reflecteren op de eigen werkzaamheden, de mogelijkheden en beperkingen in de eigen rol en de effecten hiervan op het eigen welbevinden.
- Consulteert tijdig ondersteuning ter voorkoming van overbelasting op zowel fysiek als psychisch, sociaal en spiritueel gebied.
- Begeleidt collega's binnen het eigen zorgteam in de uitvoering van palliatieve zorg.
- Begeleidt collega's van het interdisciplinaire team op het gebied van zelfreflectie, voorkoming van overbelasting en effectieve coping vaardigheden.


In het profiel is gekozen om de kennis, kunde en gedragingen van de GVPZ te beschrijven aan de hand van herkenbare beroepsactiviteiten in de zorg rondom de patiënt in de palliatieve fase. Er is gekozen voor het vormgeven aan de hand van de 'patient journey' en in deze volgorde het profiel vorm te geven. Bij elke EPA zal een deel van een patiëntencasus ter illustratie opgenomen worden. Zo starten we met de patiënt waarbij de palliatieve fase gesignaleerd en gemarkeerd wordt en eindigen we bij de zorg voor de nabestaanden van deze patiënt.

Bij EPA's worden herkenbare beroepsactiviteiten (taken of verantwoordelijkheden) beschreven die aankomend professionals zelfstandig kunnen uitvoeren, zonder begeleiding of supervisie, zoals visite lopen of een overdracht verzorgen van een patiënt. EPA's zijn gekoppeld aan meerdere competenties en in dit profiel aan de CanMEDS-rollen.

De ordening van de CanMEDS-rollen in Deel 1 van dit profiel, is voor veel beroepen toepasbaar. De rollen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Centraal staat de rol van zorgverlener als kern van de beroepsuitoefening. De andere rollen zijn gekoppeld aan de centrale rol, maar overstijgen die tegelijkertijd. Elke rol vraagt specifieke bekwaamheden, zoals deze voorgaand zijn beschreven.



Figuur 2: vormgeving en koppeling EPA's en CanMEDS-rollen binnen Profiel GVPZ, GCas, 2023

A photograph of a vineyard with a winding gravel path, overlaid with a large, semi-transparent circular graphic. The text is centered within the circle.

Deel 2:
Kenmerkende
professionele
beroepsactiviteiten,
EPA-beschrijving

Signaleren, diagnosticeren en markeren



Omschrijving

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend. Bij het verlenen van palliatieve zorg vervult de GVPZ hierin een belangrijke rol. Op basis van observeren en signaleren maakt de GVPZ vroegtijdig de palliatieve fase bij de patiënt met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid bespreekbaar binnen het multidisciplinaire team, teneinde te komen tot het markeren van de palliatieve fase. Zij heeft kennis van palliatief redeneren en weet deze op de juiste manier in te zetten.

Het doel van het tijdig bespreekbaar maken binnen het multidisciplinaire team is het inzetten van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener.

De (regie) behandelaar bespreekt het ingaan van de palliatieve fase met de patiënt en naasten. In vervolg hierop voert de GVPZ in haar rol als specialist, in samenwerking met het multidisciplinaire team, het gesprek met patiënt en naasten en andere betrokken zorgverleners over de gevolgen van het ingaan van de palliatieve fase. De GVPZ begeleidt betrokken zorgverleners zo nodig bij het inzetten van instrumenten om de markering in kaart te brengen. Binnen de multidisciplinaire samenwerking heeft zij een signalerende rol en maakt zij veranderingen in de situatie van de patiënt kenbaar. Ze heeft een rol om samen met het multidisciplinaire team zowel de palliatieve fase als ook de stervensfase te markeren.

De GVPZ heeft aandacht voor de vier dimensies in de palliatieve zorg en betreft de naasten van de patiënt in dit proces. Zij gebruikt de werkmethode palliatief redeneren om het welbevinden van de patiënt zo optimaal mogelijk te maken en houden.

Signaleren, diagnosticeren en markeren

De GVPZ heeft een adviserende rol binnen het multidisciplinaire team rond de palliatieve patiënt. Door het inzetten van (meet-) instrumenten en palliatief redeneren kan zij veranderingen in de situatie van de patiënt en diens naasten signaleren en onderbouwen. Het diagnosticeren en markeren is voorbehouden aan de regiebehandelaar.

De GVPZ heeft, samen met andere zorgverleners, een belangrijke signalerende rol om veranderingen in de situatie van de patiënt te herkennen.

De GVPZ ondersteunt de verzorgende IG tijdens dit proces en begeleidt waar nodig.

De activiteit omvat

- Het tijdig signaleren van een mogelijke palliatieve zorgbehoefte bij iemand met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, al dan niet als gevolg van ziekte of handicap.
- Het tijdig gebruiken van (meet-)instrumenten voor de signalering van de start van de palliatieve fase van de patiënt en de resultaten hiervan bespreken binnen het multidisciplinaire team.
- Het binnen het multidisciplinaire team bespreken van de veranderende zorgbehoefte van meer ziektegerichte naar meer symptoomgerichte behandeling in de palliatieve fase.
- Het verzamelen van gegevens bij de anamnese en gesprekken met patiënt en naasten en het op basis hiervan opstellen of aanpassen van het (individueel) zorgplan, al dan niet in samenwerking met de palliatieve zorg verpleegkundige.'
- Het alert zijn op veranderingen in het ziekteverloop en evalueren of de zorg nog past bij de waarden, wensen en behoeften van de patiënt op dat moment.
- Het ondersteunen van collega's wanneer de palliatieve zorg in complexiteit toeneemt.
- Het op basis kennis van de eigen grenzen, bespreekbaar maken welke andere professional geconsulteerd kan worden.

Vervolg > >

Zehra en Liesbeth hadden vanaf de eerste dag al een klik met elkaar. Op dat moment hadden ze nog niet kunnen vermoeden hoe speciaal hun contact zou worden.

“Gaat het wel mevrouw?” vraagt Zehra terwijl ze Liesbeth ondersteunt bij de transfer. “Lieve Zehra,” zegt Liesbeth enigszins hikkend. “Hoe vaak moet ik je nog vragen om me alsjeblieft gewoon bij mijn voornaam te noemen? Aah, die rug”. “Liesbeth,” zegt Zehra een tikje bedeesd. “Ik vind het echt tijd om die pijn van je toch eens wat serieuzer te nemen en dan die voortdurende moeheid...”. “Oké, doe dat dan maar”. Liesbeth moet er flink van zuchten.

Later overlegt Zehra met de specialist ouderengeneeskunde en Liesbeth wordt voor onderzoek ingestuurd naar het ziekenhuis. Ze blijkt een naar de ruggenwervels en longen uitgezaaide borstkanker te hebben. Het is vergevorderd. De oncoloog biedt nog chemotherapie aan om de tumorgroei af te remmen om wat tijd te kopen en radiotherapie ter verlichting van pijn. Beide behandelingen kunnen vervelende bijwerkingen geven.



Competenties (CanMEDS-rollen)

- Zorgverlener
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve EBP-professional
- Gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar



Vereiste kennis

- Heeft kennis van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (IKNL/Palliactief, 2017) en relevante richtlijnen.
- Heeft, naast kennis van veelvoorkomende ziektebeelden en kwetsbaarheden in de palliatieve zorg, kennis van symptomen en functiestoornissen in de palliatieve fase.
- Heeft kennis van werking en bijwerkingen van binnen de palliatieve zorg voorkomende medicatie;
- Heeft kennis van gespreksmethodes waarmee op de vier dimensies gegevens kunnen worden verzameld bij de patiënt en diens naasten en weet deze binnen het multidisciplinaire team bespreekbaar te maken.
- Heeft kennis van methodieken voor verslaglegging van de markering van de palliatieve fase, dan wel van de (vaak geleidelijke) overgang van meer ziektegerichte behandeling naar meer symptoomgerichte behandeling en de markering van de stervensfase.
- Heeft kennis over diversiteit in de palliatieve zorg.
- Heeft kennis van relevante richtlijnen.



Vereiste vaardigheden en gedrag

- Observeert en signaleert, met behulp van (meet-)instrumenten uit de bestaande richtlijnen en/of eigen analytische vaardigheden, het aanbreken van een verandering in het ziekte-traject, waarbij aanpassing van het (individueel) zorgplan nodig is.
- Neemt een anamnese af aan de hand van de vier dimensies en past palliatief redeneren toe en/of ondersteunt de generalistisch zorgverlener hierin.
- Biedt patiëntgerichte begeleiding ten aanzien van vragen en emoties die de palliatieve fase oproept. Hierbij wordt aangesloten op coping stijlen, taalvaardigheden en gezondheidsvaardigheden van de patiënt en diens naasten en de bereidheid om te praten over waarden, wensen en behoeften rondom het levenseinde.
- Begeleidt collega zorgverleners in het proces van markeren en signaleren
- Geeft, als de situatie erom vraagt, op adequate wijze gevraagd en ongevraagd advies aan betrokken zorgprofessionals binnen de interdisciplinaire samenwerking ten aanzien van markering
- Levert een actieve bijdrage aan trajecten rondom signalering en markering van de start van de palliatieve fase in de eigen organisatie.

Vervolg > >

In het MDO wordt ze besproken. Zehra adviseert de aanwezigen om samen de dubbele surprise question te stellen. Hierdoor wordt de palliatieve fase gemarkeerd.

Het zorgteam van Zehra bestaat uit verzorgenden, helpenden, verpleegkundigen en een palliatieve zorg verpleegkundige. Laatstgenoemde en Zehra werken intensief samen, ze adviseren en ondersteunen het team. Op een ochtend zijn Zehra en een collega gegevens aan het verzamelen voor een proactief zorgplan.

Fysiek

Uitval rechts, spraakgebrek, uitgezaaide borstkanker. Rugpijn, vermoeidheid, zenuwpijn. Liesbeth wil geen chemo, nog wel bestraling tegen pijn.

Proactieve zorgplanning en opstellen (individueel) zorgplan



Omschrijving

Proactieve zorgplanning wordt bij voorkeur door de regiebehandelaar opgestart in overleg met de patiënt en diens naasten. In overleg met de regiebehandelaar stelt de GVPZ, samen met de (Palliatieve Zorg) verpleegkundige of EVV'er, het (individueel) zorgplan van de patiënt vast. Daarin verwerkt zij de afspraken die gemaakt zijn op de vier dimensies van de palliatieve zorg. Het betreft een dynamisch proces waarin regelmatige afstemming met patiënt, naasten en het multidisciplinaire team plaatsvindt en dit kan leiden tot bijstelling van het (individueel) zorgplan.

De GVPZ signaleert de symptomen van de patiënt en handelt proactief ten aanzien van wat de patiënt nodig heeft. Zij initieert de proactieve zorgplanning door middel van het stellen van doelen, formuleren van de bijpassende interventies en het tijdig evalueren en bijstellen van het palliatieve zorgtraject. Dit doet zij samen met de patiënt en diens naasten en in overleg met de regiebehandelaar en het multidisciplinaire team. Zij adviseert bij de gezamenlijke besluitvorming en is in staat om daarbij de landelijke richtlijnen, protocollen en (meet-)instrumenten in te zetten.

Het (individueel) zorgplan in de palliatieve fase is dynamisch, waarin aandacht is voor:

- De huidige en de te verwachte problemen, symptomen en kritische beslismomenten.
- De keuzes van de patiënt ten aanzien van zorg en behandeling, de mogelijke consequenties hiervan en bijbehorende onzekerheden en verantwoordelijkheden (voorlichting, gezamenlijke besluitvorming).
- Behandelwensen en behandelgrenzen van zowel patiënt als naasten ten aanzien van de huidige en de toekomstige gezondheidssituatie en het ziektebeloop.
- Waarden, wensen en behoeften van de patiënt en naasten met betrekking tot kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven.
- Waarden, wensen en behoeften rondom het levenseinde, de levensdoelen, wilsverklaringen, levenseindebeslissingen en gewenste plek van overlijden.
- Het waarborgen en structureel inplannen van mogelijkheden om het plan te evalueren of te herzien.

De activiteit omvat

- Het begeleiden van generalistische zorgverleners en vrijwilligers bij het plannen, uitvoeren en evalueren van de palliatieve zorg.
- Voorlichting geven aan de patiënt en naasten over de huidige en verwachte zorgproblemen, symptomen en mogelijke keuzes binnen de palliatieve zorg.
- Het vroegtijdig bespreekbaar maken van mogelijke keuzes binnen de palliatieve zorg, met oog voor levensvragen van de patiënt en diens naasten.
- Het vroegtijdig signaleren en bespreekbaar maken van de veranderingen rond de vier dimensies met patiënt, naasten en andere zorgverleners.
- Het afstemmen van eigen specialistische verantwoordelijkheden voor de uitvoering van het (individueel) zorgplan met andere zorgverleners.
- Signaleren en interveniëren op veranderende en onvoorziene situaties van de patiënt in de palliatieve zorg
- Het regelmatig evalueren en bijstellen van het (individueel) zorgplan met patiënt, diens naasten en andere zorgverleners.
- Het bespreekbaar maken van en doorverwijzen bij morele en ethische dilemma's van de patiënt, naasten en zorgverleners.



Competenties (CanMEDS-rollen)

- Zorgverlener
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve EBP-professional
- Gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar



Vereiste kennis

- Heeft kennis van proactieve zorgplanning als continu en dynamisch proces, welke fasen hierin te herkennen zijn, en hoe deze fasen ondersteund kunnen worden vanuit de signalerende rol;
- Heeft kennis van zelfmanagement, eigen regie, coping, taalvaardigheid en gezondheidsvaardigheden bij patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.
- Heeft kennis over de inhoud en voorwaarden van verschillende levenseindebeslissingen zoals vochttoediening, voeding, antibiotica, reanimatie, uitzetten ICD, palliatieve sedatie, euthanasie, orgaandonatie, bewust stoppen met eten en drinken en opname ziekenhuis, dan wel weet waar dit bespreekbaar te maken.
- Heeft kennis van relevante wet- en regelgeving ten aanzien van beslissingen rondom het levenseinde.
- Is op de hoogte van de verschillende aspecten behorende bij de kwaliteit van leven en responseshift (re-prioritering, herijken, verleggen grenzen).



Vereiste vaardigheden en gedrag

- Past palliatief redeneren toe.
- Signaleert behoeften en initieert gesprekken over levenseindebeslissingen met patiënt en naasten en sluit hierbij aan bij het begripsniveau en de coping stijl van de patiënt en naasten.
- Past relevante gesprekstechnieken toe.
- Stelt in samenspraak met patiënt, naasten en andere betrokken zorgverleners een (individueel) zorgplan op, voert interventies uit en evalueert de palliatieve zorg (in afstemming met regiebehandelaar en andere zorgverleners).
- Verwijst en consulteert, in overleg met het multidisciplinaire team, naar de palliatieve zorg verpleegkundige en/of andere experts als (medisch) maatschappelijk werk, psycholoog, geestelijk verzorger.
- Herkent, erkent en verkent diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen van de patiënt en naasten.
- Informeert, instrueert en begeleidt betrokken generalistisch zorgverleners bij het uitvoeren, evalueren en bijstellen van de palliatieve zorg voor patiënt en naasten.
- Bespreekt signalen waaraan de generalistisch zorgverleners én de patiënt en naasten vroegtijdig veranderingen kunnen identificeren in een of meerdere dimensies.
- Geeft de behoefte aan voor een multidisciplinair overleg op basis van signalen van de patiënt en/of naasten.
- Introduceert en brengt bewustwording over moeilijke onderwerpen bij zowel patiënten als naasten, en bij zowel directe collega's als binnen het multidisciplinaire team.
- Geeft behoefte aan voor het organiseren van een moreel beraad over de verschillende levenseinde beslissingen die spelen bij een patiënt, bereid dit voor en nodigt zo nodig andere disciplines uit.
- Verwoordt de eigen rol en die van andere zorgverleners binnen het multidisciplinaire team ten aanzien van proactieve zorgplanning.

Vervolg > >

Psychisch

Door de hersenbloeding kan ze zich niet meer zo uiten als vroeger, dit frustreert haar. Vaak huilbuien. Wil vaak met rust gelaten worden. Kan ook heel humoristisch uit de hoek komen.

Sociaal

Ex-echtgenoot Martin en huidige partner Fleurie liggen overhoop met elkaar. Proactief moeten beiden ondersteund worden. Twee kinderen in de tienerleeftijd. Onduidelijk wat hun behoefte is nu.

Spiritueel

Oude hippie. Heeft altijd 'in het moment' geleefd. Liesbeth gebruikte het een en ander aan geestverruimende middelen. Dit gaf haar een breder perspectief. Ze gelooft in een leven na de dood. Ze wil 'overgaan' op een zo natuurlijke mogelijke wijze, maar is niet tegen medicatie zoals middelen om bijvoorbeeld het bewustzijn te verlagen. Gaat in dit stadium voor kwaliteit van leven boven kwantiteit.

Op een mooie lentedag zitten Zehra en Liesbeth in de tuin van de Jacobshoeve. Ze vullen het Utrecht Symptoom Dagboek-4D in. “Wat vind je écht belangrijk nu?” vraagt Zehra. “Heb je dat schilderij gezien wat Fleurie van me gemaakt heeft? Daar kan ik van genieten. En de momenten met de kinderen natuurlijk hè. Konden Fleurie en Martin het maar wat beter met elkaar vinden. Ik word depri van hun geruzie over wie wat mag doen. Ik hou van haar en hij blijft de vader van mijn kinderen”. “Zullen we ze eens helpen met de taakverdeling?” vraagt Zehra. Liesbeth grinnikt “Goed, één keer dan, ze zullen het straks zonder mij moeten doen”, en geeft een veelbetekenend knipoogje. “En verder, heb je nog bepaalde dingen die je graag zou willen?” “Nou... wat zou ik graag nog eens naar een concert van de Rolling Stones willen! Ze komen binnenkort! Maar ik heb pijn en ben moe.” Zehra krijgt een idee. “Stel je voor dat je liggend naar Mick Jagger kan gaan kijken!” “Hoe bedoel je?” In een mum van tijd heeft Zehra een compleet verzorgd concertbezoek geregeld met Stichting Ambulance Wens.

Uitvoeren en evalueren palliatieve zorg



Omschrijving

Bij het uitvoeren en evalueren van de zorg is het essentieel om de kwaliteit van leven en uiteindelijk de kwaliteit van sterven van patiënten en hun naasten, die geconfronteerd worden met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, voorop te stellen. Dit wordt met name bereikt 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 (IKNL/Palliatief, 2020).

In situaties die door een betrokken zorgverlener als complex worden beschouwd, wordt de behandeling bepaald in overleg met de (Palliatieve Zorg) verpleegkundige of regiebehandelaar. In laagcomplexere situaties kan de uitvoering van zorg zelfstandig worden ingezet volgens geldende protocollen en richtlijnen en wordt dit opgenomen in het (individueel) zorgplan. De vaak voortdurende aanwezigheid van verzorgenden IG/GVPZ speelt een cruciale rol bij het inventariseren van waarden, wensen en behoeften en het signaleren van symptoomlast. Dit draagt bij aan de continuïteit van de zorg.

De activiteit omvat

De GVPZ voert zelfstandig verzorgende handelingen uit en ondersteunt waar nodig bij medische en verpleegkundige handelingen zoals afgesproken in het (individueel) zorgplan, evenals het omgaan met onvoorziene situaties die niet expliciet in het plan zijn opgenomen. Deze interventies omvatten ook het beoordelen van zowel voorziene als onvoorziene situaties, met als doel de best mogelijke palliatieve zorg te bieden die past bij de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en die het lijden verlicht in alle vier dimensies. Om de voortgang te meten en de effectiviteit van de zorg te beoordelen, worden op vaste momenten de resultaten en het verloop van het proces beoordeeld in lijn met vooraf vastgestelde doelen volgens de geldende richtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten in de palliatieve zorg. Dit houdt in dat de zorg voortdurend gemonitord, geëvalueerd en indien nodig aangepast wordt.



Competenties (CanMeds-rollen)

- Zorgverlener
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve EBP-professional
- Gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar



Vereiste kennis

- Beschikt over kennis van begrippen zoals beschreven in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, meetinstrumenten in de palliatieve zorg en concepten zoals beschreven in de richtlijnen palliatieve zorg.
- Heeft kennis van ziektebeelden, symptomen en situaties die leiden tot kwetsbaarheid van patiënten binnen het eigen werkgebied. Hierbij worden specifieke groepen onderscheiden: patiënten met een oncologische aandoening, patiënten met orgaanfalen en kwetsbare ouderen.
- Heeft begrip en kennis van het palliatieve zorglandschap en de regionale netwerken binnen de palliatieve zorg en weet welke disciplines ingezet kunnen worden.
- Heeft kennis van en bekwaamheid in het voeren van gesprekken met betrekking tot palliatieve zorg en vraagstukken rondom het levenseinde.



Vereiste vaardigheden en gedrag

Uitvoeren van het (individueel) zorgplan

- Integreert gezamenlijke besluitvorming in de zorgverlening met patiënten en naasten.
- Handelt op proactieve wijze op basis van eigen deskundigheid en reageert actief op opdrachten. Voert interventies uit om de kwaliteit van leven en sterven van zowel de patiënt te verbeteren en naasten hierin te ondersteunen.
- Bespreekt waarden, wensen en behoeften van zowel de patiënt als naasten en signaleert risico's, problemen en symptomen bij veranderende ziekteverschijnselen welke kunnen leiden tot specifieke zorgwensen en zorggrenzen bij patiënten en naasten.
- Bespreekt, deelt en beargumenteert haar bevindingen binnen het multidisciplinair team.
- Anticipeert op mogelijke kritieke beslismomenten, maakt gebruik van 'meetinstrumenten in de palliatieve zorg' en palliatief redeneren om dit te onderbouwen en past dit in haar methodisch handelen toe.
- Coördineert de zorg en verantwoordelijkheden met andere professionals binnen en buiten de eigen organisatie, om de continuïteit van zorg te waarborgen.
- Initieert en adviseert (gevraagd en ongevraagd) in overleg met het multidisciplinaire team over het inzetten van het Zorgpad stervensfase van de patiënt.
- Zorgt voor adequate ondersteuning van naasten. Verwijst, indien gewenst, door naar een deskundige op het gebied van verlies, verdriet en rouw, zowel voor volwassenen als voor kinderen en jeugdigen.
- Reageert actief op veranderingen in de groepsdynamiek met medepatiënten, zodat inzicht verkregen wordt in de wensen en behoeftes van de groep.
- Werkt interdisciplinair samen bij het voeren van gesprekken met betrekking tot palliatieve zorg en vraagstukken rondom het levenseinde.
- Consulteert, indien de vraag de eigen deskundigheid overstijgt, tijdig de Palliatieve Zorg verpleegkundige of andere specialist.
- Identificeert knelpunten in de directe patiëntenzorg binnen het multidisciplinaire team en de bredere netwerken, met als doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
- Signaleert knelpunten en biedt begeleiding aan generalistisch zorgverleners en verstrekt zowel gevraagd als ongevraagd advies.
- Geeft gevraagd en ongevraagd advies in situaties met een laag tot gemiddeld complexiteitsniveau aan generalisten palliatieve zorg.
- Is in staat om creatief en flexibel te denken en brengt professionele argumenten in binnen de interdisciplinaire samenwerking. Dit doet zij op basis van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, naasten en andere betrokken zorgverleners, met het oog op het belang van de patiënt.

Evalueren en bijstellen van het (individueel) zorgplan

- Monitort en evalueert op vaste momenten systematisch het (individueel) zorgplan en neemt hierin de patiënt en diens naasten mee. Past op basis hiervan zo nodig het (individueel) zorgplan aan.
- Evalueert de zorg op basis van vier dimensies van palliatieve zorg, waarbij rekening wordt gehouden met eventuele veranderingen in de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. Dit wordt gedaan in het licht van de veranderde levensverwachting. Maar ook als de levensverwachting gelijk blijft, kan er een aanleiding zijn tot evalueren.
- Toont flexibiliteit en creativiteit in de algehele zorgverlening en is in staat om innovatief te denken.
- Volgt landelijke richtlijnen en protocollen en wijkt, in overleg met de (palliatieve zorg) verpleegkundige en/of regiebehandelaar, beargumenteert hiervan af.
- Neemt deel aan multidisciplinaire overleggen.
- Zorgt voor coördinatie en continuïteit tussen verschillende zorgverleners om de beste palliatieve zorg in te zetten en te waarborgen.
- Toont een kritische houding ten aanzien van de kwaliteit van de verleende palliatieve zorg en doet voorstellen deze kwaliteit te verbeteren en op welke wijze zij hieraan wil meewerken.
- Signaleert kritische beslismomenten en biedt, op verzoek, ondersteuning aan generalisten palliatieve zorg bij deze momenten.

Vervolg > >

Inmiddels is het volop zomer. De afgelopen weken heeft Liesbeth iedereen die het maar wilde horen glunderend verteld over het concert waar ze intens van genoten heeft. Inmiddels hebben Fleurie en Martin zich verzoend.

Zehra is samen met een helpende Liesbeth aan het wassen op bed. Ze nemen de handeling over omdat dit energie spaart die Liesbeth kan gebruiken voor leuke dingen. Zehra heeft afgelopen tijd het hele zorgteam geïnformeerd over het palliatieve traject van Liesbeth. Tijdens het wekelijkse MDO wordt nog eens het belang van proactieve zorgplanning aangestipt. Ze willen als het ware alle klachten iedere keer één stapje voor blijven.

Liesbeth verslikt zich veel. Zehra heeft haar verteld dat verslikken een infectie kan veroorzaken wat leidt tot een longontsteking. Indien dit zou gebeuren zou ze geen antibiotica willen, maar wel iets tegen benauwdheid. "Het is goed om de natuur verder zoveel mogelijk op zijn beloop te laten en niet alles onnodig te rekken," zegt Liesbeth.

Coördineren en continueren palliatieve zorg



Omschrijving

Rondom de patiënt en diens naasten wordt een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners gevormd dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het (individueel) zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel (IKNL/Palliactief, 2020).

Uitgaande van bovenstaande standaard en de daarbij behorende criteria, heeft de GVPZ een belangrijke rol in de coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg door deze met kennis van zaken vooruit te plannen en te organiseren. Bij palliatieve zorg gaat het om multidimensionale zorg en wordt deze zorg verleend middels interdisciplinaire samenwerking. Dit wil zeggen dat meerdere disciplines betrokken zijn bij de palliatieve zorg rondom de patiënt en diens naasten. Coördinatie en continuïteit van de palliatieve zorg betekent dat beschikbare voorzieningen en expertise benut en zo nodig ingeschakeld worden. Noodzakelijke transfers binnen de keten van zorg van patiënten en naasten, dienen hierbij naadloos te verlopen. Het is wenselijk bij iedere patiënt één eerstverantwoordelijke aan te wijzen, die deze taken op zich neemt. Deze zogenoemde centrale zorgverlener is het aanspreekpunt voor het gehele team van betrokken zorgverleners, én de patiënt en diens naasten.

De activiteit omvat

- Het afstemmen van de palliatieve zorg op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten en het hierin samenwerken met het multidisciplinaire team.
- Het bij veranderingen in wensen en behoeften en de mogelijk daaraan gekoppelde zorgwensen en zorggrenzen van de patiënt en diens naasten, aanpassen van het (individueel) zorgplan om de patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers op één lijn te houden en de gemaakte afspraken eenduidig en toegankelijk bij elkaar te hebben.
- Het coördineren van palliatieve zorg binnen de eigen afdeling, de eigen organisatie dan wel buiten de eigen organisatie ten einde de continuïteit van palliatieve zorg te waarborgen.
- Het, in samenspraak met de regiebehandelaar en de patiënt en diens naasten, uitvoeren van en/of ondersteunen bij taken van de centrale zorgverlener.



Competenties (CanMEDS-rollen)

- Zorgverlener
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve EBP-professional
- Gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar



Vereiste kennis

- Heeft kennis over coördinatie en continuïteit van palliatieve zorg, zoals beschreven in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland.
- Heeft kennis van beschikbare voorzieningen en expertise binnen eigen team en eigen organisatie; als ook van regionale advies- en samenwerkingsmogelijkheden en netwerken op het vlak van palliatieve zorg (regionaal: betreft geografische, maar ook culturele en religieuze/spirituele zaken die palliatieve patiënten in de eigen zorgorganisatie kenmerken).
- Heeft de kennis op welke wijze veranderingen en verschuivingen in de vier dimensies van de patiënt en naasten vastgesteld kunnen worden en op welke wijze deze binnen (individueel) zorgplan te evalueren.
- Heeft kennis over gesprekstechnieken die ingezet kunnen worden bij het bespreekbaar maken van (hiaten in) kennis van generalisten palliatieve zorg
- Heeft kennis van het mantelzorgnetwerk, de sociale kaart, vrijwilligersorganisaties, PaTz⁴.



Vereist vaardigheden en gedrag

- Stemt uitvoering hiervan af binnen het multidisciplinaire team en met de patiënt en diens naasten.
- Onderhoudt of legt contact met andere zorgverleners binnen de eigen organisatie.
- Ondersteunt en begeleidt waar mogelijk mantelzorgers en vrijwilligers.
- Communiqueert op professionele wijze met zorgverleners, patiënten, naasten en vrijwilligers.
- Benoemt binnen het team en de eigen organisatie knelpunten en hiaten die aanleiding kunnen zijn voor noodzakelijke toekomstige kwaliteitsbevordering.
- Vertegenwoordigt het eigen team of de eigen organisatie bij interne of externe (regionale) bijeenkomsten rondom palliatieve zorg.
- Maakt gebruik van de sociale kaart van de patiënt, naasten en medebewoners.
- Koppelt feedback, nieuws en innovaties van interne en regionale bijeenkomsten rondom palliatieve zorg terug binnen het eigen team.

⁴Palliatieve zorg thuis. Huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen palliatieve zorg werken lokaal nauw samen in een PaTz groep. Samen brengen ze vroegtijdig patiënten in beeld en anticiperen op de zorgbehoefte van de patiënt. Met deze gezamenlijke aanpak neemt de kwaliteit en deskundigheid in de palliatieve zorg thuis toe.

Vervolg > >

De pijn en benauwdheid zijn met alle medicijnen niet meer goed te behandelen. De verpleeghuisarts heeft met Zehra vastgesteld dat de klachten 'refractair' zijn. Liesbeth krijgt een continue palliatieve sedatie. Ze zegt: "Als ik er morgen niet meer ben, weet dan dat ik jullie allemaal heel dankbaar ben dat we samen dit leven hebben geleefd." Iedereen verzamelt zich rond het bed en de arts geeft de eerste gift midazolam. "Ik weet zeker dat het hier niet ophoudt. Misschien kom ik wel spoken," grapt ze flauw in haar halve roes. "Maar serieus lieve, lieve personen van me. Ik hou van jullie". Op dat moment ontspant haar ademhaling en vallen haar ogen dicht. Als het bewustzijn verlaagd is geeft Zehra de familie uitleg over mogelijke verschijnselen in de stervensfase. Haar geliefden waken om beurten. De volgende avond verandert haar ademhalingspatroon een paar keer en Liesbeth overlijdt rustig.

Markeren en begeleiden stervensfase



Omschrijving

De stervensfase bij een patiënt wordt gemarkeerd door het observeren, signaleren en vaststellen van veranderingen en achteruitgang. De GVPZ bespreekt dit in het multidisciplinair team en verwerkt de uitkomsten hiervan in het (individueel) zorgplan. In overleg met het multidisciplinair team wordt het 'Zorgpad Stervensfase' gestart.

De naasten ervaren ruimte om op een voor hen gepaste manier afscheid van hun naaste te nemen. In overeenstemming met de waarden, wensen en behoeften van de patiënt wordt hen gevraagd wat zij willen doen als het gaat om de zorg in de stervensfase en de zorg na het overlijden.

De activiteit omvat

- Het bespreken van waarden, wensen, behoeften, emoties en zorgen rond het levenseinde met de patiënt en diens naasten.
- Het geven van voorlichting over de stervensfase aan de patiënt en diens naasten.
- Het aantreden van de stervensfase wordt geconcretiseerd middels het signaleren en prioriteren van symptomen en signalen. Dit wordt vastgelegd in het (individueel) zorgplan.
- Het markeren van de stervensfase gebeurt door de arts in afstemming met het multidisciplinair team. Op basis hiervan wordt het starten van het 'Zorgpad Stervensfase' besproken.
- Het voortdurend evalueren van en anticiperen op symptomen.
- Begeleiden van collega's binnen het eigen zorgteam en het opzetten van deskundigheid bevorderende activiteiten over zorg in de stervensfase.



Competenties (CanMEDS-rollen)

- Zorgverlener
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve EBP-professional
- Gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar



Vereiste kennis

- Heeft kennis van klinische verschijnselen die erop wijzen dat de stervensfase is aangebroken en maakt hierbij gebruik van geldende richtlijnen.
- Heeft kennis van de inhoud, processen en procedures van de onderwerpen die aan de orde kunnen komen na het markeren van de stervensfase (o.a. prognose, informatie over mogelijk toekomstige klachten, informatie over het stervensproces, de rol van familie/ naasten, (medische) beslissingen rondom levenseinde, palliatieve sedatie, bewust stoppen met eten en drinken).
- Heeft kennis van het 'Zorgpad Stervensfase'.
- Heeft kennis van veelgebruikte medicatie in de stervensfase.
- Heeft kennis om psychische, sociale en spirituele begeleiding te bieden aan de patiënt en diens naasten binnen het eigen expertisegebied.
- Heeft kennis en oog voor de verschillende rouwtaken en rituelen in brede zin van de patiënt en diens naasten, tijdens de stervensfase.
- Heeft kennis en begrip van diversiteit ten aanzien van de mix van verschillen tussen mensen.

- Heeft kennis over procedures na overlijden, schouwen, overlijdenspapieren, obductie en orgaandonatie.
- Heeft kennis van morele vraagstukken en ethische dilemma's.
- Heeft kennis over de mogelijke inzet van andere disciplines.
- Heeft kennis van methodieken om zorg in de stervensfase binnen de afdeling en/of eigen organisatie te verbeteren.



Vereiste vaardigheden en gedrag

- Bespreekt de start van de stervensfase binnen het multidisciplinair team en werkt interdisciplinair samen bij de uitvoering van het 'Zorgpad Stervensfase'.
- Gebruikt passende gesprekstechnieken om de naasten te informeren over wat ze kunnen verwachten in deze fase en hoe ze de patiënt daarin kunnen ondersteunen, op een manier die aansluit bij hun cultuur, leeftijd, spiritualiteit en sociale situatie. In de loop van het stervensproces geeft de GVPZ informatie over tekenen van aanstaand sterven.
- Geeft tijd en aandacht aan de vier dimensies zoals die zich in de loop van de stervensfase ontwikkelen (en maakt, al dan niet in overleg met het multidisciplinaire team, afspraken over bereikbaarheid en beschikbaarheid van de betrokken zorgverleners in geval van veranderingen in één van de vier dimensies).
- Observeert en krijgt zo inzicht in veranderingen bij achteruitgang van cliënt en acteert en anticipeert hierop.
- Bespreekt, indien dit niet reeds gebeurd is, met de patiënt dan wel met de wettelijk vertegenwoordiger en/of naasten wat voor hen belangrijk is bij de afronding van het leven, zoals: (1) aandacht voor de betekenis die zij geeft aan het leven voltooien in waardigheid en eigenheid en de keuzes en beslissingen die daaruit voortvloeien; (2) gewenste plaats van zorg en sterven; (3) wensen en behoeften op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied; en (4) goed afscheid en uitvoeren van rituelen.
- Wensen en behoeften aangaande het stervensproces en betrokkenheid en ondersteuning van naasten en de praktische zaken vlak voor en na het overlijden.
- Bespreekt binnen het multidisciplinaire team een plan voor goede symptoombestrijding en het inzetten van specifieke disciplines bij problemen die zich voordoen op een van de vier dimensies.
- Geeft voorlichting over symptomen, symptoombestrijding, medicatie in de stervensfase aan patiënt, naasten en generalistische zorgverleners palliatieve zorg.
- Begeleidt bij noodzakelijke en comfortabele zorg met behulp van middelen als verzorgend wassen, aangepaste kleding en zet afspraken hierover duidelijk in het (individueel) zorgplan.
- Bespreekt met regiebehandelaar stop medicatie, stop wisselgigging, stop pijnlijke wondzorg en documenteert dit in het (individueel) zorgplan.
- Bespreekt met de patiënt en diens naasten het aanstaande verlies en (anticiperende) rouw en welke reacties daarbij kunnen voorkomen. De GVPZ geeft aan dat de patiënt en diens naasten ondersteund kan worden bij betekenisvol afscheid nemen. Ook wordt besproken wat de mogelijkheden zijn voor professionele ondersteuning.
- Geeft klinische lessen binnen de organisatie om collega's te ondersteunen en begeleiden bij het bieden van palliatieve zorg in de stervensfase.
- Regisseert de zorg rondom de stervensfase in afstemming met andere gespecialiseerde zorgverleners.
- De zorgverlener heeft aandacht voor de draagkracht en draaglast van de patiënt en diens naasten en biedt ondersteuning om mogelijke overbelasting te voorkomen of te verminderen. Zo nodig worden vrijwilligers ingezet.

Vervolg > >

'Miss you' van de Stones schalde door de speakers van het crematorium. Het was een ceremonie vol muziek, ontroerende toespraken en mooie foto's. Zehra en het gehele team werden uitgebreid bedankt.

Om samen terug te kijken heeft Zehra voor het team een intervisiesessie georganiseerd waarbij gebruik wordt gemaakt van een passende methodiek. Het thema dat krachtig boven komt is dat veel collega's moeite hadden met het feit dat de longontsteking niet meer behandeld werd. Ze had daar helemaal niet aan hoeven overlijden! Aanvankelijk was dit moeilijk voor de groep, tot het moment dat men zich realiseerde dat ze juist persoonsgericht hadden gehandeld. Liesbeth wilde dit en op haar manier nam zij de regie.

Enkele weken later spreekt Zehra Fleurie en Martin in de tuin waar ze vaker met Liesbeth zat. Met een lach en een traan denken ze terug. Na het gesprek loopt ze richting het gebouw. Wat hebben we toch een prachtig werk, denkt ze. En ze bereidt zich voor op het gesprek met een andere bewoner in de palliatieve fase.

Nazorg verlenen



Omschrijving

De patiënt, diens naasten, medebewoners, zorgverleners en vrijwilligers ervaren passende aandacht voor verlies en rouw. Er is professionele begeleiding beschikbaar en toegankelijk. Hierbij wordt aandacht geschonken aan nabestaanden waarbij specifieke nazorg nodig is. Het nazorg traject wordt door de GVPZ ingezet direct na het overlijden van de cliënt.

Nazorg wordt verleend volgens de volgende aspecten:

- Aandacht voor de nabestaanden.
- Waar gewenst, laatste verzorging en afscheid nemen van de overledene. Uitgeleiden van de overledene al dan niet met medebewoners.
- Aandacht voor directe collega's en alle overige disciplines.

Tijdens het nazorggesprek worden de positieve ervaringen besproken en gebundeld.

Tegelijkertijd is er aandacht voor wat beter kan of prettiger zou zijn geweest.

Betrokken zorgverleners van het multidisciplinaire team bespreken de samenwerking en evalueren de palliatieve zorg rondom het levenseinde en ervaringen en bespreken emoties van betrokkenen.

Indien nodig kan er bij problematische (complexe) rouwverwerking doorverwezen worden naar een professional.

De activiteit omvat

- Luisterend oor bieden aan de nabestaanden en eventueel aanwezige medebewoners na het overlijden, zowel direct na het overlijden als in de toekomst. Daarbij aansluiten op de wensen en behoeften.
- Evalueren met nabestaanden hoe ze op het zorgproces terugkijken. Ervaringen en gevoelens delen en de mogelijkheid van ondersteuning door een professionele zorgverlener (bijv. huisarts, een rouwtherapeut en/of geestelijk verzorger) benoemen.
- Oog hebben voor de draagkracht en draaglast van betrokken zorgverleners, bijvoorbeeld door het in overleg organiseren van intervisie.



Competenties (CanMEDS-rollen)

- Zorgverlener
- Communicator
- Samenwerkingspartner
- Reflectieve EBP-professional
- Gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Professional en kwaliteitsbevorderaar



Vereiste kennis

- Heeft kennis over verlies en rouw, rouwtaken en rouwverwerking.
- Heeft kennis van (non-)verbale signalen bij verlies en rouw.
- Deze kennis is zowel algemeen als specifiek, zoals bij kinderen en mensen van specifieke doelgroepen (indien van toepassing binnen het werkveld).
- Heeft kennis en begrip van diversiteit ten aanzien van verschillen tussen mensen.
- Heeft kennis van gespreksmethodieken, coping- en transitieprocessen.
- Heeft kennis van de sociale kaart van de overledenen.
- Heeft kennis van de sociale kaart van de professionals in de keten.
- Heeft kennis van de regionale netwerken palliatieve zorg, verwijzingsmogelijkheden en consultatiemogelijkheden in het algemeen bij verlies, rouw en rouwverwerking.



Vereiste vaardigheden en gedrag

- Gebruikt richtlijnen t.a.v. rouw en verlies.
- Geeft ruimte aan naasten, en indien van toepassing medebewoners, om op een voor hun gepaste manier afscheid van hun dierbare te nemen en bespreekt of zij de laatste zorg aan hun dierbare willen geven en biedt hierin zo nodig ondersteuning.
- Inventariseert en adviseert nabestaanden bij tekenen van problemen bij rouwverwerking contact op te nemen met professionele zorgverleners, bijv. eigen huisarts, rouwtherapeut, geestelijk verzorger, etc.
- Vraagt tijdens het nazorggesprek hoe het met de nabestaanden gaat, hoe ze terugkijken op de periode van ziekte en sterven en op de verleende zorg.
- Schenkt aandacht en biedt begeleiding aan collega's en vrijwilligers.
- Ondersteunt en begeleidt collega's en vrijwilligers bij het verwerven kennis.
- Initieert en draagt bij aan supervisie of intervisie bijeenkomsten in het kader van 'zorg voor de verzorgende'.

Bijlage 1: Begrippenlijst

Complexiteit van zorg

Een eenduidige definitie over wanneer er sprake is van een complexe patiëntsituatie binnen de palliatieve zorg is er niet en is ook moeilijk te geven.

Factoren die complexiteit van een patiënt situatie beïnvloeden binnen de palliatieve zorg (Pask, et al., 2018 en Quill & Abernethy, 2013).

- Ernstige fysieke, emotionele symptomen van de patiënt (bijvoorbeeld symptoom scores >7), refractaire symptomen, symptomen die weinig voorkomen en existentiële crisis.
- Kenmerken of gedrag van de patiënt ten aanzien van copingstrategie, moeite hebben om te praten over beslissingen rondom het levenseinde en met de besluitvorming hierover.
- Kenmerken of gedrag van de patiënt die invloed hebben op zijn begrip van de ziekte en zijn omgaan met de ziekte.
- Kenmerken of gedrag van de patiënt met de gevolgen voor het dagelijks leven.
- Kenmerken of gedrag van de patiënt dat invloed heeft op het navigeren binnen de gezondheidszorg (zoals woonsituatie, taal- en gezondheidsvaardigheden, mentale situatie, culturele context, financiën, verslaving).
- Snel veranderende situatie van de patiënt, bijvoorbeeld door progressie van de ziekte, maar ook het feit dat er mogelijk niet voldoende tijd meer is om een probleem op te lossen.
- Wanneer er discussies zijn over verschillen wat betreft doel en wijze van behandeling onder andere tussen patiënt en naasten, tussen zorgverleners en naasten, binnen een behandelteam.
- Onvoldoende kennis en vaardigheden ten aanzien van palliatieve zorg bij de generalist palliatieve zorg.
- Stapeling van bovenstaande factoren.

Diversiteit (en inclusie)

De mens is een uniek persoon. Bij diversiteit en inclusie gaat het om het op een andere manier omgaan met verschillen tussen mensen. Bij verschillen kan gedacht worden aan leeftijd, religie, seksuele oriëntatie of genderidentiteit, etnische herkomst, armoede, laaggeletterdheid, fysieke mogelijkheden, enzovoort.

Expert palliatieve zorg

De expert palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in de palliatieve zorg, werkervaring en inhoudelijke verdieping en verbreding gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in complexe palliatieve zorg en crisissituaties. De expert palliatieve zorg is vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg de enige focus van het werk is. De expert palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg (IKNL/Palliactief, 2020).

Generalist palliatieve zorg

Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Vanuit zijn functie integreert zij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een specialist palliatieve zorg (IKNL/Palliactief, 2020).

Gespecialiseerd team palliatieve zorg

Een gespecialiseerd team palliatieve zorg is een team van - in palliatieve zorg gespecialiseerde - zorgverleners dat multidisciplinair en waar mogelijk domeinonafhankelijk (of transmuraal) is samengesteld en interprofessioneel samenwerkt (O2PZ, 2020).

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, 2020).

Regiebehandelaar

- Is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, naasten en de betrokken zorgverleners.
- Zorgt dat het proactieve zorgplan tot stand komt, wordt bijgesteld en nageleefd.
- Zorgt voor adequate informatie uitwisseling en interdisciplinaire afstemming
- Zorgt voor een heldere taakverdeling, coördinaten en continuïteit van zorg.

Het voorstel is gedaan een aanpassing te doen van de term 'centrale zorgverlener' naar de term 'regiebehandelaar'. De verwachting is dat dit voorstel overgenomen zal worden in het nog te verschijnen nieuwe kwaliteitskader palliatieve zorg in 2024. (KKPZ, 2024)

Interdisciplinaire samenwerking

Bij interdisciplinaire 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 geheel aanvullend (complementair) en waardevol. Interdisciplinaire samenwerking gaat verder dan multidisciplinaire samenwerking (IKNL/Palliactief, 2020).

Interprofessionele samenwerking

Bij interprofessioneel samenwerken formuleren de verschillende professies met elkaar én met de patiënt en naasten een gezamenlijk doel en hanteren zij een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is. Vanuit de visie de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair te zien werkt men samen om de hoogste kwaliteit van zorg te bieden. (Gemoderniseerd, WHO, 2010).

Het uitgangspunt voor interprofessionele samenwerking is dat de patiënt hierin participeert: geen hulpverlening voor de patiënt maar mét de patiënt. Interprofessioneel samenwerken gebeurt vanuit één visie en (individueel) zorgplan. Dit in tegenstelling tot multidisciplinair samenwerken, waarbij de verschillende professies samenwerken en toch georganiseerd langs elkaar heen kunnen werken.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is datgene wat de patiënt zegt dat het is (IKNL/Palliactief, 2020). Het is een subjectief begrip. Het zegt iets over hoe een persoon zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale functioneren ervaart en op welke wijze zingevingvragen in meer of mindere mate invloed uitoefenen op het welbevinden. Iemands individuele context, cultuur en persoonlijke waarden spelen een belangrijke rol. Daarnaast kunnen objectieve aspecten ook invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven en gezondheid.

Mantelzorg

Mantelzorg is zorg die buiten de professionele zorgverlening om wordt gegeven aan een hulpbehoevende, door één of meerdere leden vanuit diens directe omgeving. Deze zorgverlening vloeit direct voort uit de sociale relatie. Mantelzorg overstijgt de gebruikelijke hulp die in redelijkheid verwacht mag worden van familie en naasten.

Medebewoner

Iedere patiënt (zie verder) die met de patiënt in de palliatieve fase samenleeft in een woonvorm als bedoeld in de VVT, GGZ en VGZ; ook wel residentiële instelling genoemd.

Multidimensionele zorg

Multidimensionele zorg heeft aandacht voor het (gebrek aan) welbevinden op zowel de fysieke, psychische, sociale als spirituele dimensie van de patiënt (IKNL/Palliactief, 2020)

Multidisciplinaire samenwerking

Bij multidisciplinaire samenwerking zijn verschillende disciplines betrokken, maar werkt elke discipline vanuit het eigen perspectief, met een eigen vaktaal en een eigen logica en probeert de eigen doelstellingen te realiseren. Professionals behouden hun autonomie en werken min of meer parallel aan elkaar (IKNL/Palliactief, 2020).

Naasten

Naasten worden gedefinieerd als diegenen die ten aanzien van zorg, emotionele betrokkenheid en kennis de patiënt het meest nabij zijn. Naasten kunnen bloedverwanten zijn of verwanten door huwelijk of partnerschap, maar ook vrienden zijn. De patiënt bepaalt wie als zijn naasten moeten worden beschouwd. Onder naasten wordt ook verstaan medebewoners en/of medecliënten van de patiënt.

Patiënt

Met 'patiënt' wordt de patiënt/cliënt/bewoner/gast bedoeld. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, wordt de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld (IKNL/Palliactief, 2020).

Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van in gesprek gaan, vooruit denken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg (in de palliatieve fase). Dit omvat zowel de fysieke, de psychische, de sociale als de zingevingsdimensie. 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 (NHG, 2023).

Samen beslissen

Samen beslissen (gezamenlijke besluitvorming, shared decision making) gaat uit van het principe dat als patiënten goed geïnformeerd worden door artsen en zelf actief betrokken worden bij de besluitvorming rond hun behandeling, ze samen de best passende behandeloptie kiezen. Het gaat uit van de gedachte dat zorgverleners en patiënten verschillende, maar even belangrijke, expertise in te brengen hebben bij het maken van medische beslissingen. Samen beslissen betekent voor zorgverleners dat ze beter kunnen inspelen op de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Voor de patiënt betekent samen beslissen dat er een keuze wordt gemaakt die het beste aansluit bij de eigen situatie en diens persoonlijke voorkeuren (Federatie Medisch Specialisten, 2019).

In het profiel voor de 'specialist palliatieve zorg verpleegkundige' wordt samen beslissen opgenomen in de term 'gezamenlijke besluitvorming'.

Specialist palliatieve zorg

De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Veelal is de specialist palliatieve zorg, vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg (IKNL/Palliactief, 2020).

“Je bent een specialist palliatieve zorg op basis van zowel een aanvullende opleiding als relevante werkervaring. Een specialist palliatieve zorg word je door de afronding van een erkende vervolgo-
leiding palliatieve zorg. Daarnaast door het hebben van relevante werkervaring (minimaal de helft van de aanstelling bestaat uit het verlenen van palliatieve zorg) en het bijhouden van een portfolio (zie aanbevelingen inzake aanbevelingen t.a.v. een overgangssituatie)” (Zuilekom, Metselaar, & Godrie, 2024).

Supervisie

Supervisie is beroepsgerichte individuele begeleiding waarbij iemand onder begeleiding van een deskundige (in dit profiel de palliatieve zorg verpleegkundige) reflecteert op het eigen beroepsmatig handelen. Doel van supervisie is het verbeteren van de eigen stijl van handelen.

Zorgverlener

Iedereen die vanuit zijn beroep zorg verleent, is een zorgverlener. Voorbeelden zijn artsen, verpleegkundigen, paramedici, enzovoort.

Bijlage 2: Het (individueel) zorgplan, taken, rollen en verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan is belegd bij een verzorgende van tenminste niveau 3 (IG), of bij een andere zorgprofessional van tenminste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende, dan wel de eerste verantwoordelijk verzorgende of verpleegkundige (EJV-er).’ (Kwaliteitskader verpleeghuiszorg, 2021, p. 12).

‘Volgens de WGBO moet de verpleegkundige of verzorgende in het dossier alle gegevens over de gezondheid van de cliënt en de uitgevoerde handelingen noteren die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening.’

En

‘Het zorgplan is een onderdeel van het dossier. Uit de Wet langdurige zorg (Wlz) volgt dat verpleegkundigen of verzorgenden verplicht zijn om een zorgplan op te stellen (V&VN, richtlijn verslaglegging, 2022, p. 40).

Waar de wet spreekt over ‘dossier’ of ‘behandelplan’, gaat het over de medische behandeling. Het bepalen van de inhoud, de regie rond de uitvoering en de evaluatie is de verantwoordelijkheid van de arts.

Het begrip ‘zorgplan’ omvat alle aspecten van zorg verleend door een instelling, inclusief persoonlijke wensen van de patiënt. Voor het opstellen van dit plan en het bespreken met de patiënt of diens vertegenwoordiger bij een verblijf langer dan drie maanden is de instelling verantwoordelijk (Verenso, 2009).

Zorgverleners nemen verschillende taken op zich. Deze taken zijn onder te verdelen in rollen die zij in de zorgverlening spelen. Er zijn vijf rollen te onderscheiden:

1. Persoonlijk begeleider: Als persoonlijk begeleider stel je je op als vertrouwenspersoon van de cliënt. Je kent de vraag en zorgt ervoor dat anderen op de hoogte zijn van de wensen en behoeften van je cliënt.
2. Belangenbehartiger: In je rol als belangenbehartiger ga je in overleg met anderen. Op die manier zorg je ervoor dat je cliënt de zorg en ondersteuning krijgt die hij of zij wenst.
3. Bedenker van oplossingen: Samen met je cliënt en eventueel diens familie zoek je antwoorden op de vragen van je cliënt.
4. Samenwerker: Je hebt anderen nodig en anderen hebben jou nodig. Daarom werk je samen met directe collega’s en andere disciplines om de wensen van je cliënt te realiseren. Je stemt met elkaar af en inspireert elkaar.
5. Beroepsbeoefenaar: Je werkt aan je eigen motivatie en je neemt verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van je vakbekwaamheid.

(Wijk)verpleegkundigen, Verzorgenden-IG en EVV-ers kunnen bovenstaande rollen op zich nemen. Zij hebben niet dezelfde verantwoordelijkheden. Daarover maken zij afspraken. Het moet duidelijk zijn wie beslissingen mag nemen wanneer de zorgvraag van de cliënt verandert of wanneer zich dringende situaties voordoen.

Om tot een juist indicatiebesluit te komen, doorloopt de wijkverpleegkundige de stappen van het verpleegkundig proces. Een goede indicatiestelling omvat een zorgplan waarin de volgende zaken zijn opgenomen: een (brede) anamnese, een vaststelling en onderbouwing van verpleegkundige diagnoses of problemen, resultaten of Smart doelen die aangeven waar naartoe wordt gewerkt en een beschrijving van de daarvoor benodigde activiteiten.

De zorgverzekeraar vergoedt deze zorg uit de Zvw. Als de zorgbehoefte wijzigt, doet de wijkverpleegkundige een herindicatie en past ze de zorgafspraken en het zorgplan aan. (zorgverzekeringswet)

Bijlage 3: Samenstelling projectgroep en klankbordgroep

Opdrachtgever

Bestuur van V&VN Palliatieve Zorg

Projectleider

Gerard Castermans, directeur ZorgSense BV

Projectgroep

Joyce Heijnsdijk, Eigenaar Joyce Heijnsdijk Ontwikkel Buro

Gezina Trouw, Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP)

Janny Asselt, van, Docent Verpleegkunde, Maatschappelijke Zorg en Leven Lang Ontwikkelen, Aventus

Christina ter Braak, Verzorgende IG intramuraal, Verpleegkundige i.o.

Marloes Heurkens – Timmermans, Begeleider/verzorgende palliatieve gehandicaptenzorg

Esther Oskam, Docent verpleegkunde ROC Aventus

Marie Peters, Verzorgende IG in de wijkzorg

Marijke van Randwijk – Imminkhuizen, Verzorgende IG, GVPZ, Zorgcentrum Anker, Kesteren

Sjaak Thijssen, Palliatieve Zorg Verpleegkundige, ZZG zorggroep; Duovoorzitter V&VN Palliatieve zorg

Anna Visser, Docent verpleegkunde, Firda

Erna Groenendijk – van Vliet, Eigenaar ZoLeCo

Wilma Noordam, Ambassadeur Verzorgende IG in de wijk

Tamara Franssen, Docent zorg en welzijn, Gilde Opleidingen

Kim van Enkevort, Verzorgende IG, Verzorgende palliatieve zorg

Elisabeth van der Meer, Verpleegkundige en aandachtsvelder palliatieve zorg

Joke Zoetemelk, Gespecialiseerd Verzorgende Palliatieve Zorg Marente

Urdice (Uri) Tuinfort, Directeur AanHuis-Zorg

Klankbordgroep

Joyce Heijnsdijk, Eigenaar Joyce Heijnsdijk Ontwikkel Buro

Miek van den Boogaard, Directeur-bestuurder, Hospice Hoeksche Waard Zorg

Dianne Boxman, Verpleegkundig adviseur palliatieve zorg, Stichting PZNL

Jaap Gootjes, Algemeen directeur hospice Kuria, mede namens AHZN

Jolanda van de Lagemaat, Docent verpleegkunde, ROC Da Vinci College

Marieke Morrison, Docent verpleegkunde, MBO Amersfoort

Jolanda Scheren, Docent verpleegkunde zorg en welzijn, Vista college

Noortje van Woensel, Verpleegkundige

Ingrid van Zuilekom, Onderzoeker en PhD student lectoraat Smart Health/studieleider post mbo/post hbo leergang Palliatieve zorg Saxion

Anja Bel, Gespecialiseerd Verzorgende Palliatieve zorg. Werkzaam op een Hospice

Sabine Pieters, Senior docent verpleegkunde en coördinator palliatieve zorgopleidingen, Zuyd Hogeschool

Carel Veldhoven, Kaderhuisarts palliatieve zorg, voorzitter PalHAG en arts palliatieve geneeskunde Radboudumc

Joyce Nelemans, Palliatieve Zorg verpleegkundige, 's Heeren Loo

Bijlage 4: Bibliografie

Bibliografie

- Benner, P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, VS: Addison-Wesley.
- Federatie Medisch Specialisten. (2019). Visiedocument Samen beslissen. Utrecht: FMS.
- IKNL/Palliactief. (2020). Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland. Utrecht: IKNL/Palliactief.
- KKPZ. (2024). Praatplaat laatste jaar palliatieve fase. Opgehaald van Nationaal programma palliatieve zorg II: <https://www.kkpz.nl/>
- KNMG, de beroepsverenigingen NAPA, NHG, NIV, NVKG, Verenso, V&VN en de vereniging NVVE. (2024). Zorg voor mensen die stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen. Utrecht: Verenso.
- (2021). Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
- Netwerken Palliatieve Zorg Twente. (2021). Levenspad palliatieve zorg. Opgehaald van [https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/levenspad-palliatieve-zorg-\(handreiking\)](https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/levenspad-palliatieve-zorg-(handreiking))
- NHG. (2023). Richtlijn Proactieve Zorgplanning. Utrecht: IKNL. Opgehaald van <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/proactieve-zorgplanning>
- O2PZ. (2020). Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 2.0. Amsterdam: Amsterdam UMC.
- V&VN. (2022). Richtlijn verslaglegging .
- Verenso. (2009). Helderheid over verantwoordelijkheid.
- Zuilekom, I., Metselaar, S., & Godrie, F. (2024). Voorbij de generalist. Amsterdam: Amsterdam UMC.
- Perkins, Adams, Obrecht. (2024). Canva (Pro) [Large language model] Geraadpleegd op 1 juli 2024, van https://www.canva.com/nL_nl/

Colofon

Uitgever: Afdeling Palliatieve Zorg van V&VN
Projectleider: Gerard Castermans, ZorgSense BV
Redactie: Joyce Heijnsdijk
Ontwerp: DOKS ontwerp bureau, Arnhem
Publicatiedatum: 4 oktober 2024
www.palvoorprofs.nl
Voor vragen neem contact op via: palliatievezorg@venvn.nl
Afbeeldingen Zehra en Potret Liesbeth: Canva

Copyright © 2024 Bestuur palliatieve zorg V&VN

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

