

Handreiking workshops palliatieve zorg

Introductie Palliatieve zorg
Effectieve communicatie
Gezamenlijke Besluitvorming
Slechtnieuwsgesprek
Complexe omstandigheden
Zorg rondom einde van het leven
Verlies, verdriet en rouw
Evenwichtige zorgverlener

September 2023

Handreiking workshops palliatieve zorg

Auteur

Joep Douma, internist-oncoloog n.p.
Marieke Giesen, adviseur palliatieve zorg IKNL
Christel Siebenheller, adviseur palliatieve zorg IKNL
Anke van de Vegte, adviseur palliatieve zorg IKNL
Marjolein Verkammen, adviseur palliatieve zorg IKNL

Versie september 2023: MSD Academy vervallen, inhoud hierop aangepast.
Versie maart 2021: link MSD Academy voor de filmfragmenten aangepast; licentie toegevoegd
Versie september 2020: Bijlage 9 bij Effectieve communicatie literatuur Algemeen toegevoegd.

IKNL is eigenaar van alle intellectuele eigendomsrechten op de PowerPointpresentaties als onderdeel van de b-learning in de palliatieve zorg, inclusief het daarop vermelde logo van IKNL. De b-learning is ontwikkeld door IKNL als lidorganisatie van PZNL. Tot voorjaar 2023 sloot het aan op de Online nascholing – Begin Goed Zorg Goed, een e-learning programma ontwikkeld door MSD Academy Medical. Inmiddels heeft MSD Academy de e-learning stopgezet en is deze niet meer beschikbaar. Het staat gebruiker vrij om de inhoud van de door IKNL gepubliceerde PowerPointpresentaties als uitgangspunt te gebruiken voor eigen maatwerk. Het is gebruiker te allen tijde verboden om het logo van IKNL te voeren op voornoemde maatwerkoplossingen. Het is de verantwoordelijkheid van de gebruiker om de inhoud van de door IKNL beschikbaar PowerPointpresentaties op een juiste en volledige wijze te implementeren in diens maatwerkoplossingen. IKNL aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden en/of onvolledigheden in de inhoud van het lesmateriaal van de b-learning palliatieve zorg noch voor de door gebruiker op basis van het lesmateriaal van de b-learning eventueel gegenereerde maatwerkoplossing.

Licentie:

[Creative Commons: BY-NC-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



Handreiking workshops palliatieve zorg

Inhoudsopgave

1	Algemene informatie	6
1.1	Inleiding	6
1.2	Begeleiding	6
1.3	Doelgroep en groepsgrootte	6
1.4	Opzet van de b-learning	6
2	Informatie voor de trainer	9
2.1	Vorbereiding b-learning	9
2.1.1	Vorbereiding deelnemers	9
2.2	Programma per workshop	9
2.2.1	Casuïstiek – werken met een casus	10
2.2.2	Rollenspel – werken met acteurs	10
2.3	PowerPointpresentatie per workshop	10
B1	Programma Introductie palliatieve zorg	13
B2	Programma Effectieve communicatie	15
B3	Programma Gezamenlijke Besluitvorming	17
B4	Programma Slechtnieuwsgesprek	19
B5	Programma Complexe Omstandigheden	21
B6	Programma Zorg rondom einde van het leven	23
B7	Programma Verlies, verdriet en rouw	25
B8	Programma Evenwichtige zorgverlener	26
B9	Overzicht Achtergrondinformatie	28

1 Algemene informatie

1.1 Inleiding

IKNL heeft, als lidorganisatie van PZNL, acht workshops ontwikkeld. De workshops bevatten trainingsmateriaal om te kunnen gebruiken in groepsverband. Elke workshop is voorzien van een PowerPointpresentatie met bronvermelding op de laatste dia en apart een programma.

De workshops kunnen worden gegeven onder begeleiding van een trainer of consultant. Deze handreiking biedt Algemene informatie over het geven van de workshops en specifieke informatie voor de trainer, zie hiervoor hoofdstuk 2. In iedere workshop komen verschillende onderwerpen aan de orde die essentieel zijn voor de palliatieve zorgverlening. Ze zijn bedoeld voor de zorgverlener op generalistisch niveau. Praktijksituaties en ervaringen van de deelnemers zijn het uitgangspunt voor het kunnen verdiepen; het interactief leren van elkaar en het delen van elkaars ervaringen. Om dit te realiseren zijn ter ondersteuning diverse werkvormen aangegeven. Voor enkele workshops is het aan te bevelen te werken met (training)acteurs.

1.2 Begeleiding

De consultant palliatieve zorg en leden van het (transmuraal) team palliatieve zorg kunnen de workshops geven. Zij hebben ruime ervaring in de palliatieve zorg en werken zelf in een palliatieve setting. Hierdoor kunnen zij complexe praktijksituaties inbrengen en de juiste verdieping bieden aan de generalisten.

1.3 Doelgroep en groepsgrootte

De workshops zijn bedoeld voor de generalisten die geheel of deels werken in de palliatieve zorg: artsen, arts-assistenten, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, paramedisch en psychosociale zorgverleners. De gewenste groepsgrootte bij een workshop is acht tot twaalf deelnemers. De inhoud met daarbij de gehanteerde werkvormen zijn dan het meest effectief.

1.4 Opzet

De werkvorm is een workshop. Per workshop is een PowerPointpresentatie en het programma beschikbaar. De programma's van de acht workshops zijn in deze handreiking in hoofdstuk twee opgenomen. Het is specifiek bedoeld voor de trainer en biedt tevens informatie gericht op het voorbereiden en geven van de workshops. De totale tijdsduur per workshop is circa drie uur.

Het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) (IKNL/Palliactief, 2017) heeft gediend als leidraad bij de ontwikkeling van dit scholingsmateriaal. De onderdelen en onderwerpen in de workshops zijn hieruit ontleend en zijn essentieel voor de palliatieve zorg, zie Tabel 1.1 Overzicht onderwerpen in de workshops.

In de PowerPointpresentatie staan de inhoud van de workshop en daarbij de werkvormen. Een workshop bestaat uit een of meerdere onderdelen en onderwerpen. De praktijk, de eigen ervaring, en daarnaast de vaardigheden en attitude van de zorgverleners zijn uitgangspunten in de workshops; het uitwisselen hiervan kan nieuwe of andere inzichten bieden bij de zorgverleners en bijdragen aan het verlenen van optimale palliatieve zorg. De aangeboden werkvormen bieden de trainer mogelijkheden om de deelnemers aan te zetten tot (zelf)reflectie, interactie en kennisdeling.

Bij iedere workshop hoort een programma met onder andere de tijdsindeling van de verschillende onderdelen, onderwerpen en werkvormen. Deze programma's zijn te vinden in de bijlagen van deze handreiking onder B1 - B8.

De PowerPointpresentaties en programma's staan in [Palliaweb](#) en zijn onder Trainingsmateriaal per workshop te downloaden:

- 9 Introductie Palliatieve zorg
- 10 Effectieve communicatie

- 11 Gezamenlijke Besluitvorming
- 12 Slechtnieuwsgesprek
- 13 Complexe omstandigheden
- 14 Zorg rondom einde van het leven
- 15 Verlies, verdriet en rouw
- 16 Evenwichtige zorgverlener

Tabel 1.1 Overzicht onderwerpen in de workshops

Onderwerpen	Introductie palliatieve zorg	Effectieve communicatie	Gezamenlijke besluitvorming	Slechtnieuwsgesprek	Complexe omstandigheden	Zorg rondom einde van het leven	Verdriet, verlies en rouw	Evenwichtige zorgverlener
Kwaliteitskader palliatieve zorg								
Nederland: zorgdomeinen, principes, standaarden en criteria	x	x	x		x	x	x	x
Generalist / specialist palliatieve zorg	x							
Markering palliatieve fase: SQ								
verrassingsvraag	x					x		
Zorgmodel palliatieve zorg volgens Lynn and Adamson	x					x		
Markering instrument (S)PICT-NL	x							
Meetinstrumenten palliatieve zorg	x					x	x	
Effectieve communicatie: Calgary								
Cambridge structuur model		x						
Actief luisteren, verbale en non-verbale signalen		x	x	x	x	x	x	
Stiltes: functioneel, expressief, bewogen en ongemakkelijk		x		x				
Empathie: CAPTURES model, EMPATHY acroniem		x						
Three-talk model of shared decision making			x	x				

Onderwerpen

	Introductie palliatieve zorg	Effectieve communicatie	Gezamenlijke besluitvorming	Slechtnieuwsgesprek	Complexe omstandigheden	Zorg rondom einde van het leven	Verdriet, verlies en rouw	Evenwichtige zorgverlener
Gezamenlijke besluitvorming: proces, informatie-uitwisseling, attitude			x	x				
Shared Decision-Making Continuum: consumentisme - paternalisme			x					
Slechtnieuws: zesstappenmodel				x				
SPIKES								
NURSE mnemonic		x		x				
Reflectiecirkel van Gibbs				x				x
Arts-patiëntrelatie: lastige consulten					x			
Curatieve overbehandeling versus palliatieve onderbehandeling					x			
Lastige vragen - euthanasie					x			
Ethische consultatie					x			
Proactieve zorgplanning						x		
Waardig sterven: Diamantmodel, ABCD model, vragen Steinhauser						x		
Kerntaken, Zorgpad Stervensfase						x		
Meest voorkomende symptomen in stervensfase: reutelen en Cheyne-Stokes ademhaling						x		
Vocht en voeding in de stervensfase						x		
Palliatieve sedatie						x		
Rouw: duaal procesmodel van Stroebe en Schut							x	
Normatieve en niet-normatieve rouw							x	
Werkgeluk PERK model								x
Wellness Wheel: domeinen van geluk								x
Burn-out: kernsymptomen, 12 fasen model Freudenberger & North								x
Well-Being Index, MBI en BAT meetinstrumenten								x
Persoonlijke balans: Self-Care Wheel								x

2 Informatie voor de trainer

2.1 Voorbereiding

De acht workshops zijn onderverdeeld zijn in een of meerdere onderdelen waar verschillende onderwerpen aanbod komen. In de workshops staan de eigen ervaring en vaardigheden van de zorgverlener centraal. Het bestendigen van deze vaardigheden, vraagt om een interactieve aanpak. De voorgestelde werkvormen dragen bij aan de interactie en verdieping. Uit onderzoek (Bos-van den Hoek et al, 2019) blijkt dat in trainingen het gebruik van interactieve werkvormen zoals rollenspel en feedback effectief lijken te zijn.

Ter voorbereiding op een onderdeel/onderwerp is voor de trainer per workshop een overzicht samengesteld met: de onderdelen en de onderwerpen in de workshop, de bijbehorende werkvormen en een literatuurlijst. De literatuurlijst bestaat uit een aantal geselecteerde artikelen die adequate achtergrondinformatie geeft. Afhankelijk van de kennis en ervaring in de palliatieve zorg kan de trainer zich vooraf inlezen en voorbereiden. Zie bijlage 9 Overzicht Achtergrondinformatie.

De workshop Introductie palliatieve zorg is een goede basis om de reeks mee te starten. De workshop Effectieve communicatie wordt geadviseerd als tweede in de reeks vanwege de essentie binnen de palliatieve zorgverlening waarin het contact met de patiënt en naasten centraal staat. Deze workshop vraagt wel van de trainer enige voorbereiding omdat eerdere filmfragmenten uit de e-learning van MSD zijn vervallen. Na workshop Effectieve communicatie kunnen andere workshops waaronder Gezamenlijke besluitvorming een goede aansluiting geeft.

In enkele workshops zijn praktijksituaties opgenomen in de vorm van een rollenspel. Het inzetten van (training)acteurs voor de rollen van patiënt en naaste is hierbij aan te bevelen. Dit vraagt vooraf enige voorbereiding, waaronder het inhuren van acteurs en de afstemming van de rollen. Zie paragraaf 2.2.2.

Voor de trainer is het goed vooraf te bekijken welke voorbereiding je van de deelnemers verwacht. Zie hiervoor paragraaf 2.1.1. In het programma van elke workshop is dit tevens als item opgenomen. Het is aan de trainer c.q. de organisatie conform dit programma te werken en de deelnemers vroegtijdig hierover te informeren.

2.1.1 Voorbereiding deelnemers

In het programma per workshop staat onder 'Vooraf specifieke voorbereidingen' vermeld welke voorbereidingen daarnaast van de deelnemers wordt gevraagd. Dit kan zijn bijvoorbeeld het meenemen van een specifieke casus of het inlezen van literatuur. Het is aan de trainer hoe hier mee om te gaan om deelnemers vooraf iets te laten doen.

2.2 Programma per workshop

Het programma bij iedere workshop, zie bijlage B1- B8, heeft een zelfde opbouw. Bovenaan staat algemene informatie over de workshop, te weten:

- tijdsduur, de totale tijd van de workshop met daarbij vermeld de tijd van de afzonderlijke onderdelen;
- acteurs, bij welke onderdelen eventueel gebruikmaken van (training)acteurs;
- voorbereidingen voor de deelnemers, om door te geven voorafgaand aan deelname van de workshop
- algemene leerdoelen van de workshop.

Vervolgens komen de verschillende onderdelen aan de orde. Hierbij is per onderdeel aangegeven:

- de specifieke leerdoelen;
- het tijdschema per werkvorm en onderwerp, en
- de werkwijze met daarbij de kern van de inhoud over het betreffende onderwerp

Het tijdschema met de daarbij aangegeven tijd per onderwerp / werkvorm is richtinggevend. Dit is afhankelijk van de discussie in de groep of belangstelling voor een bepaald onderwerp. Het is aan de trainer hoe strikt hier mee om te gaan. De aangegeven werkvormen, de werkwijze met de inhoud staan uitvoerig in de PowerPointpresentatie, zie ook paragraaf 2.3. In de volgende twee paragrafen, 2.2.1 en 2.2.2, zijn twee werkvormen 'werken met een casus' en 'rollenspel met acteurs' nader toegelicht. Het programma kan desgewenst in aangepaste vorm, bijvoorbeeld minder uitgebreid worden verspreid onder de deelnemers.

2.2.1 Casuïstiek – werken met een casus

Het werken met casuïstiek is een werkvorm die veel voorkomt in deze b-learning. De casus of een praktijksituatie kan afkomstig zijn van:

- de deelnemers die vooraf gevraagd worden om een casus over een bepaald onderwerp mee te nemen of vooraf op te sturen;
- de trainer die zelf een relevante casus inbrengt, en/of
- een filmfragment uit de e-learning die als voorbeeld dient.

In enkele workshops staan complexe casussen uitgeschreven om een onderwerp nader te bespreken. Deze kunnen fungeren als voorbeeld of om optioneel te gebruiken bij afwezigheid van een relevante casus vanuit de deelnemers of trainer. Het heeft de voorkeur om een casus te gebruiken afkomstig van de deelnemers, omdat dit een eigen werksituatie betreft, wat een groter leereffect zal hebben. In de PowerPointpresentaties staan bij de betreffende casus weergegeven de bedoeling en de werkwijze om te bespreken.

2.2.2 Rollenspel – werken met acteurs

Bij de werkvorm 'rollenspel' is het inzetten van (training)acteurs aan te raden vanwege het hoge realiteitsgehalte. De acteur kan de deelnemer(s) prikkelen om hun vaardigheden en gedrag nader te onderzoeken. Door de interactie met de acteur(s) krijgen de spelende deelnemer(s) een objectieve spiegel voorgehouden. De trainer heeft bij het rollenspel een begeleidende rol: in de voorbereiding om de spelers tijd te geven zich voor te bereiden op de rol, tijdens de uitvoering door het gesprek te laten starten en om het gesprek op het juiste moment te laten stoppen. Na afloop bespreekt de trainer de spelsituatie met alle spelers en brengt het terug naar de praktijksituatie van de deelnemers. De feedback vanuit de rollen van de acteurs dienen constructief en gericht te zijn op het verbeteren van de vaardigheden van de spelers. Ook voor de observerende deelnemers kan dit leerzaam zijn.

De casus voor een rollenspel kan afkomstig zijn van de deelnemers zelf, van de trainer of het voorbeeld uit de PowerPointpresentatie kan worden gebruikt. Een casus voor een rollenspel vraagt een duidelijke beschrijving van de situatie en bevat een te bespreken dilemma. Daarnaast is informatie nodig over: de personen met daarbij een rolbeschrijving (karaktereigenschappen, leeftijd, geslacht, achtergrond familie-cultuur, et cetera), de voorgeschiedenis, de huidige situatie en de aanleiding voor het gesprek. Vooral bij het inzetten van acteurs (als patiënt en naaste) zijn deze punten van belang, ze vormen belangrijke input voor het spelen van de rol. Tenslotte is het nodig vooraf te weten om welke vaardigheden en/of emoties het gaat om te oefenen. In de voorbeeldcasus zijn deze aspecten aangegeven.

2.3 PowerPointpresentatie per workshop

De PowerPointpresentaties van de workshops hebben vrijwel eenzelfde opbouw. Na de openingsdia van de workshop, volgt een dia met het aanbod van de verschillende onderdelen. Vervolgens heeft elk onderdeel een eigen openingsdia, gevolgd met een dia waarop het programma ofwel de onderwerpen

staan die daarin aan de orde komen. Hierdoor is het mogelijk een onderdeel op een later tijdstip te behandelen indien de workshop dit toelaat. Daarnaast heeft elke workshop één of enkele dia's die de relatie met het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) laat zien. Afhankelijk van het betreffende onderdeel volgt een deel theorie.

Tot slot bevat elke PowerPointpresentatie na het laatste inhoudelijke onderdeel een dia met 'Evaluatie workshop'. Hiermee kan de workshop kort mondeling worden geëvalueerd. Daarna volgt een dia met 'Bronvermeldingen'. Hier staan de bronnen die eerder op een dia of in een notitie zijn vermeld.

De PowerPointpresentatie biedt speciaal voor de trainer per dia onder 'Notities' aanwijzingen over de bedoeling van de betreffende dia. De opbouw hierbij is: werkvorm, inhoud en volgende dia. Onder 'Werkvorm' staat de actie benoemd zoals een groepsgesprek of kort toelichten. Onder 'Inhoud' staat informatie die ondersteunend kan zijn bij de uitvoering van de werkvorm en/of bijdraagt aan de verdieping. Onder 'Volgende dia' staat de titel van de volgende dia vermeld om te weten wat er volgt.

Bijlagen

B1 Programma Introductie palliatieve zorg



Tijdsduur

Totaal 3 uur bij voorkeur als een geheel aanbieden, dus 180 minuten (exclusief pauze); per onderdeel 40 minuten met uitzondering van onderdeel 'Meetinstrumenten in de palliatieve zorg' deze duurt 60 minuten. De workshop bestaat uit 4 onderdelen.

Acteurs

Conform het programma zijn in deze workshop geen acteurs nodig.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop

- Formuleren eigen leerpunten betreft Introductie palliatieve zorg.

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer:

- is in staat verschillende domeinen zoals geformuleerd in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland toe te passen om de gewenste kwaliteit van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk te realiseren;
- herkent dat de patiënt in de palliatieve fase van de ziekte is aanbeland (markering) en benoemt acties om te ondernemen voor het opstarten van de juiste palliatieve zorg;
- is in staat als generalist op het juiste moment de specialist palliatieve zorg te consulteren en samen te werken in een interdisciplinair team;
- beschikt over kennis en vaardigheden om meetinstrumenten in de palliatieve zorg toe te passen.

Onderdeel: Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: definitie, zorgdomeinen en essenties

Tijdsduur: 40 minuten

Leerdoelen

De deelnemer is in staat te reflecteren op de casus en de zorgdomeinen vanuit zijn eigen praktijk.

Programma

- **5 minuten: Inleiding**
 - workshop bestaat uit 4 onderdelen: Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, Markering palliatieve fase, Generalist en specialist in de palliatieve zorg: hoe vind je elkaar? en Meetinstrumenten in de palliatieve zorg.
 - programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten).
 - kent iedereen elkaar? Anders kort een namenronde.
- **5 minuten: Bespreken definitie, zorgdomeinen en essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland**
- **10 minuten: Bespreken reflectievragen over zorgdomeinen en essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland**
- **15 minuten: Bespreken casus 'Te veel symptomen tegelijk'**
 - casusopdracht uitwerken in subgroepen
- **5 minuten: Plenair terugkoppelen opdracht**

Onderdeel: Markering van de palliatieve fase

Tijdsduur: 40 minuten

Leerdoelen

De deelnemer:

- (h)erkent dat de patiënt in de palliatieve fase van de ziekte is beland (markering);
- is in staat de markeringsvraag op het juiste moment toe te passen.

Programma

- **10 minuten: Bespreken zorgmodel Palliatieve zorg naar Lynn and Adamson, kenmerken markering van de palliatieve fase en de markeringsvraag ‘surprise question’**
- **10 minuten: Bespreken (reflectie)vragen markering palliatieve fase**
 - op welk moment en bij welke situaties de markeringsvraag gebruiken
- **5 minuten: Bespreken (S)PICT-meetinstrument**
- **15 minuten: Bespreken casus ‘Hoezo markeren’**
 - palliatieve fase markeren en gebruik meetinstrumenten

Onderdeel: Generalist en specialist ‘Hoe vind je elkaar’ wie doet wat – grenzen bepalen
Tijdsduur: 40 minuten

Leerdoelen

De deelnemer:

- kent als zorgverlener zijn eigen mogelijkheden en zijn grenzen van bekwaamheid bij complexe situaties binnen de palliatieve zorg;
- is in staat als generalistische zorgverlener ondersteuning te vragen en/of zich te laten adviseren door een specialist palliatieve zorg.

Programma

- **5 minuten: Bespreken piramide generalist - specialist palliatieve zorg en de reflectievraag**
 - generalistische zorg versus specialistische zorg en zorg op expert niveau
- **15 minuten: Bespreken generalist/specialist ‘wanneer vind je elkaar?’**
 - eigen mogelijkheden en wanneer specialist palliatieve zorg/team palliatieve zorg consulteren
 - kerncijfers disciplines aanwezig in teams palliatieve zorg en betrokkenheid specifieke expertise
- **20 minuten: Bespreken casus ‘Van onbewust onbekwaam naar bewust onbekwaam’**
 - model zorgbehoefte - zorgactiviteiten

Onderdeel: Meetinstrumenten in de palliatieve zorg
Tijdsduur: 60 minuten

Leerdoelen

De deelnemer:

- is bekend met de vier meetniveaus volgens het trechtermodel/methodiek uit ‘Meetinstrumenten in de palliatieve zorg, IKNL januari 2018’
- is in staat het juiste meetinstrument, op de juiste manier, op het juiste moment bij de juiste patiënt toe te passen.

Programma

- **5 minuten: Bespreken doel en definitie Meetinstrumenten in de palliatieve zorg**
- **20 minuten: Bespreken het inzetten van meetinstrumenten**
 - wanneer gebruik je welk instrument
 - trechtermodel: signaleren, monitoren, verdiepen, diagnosticeren
- **25 minuten: Bespreken in subgroepen casus ‘Meten is weten’**
 - zes vragen over keuze meetinstrumenten, wie zet deze in, verwerking van het resultaat
- **5 minuten: Plenair nabespreken casus**
- **5 minuten: Afsluiting workshop**
 - Korte evaluatieronde over welke specifieke punten zijn je bijgebleven uit deze workshop? En wat is er nodig om elkaar in het team en jezelf scherp te houden?

B2 Programma Effectieve communicatie



Tijdsduur

Totaal 3 uur (bij voorkeur als een geheel aanbieden) dus 180 minuten (exclusief pauze); per onderdeel 60 minuten. De workshop bestaat uit drie onderdelen.

Acteurs

Conform het programma werken met twee acteurs bij de onderdelen Stiltes en Empathie bij het rollenspel voor de rol patiënt en naaste.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- vooraf bedenken casuïstiek over stiltes;
- formuleren eigen leerpunten betreft effectieve communicatie.

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer is in staat:

- complexe gesprekken te beoordelen op de aspecten van effectieve communicatie zoals geformuleerd in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL-Palliactief 2017);
- de verkregen feedback en handvatten uit de workshop te verduidelijken naar zijn eigen communicatieve vaardigheden en attitude;
- na afloop effectieve communicatie toe te passen in de praktijk.

Onderdeel: (Actief) Luisteren

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: geen

Leerdoelen met betrekking tot (Actief) Luisteren en Stiltes

De deelnemer kan:

- de aangedragen casus analyseren op communicatieve vaardigheden met betrekking tot actief en reactief luisteren, wijze van vragen stellen, en momenten van stiltes en dit bespreken in groepsverband;
- aangeven hoe hij/zij handelt bij luisteren en stiltes tijdens een complex gesprek met een patiënt (en naaste) en de leerpunten hierbij benoemen.

Programma

• **5 minuten: Inleiding workshop**

- workshop bestaat uit drie onderdelen: (Actief) Luisteren, Stiltes en Empathie.
- programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten).
- kent iedereen elkaar? Anders korte namenronde.

• **5 minuten: Bespreken Effectieve communicatie vanuit Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland**

- begripsomschrijving en kenmerken Effectieve communicatie volgens Kwaliteitskader.

• **10 minuten: Bespreken Calgary Cambridge-structuurmodel met reflectievraag 5 over het model**

- groepsgebesprek over gebruik en wat zijn je eigen sterke en zwakke punten hierbij.

• **20 minuten: Vertonen filmfragment vervolgens bespreken VERVALLEN – ZELF CASUS INBRENGEN**

- in subgroepen: hoe zou je dit gesprek vervolgen? Hoe zou je dit aanpakken?
- plenair de kernpunten uit de subgroepen bespreken.

Onderdeel: Stiltes

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: een of twee acteur(s) bij rollenspel

Leerdoelen zie bij onderdeel (Actief)Luisteren

Programma

- **20 minuten: Bespreken reflectievraag: Stiltes, omgaan met stiltes en functie van stiltes**

- bespreken op waar liggen de moeilijkheden?
- effect van stiltes, wat levert het op?
- non-verbaal gedrag tijdens stiltes: hoe doe je dit? Wat ligt je goed en wat minder?
- **40 minuten: Rollenspel over casus van deelnemers en/of optionele casus**
 - 10 minuten: voorbereiden en spelen eerste casus van een deelnemer
 - 10 minuten: voorbereiden en spelen tweede casus van een deelnemer of optionele casus
 - 20 minuten: nabespreken beide casussen
 - hoe zijn de twee gesprekken verlopen, vanuit de spelers? Wat hebben de observanten gezien?
 - afronden met welke leerpunten haal je hier uit.

Onderdeel: Empathie

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: een of twee acteur(s) bij rollenspel

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- empathisch vermogen herkennen, de essentie weergeven en relateren naar zichzelf tijdens complexe gesprekken met de patiënt en naaste;
- het CAPTURES-model, de zes gedragingen die relevant zijn in het contact met de patiënt, en EMPATHY toepassen op de aangedragen casus;
- reflecteren op het eigen handelen.

Programma

- **20 minuten: Vertonen filmfragment vervolgens bespreken** VERVALLEN – ZELF CASUS
INBRENGEN
 - kenmerken empathisch vermogen. Hoe maak je zelf contact met de patiënt?
 - hoe kan je dit gesprek kantelen? Met welke openingszin?
- **40 minuten: Rollenspel over nieuw gesprek patiënt met arts – EIGEN CASUS**
 - 5 minuten: voorbereiden gesprek
 - voorbereiden rollen en kijkopdracht observanten
 - 10 minuten: spelen rollenspel
 - 25 minuten: nabespreken
 - spelers: hoe het gesprek ervaren? Observanten: wat zag je vanuit het CAPTURES-model?
 - algemeen: welke stappen zijn er nog te maken gezien de zes CAPTURES-gedragingen?
 - toelichten acroniem EMPATHY.
- **5 minuten: Afsluiting workshop**
 - Korte evaluatieronde over welke specifieke punten zijn je bijgebleven uit deze workshop? En wat is er nodig om elkaar in het team en jezelf scherp te houden?



Tijdsduur:

Totaal 3 uur dus 180 minuten (exclusief pauze). Bij deze workshop zijn de onderwerpen nauw met elkaar verbonden. Het advies is ze tegelijk aan te bieden in een bijeenkomst.

Acteurs

Conform het programma is werken met een of twee acteur(s) zeer aan te bevelen vanwege het oefenen van verschillende gesprekken. De rollen voor de acteurs zijn het spelen van de patiënt en de naaste.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- eigen leerpunten formuleren betreft Gezamenlijke besluitvorming;
- lezen uit Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL-Palliactief, 2017) [Domein 2.2. Gezamenlijke besluitvorming](#).

Algemene leerdoelen workshop:

De deelnemer:

- is in staat te reflecteren op het eigen handelen met betrekking tot gezamenlijke besluitvorming;
- beschikt over kennis en vaardigheden om gezamenlijke besluitvorming in de eigen praktijk toe te passen.

Programma

- **5 minuten: Inleiding**
 - programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten).
 - kent iedereen elkaar? Anders korte namenronde.
- **30 minuten: Bespreken theorie over proces gezamenlijke besluitvorming**
 - focus uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland domein 2.2 Gezamenlijke besluitvorming, criteria 3 t/m 5: attitude en informatie-uitwisseling.
 - Shared Decision Making Continuum-model (consumentisme versus paternalisme)
 - Three-talk-model of Shared Decision Making: team talk, option talk en decision talk met groepsgesprek over reflectievraag: Hoe ga je om met dit proces van besluitvorming?
 - afsluiting met voordelen proces gezamenlijke besluitvorming voor patiënt, zorgverlener en maatschappij en wanneer geen gezamenlijke besluitvorming.
- **40 minuten: Vertonen filmfragmenten vervolgens groepsgesprek VERVALLEN EIGEN CASUS INBRENGEN OF VAN EEN DEELNEMER mbt Zinloos handelen en wens patiënt**
 - groepsgesprek over dilemma: wens patiënt versus zinloos handelen
 - in hoeverre ga jij mee met de patiënt en naaste?
 - welke afwegingen maak je hierbij?
- **15 minuten: Pauze**
- **40 minuten: Rollenspel over de ‘talks’ casus ‘Wel besluitvorming, niet gezamenlijk. Of toch wel?’**
 - 10 minuten: lezen casus en voorbereiding spelers / acteurs en kijkopdracht observanten
 - 15 minuten: uitvoeren rollenspel, het gesprek
 - 20 minuten: nabespreken
 - spelers: hoe ging het?; reacties van observanten;
 - discussie over gezamenlijke besluitvorming in de praktijk.
- **40 minuten: Rollenspel met casus vanuit deelnemer/trainer**
 - 10 minuten: voorbereiding spelers/observanten
 - 10 minuten: gesprek uitvoeren met acteurs
 - 20 minuten: nabespreken:

-
- spelers: hoe ging het?; reacties van observanten;
 - handvatten en tips voor beide casussen.
 - **10 minuten: Afsluiting workshop**
 - Korte evaluatie ronde over welke specifieke punten zijn je bijgebleven uit deze workshop?
En wat neem je mee voor je volgende gesprek met een patiënt en naaste betreft gezamenlijke besluitvorming?

B4 Programma Slechtnieuwsgesprek



Tijdsduur

Totaal 3 uur bij voorkeur als een geheel aanbieden dus 180 minuten (exclusief pauze).

Suggestie is het onderdeel Brengen van slechtnieuws te verlengen met 30 minuten vanwege het spelen van meerdere rollenspelen, en het laatste onderdeel Nabespreken slechtnieuwsgesprek in te korten met 30 minuten. De workshop bestaat uit drie onderdelen.

Acteurs

Conform het programma werken met twee acteurs. Acteurs bij het onderdeel Voorbereiden slechtnieuwsgesprek aanwezig laten zijn voor het inventariseren van welke leerpunten er zijn bij de deelnemers. Dit kan als input dienen voor de casus in het volgende onderdeel Brengen van slecht nieuws voor het spelen van de rollen patiënt en naaste bij de slechtnieuwsgesprekken.

Vooraf doorgeven aan deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- formuleren eigen leerpunten betreft het slechtnieuwsgesprek.

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer is in staat:

- aan te geven welke voorbereidingen voor hem/haar noodzakelijk zijn om een 'goed' slechtnieuwsgesprek te voeren met de patiënt en naaste;
- een 'goed' slechtnieuwsgesprek te voeren en het aan te passen bij het type patiënt en diens emoties die plaatsvinden tijdens het gesprek;
- (zelf)reflectie te geven na afloop van een (gevoelsmatig zwaar) slechtnieuwsgesprek.

Onderdeel: Voorbereiden slechtnieuwsgesprek

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: twee acteurs aanwezig voor input rollen patiënt en naaste

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- aangeven welke voorbereidingen voor hem/haar noodzakelijk zijn om een 'goed' slechtnieuwsgesprek te voeren met de patiënt en naaste;
- aangeven welk 'type' patiënt(en) en naaste hij/zij moeilijk vindt om een slechtnieuwsgesprek te voeren;
- zijn eigen communicatiestijl bij slechtnieuwsgesprekken benoemen en verbeterpunten hierbij benoemen.

Programma

• 5 minuten: Inleiding workshop

- workshop bestaat uit de onderdelen: Voorbereiden slechtnieuwsgesprek, Brengen van slecht nieuws en Nabespreken slechtnieuwsgesprek;
- programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten);
- kent iedereen elkaar? Anders kort een namenronde;
- link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

• 20 minuten: Bespreken reflectievragen onderdeel Inleiding en onderdeel Gesprek voorbereiden

- antwoorden reflectievragen zijn input bij het rollenspel onderdeel Brengen van slecht nieuws;
- groepsgesprek over hoe bereid je je voor, perceptie patiënt, voorwaarden goed slechtnieuwsgesprek.

• 15 minuten: Vertonen filmfragment vervolgens groepsgesprek VERVALLEN EIGEN CASUS INBRENGEN over slechtnieuwsgesprek

- nabespreken: hoe verliep deze voorbespreking? Wat zag je?

15 minuten: Bespreken zes stappenmodel SPIKES (voorbereiding op volgende onderdeel)

- bekend met het model? Welke stappen liggen je en welke minder? Hoe verklaar je dit?

Onderdeel: Brengen van slecht nieuws

Tijdsduur: 90 minuten

Acteurs: twee acteurs voor de rollen patiënt en naaste

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- een 'goed' slechtnieuwsgesprek voeren en het aanpassen aan het type patiënt met diens emoties tijdens het gesprek;
- feedback geven en ontvangen naar aanleiding van de uitgespeelde casus.

Programma

• **40 minuten: Rollenspel met casus afkomstig uit leerpunten van de deelnemers**

- 5 minuten: slechtnieuwsgesprek voorbereiden (kijkopdracht en rol spelers);
- 10 minuten: uitvoeren slechtnieuwsgesprek;
- 25 minuten: nabespreken
 - hoe ging het? Wat zie je terug van SPIKES? In welke opzichten was het een 'goed gesprek'?

Pauze 10 minuten

• **40 minuten: Rollenspel over emotionele patiënt (casus deelnemer of optionele casus Femke)**

- 5 minuten: slechtnieuwsgesprek voorbereiden (rollen spelers en kijkopdracht voor observanten)
- 10 minuten: uitvoeren slechtnieuwsgesprek
- 25 minuten: nabespreken
 - spelers: hoe ging het?
 - observanten: hoe is de boodschap gebracht? Reactie op de vertoonde emotie, volgens NURSE? Welk effect had dit op de patiënt/naaste?
 - wat zou je zelf anders doen? Tips.

Onderdeel: Nabespreken slechtnieuwsgesprek

Tijdsduur: 30 minuten

Acteurs: geen

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- aangeven wat hij/zij doet na het slechtnieuwsgesprek, en welke rol het behandelend team en of collega's daarin hebben.

Programma

• **20 minuten: Bespreken reflectievragen onderdeel Nabespreken slechtnieuwsgesprek**

- uiteenzetting reflectiecirkel van Gibbs;
- groepsgesprek over reflectievraag onderdeel Nabespreken: wat doe je bij een gevoelsmatig zwaar slechtnieuwsgesprek? Rol team / collega's? Terugkoppeling in team? Welke waarde heeft dit?

• **10 minuten: Afsluiting workshop**

- korte evaluatieronde over welke specifieke punten zijn je bijgebleven uit deze workshop?

B5 Programma Complexe Omstandigheden



Tijdsduur

Totaal 3 uur bij voorkeur workshop als geheel aanbieden dus 180 minuten (exclusief pauze); per onderdeel 60 minuten. De workshop bestaat uit drie onderdelen.

Acteurs

Conform het voorgestelde programma zijn alleen bij het onderdeel Lastige consulten (casus) acteurs nodig voor de rollen patiënt en naaste.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- vooraf inleveren eigen casus over curatieve overbehandeling versus palliatief onderbehandelen,
- formuleren eigen leerpunten betreft Complexe omstandigheden;
- lezen [samenvatting rapport](#) 'Niet alles wat kan, hoeft. Passende zorg in de laatste levensfase' KNMG 2015.

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer is in staat:

- te reflecteren op het eigen handelen en staan daarbij open voor feedback;
- om de opgedane kennis, vaardigheden en attitude vanuit groepsbespreking toe te passen op de eigen praktijkvoering versus te bespreken in het team of met collega's.

Onderdeel: 'Arts-patiëntrelatie in zwaar weer', lastige consulten

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: twee acteurs voor de rollen patiënt en naaste

Leerdoelen

De deelnemer is in staat:

- te reflecteren op eigen handelen bij een 'moeilijke' patiënt of wel een lastig consult;
- vaardigheden toe te passen die helpen bij het omgaan met een 'moeilijke' patiënt of lastig consult.

Programma

• 5 minuten: Inleiding

- workshop bestaat uit drie onderdelen: 'De arts-patiënt relatie in zwaar weer' of lastige consulten, 'Moet alles wat kan?' en 'Verlangen naar het einde' met focus euthanasie;
- programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten);
- kent iedereen elkaar? Anders korte namenronde;
- link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

• 20 minuten: Bespreken reflectievragen 'De arts in zwaar weer' en 'Wat maakt patiënten moeilijk'

- groepsgebesprek over wat zijn voor jou lastige consulten? Hoe was de relatie zorgverlener-patiënt?
- verschil tussen lastige consulten en moeilijke patiënten. Welke strategie zet je hierbij in?

• 30 minuten: Rollenspel over casus moeilijke patiënt

- 10 minuten: voorbereiden rollenspel plan van aanpak bedenken en uitvoeren rollenspel
- 10 minuten: nabespreken over werking plan van aanpak en de empathische houding zorgverleners

• 5 minuten: Conclusie lastige consulten

Onderdeel: 'Moet alles wat kan?'

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: geen

Leerdoelen

De deelnemer is in staat te reflecteren op het eigen handelen aangaande passende zorgverlening in de laatste levensfase.

Programma

- **40 minuten: Bespreken reflectievraag 'Waarom ... kiezen en de eigen casus over curatieve overbehandeling versus palliatief onderbehandelen'**
 - 10 minuten: de deelnemer analyseert zijn eigen casus op een aantal punten
 - 30 minuten: groeps gesprek over eigen casus en passende zorgverlening in de laatste levensfase
 - moet je als zorgverlener altijd meegaan met de wens van de patiënt?
 - wanneer is het voor jou zinloos handelen?
- **15 minuten: Reserve stellingen over passende zorgverlening in de laatste levensfase** indien aspecten onbesproken zijn gebleven.

Onderdeel: 'Verlangen naar het einde' met focus euthanasie

Tijdsduur: 60 minuten

Acteurs: geen

Leerdoelen

De deelnemer:

- is in staat te reflecteren op zijn eigen handelen bij gesprekken over het naderende einde;
- kan een euthanasieverzoek beoordelen en zijn handelen bespreken met andere zorgverleners.

Programma

- **20 minuten: Bespreken reflectievraag onderdeel 'Lastige vragen'**
 - wat gaat goed, wat mist er nog of kan beter? Wie initieert een dergelijk gesprek? Op welk moment?
- **20 minuten: Bespreken in subgroepen casus Euthanasieverzoek**
 - in subgroepen discussiëren over de casus: hoe te handelen, welke stappen zijn nodig.
 - kernpunten uit discussie op een flap zetten en presenteren voor de groep.
- **10-15 minuten: Presenteren kernpunten voor de groep**
- **5 -10 minuten: Afsluiting workshop**
 - korte evaluatieronde over welke specifieke punten zijn je bijgebleven uit deze workshop?

B6 Programma Zorg rondom einde van het leven



Tijdsduur

Totaal 3 uur bij voorkeur als een geheel aanbieden, dus 180 minuten (excl. pauze). De workshop bestaat uit vier onderdelen. Optioneel symptoombehandeling in de stervensfase + 1 uur.

Acteurs

Conform het programma zijn in deze workshop geen acteurs nodig.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- vooraf inleveren eigen casus of meenemen over tijdig praten over het naderende levenseinde;
- formuleren eigen leerpunten met betrekking tot zorg rondom einde van het leven;
- lezen uit Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) [domein 2.3](#).

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer is in staat

- te reflecteren op het eigen handelen met betrekking tot het levenseinde gesprek, markeren van de stervensfase, het verlenen van passende zorg aan patiënten en diens naasten in de stervensfase, vocht en voedingsbeleid, en palliatieve sedatie.
- kennis en vaardigheden over bovengenoemde onderwerpen toe te passen in de eigen praktijk.

Onderdeel: Tijdig spreken over levenseinde

Tijdsduur: 50 minuten

Leerdoelen

De deelnemer kan

- reflecteren op zijn eigen handelen bij het levenseinde gesprek;
- het levenseinde gesprek op het juiste moment starten en daarbij de juiste vragen stellen om waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten te achterhalen.

Programma

- **5 minuten: Inleiding**
 - workshop bestaat uit de onderdelen: Tijdig spreken over het levenseinde, Markeren stervensfase en hoe (praktisch) te handelen, Vocht en voeding, wat betekent dat voor de patiënt, Palliatieve sedatie.
 - programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten). NB. Tijdig spreken over het levenseinde is onderdeel van proactieve zorgplanning.
 - kent iedereen elkaar? Anders korte namenronde.
- **15 minuten: Bespreken theoretisch kader, reflectievraag 'Patronen van sterven en zorgplanning'**
 - link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (proactieve zorgplanning)
 - voorkeur plaats van overlijden
 - groepsgesprek over kwaliteit van zorg voor patiënt, naasten en jezelf vanuit casuïstiek deelnemers
- **10 minuten: Bespreken diverse modellen ter ondersteuning bij 'tijdig spreken over levenseinde'**
 - uiteenzetting Ars Morendi of diamantmodel van Leget: bekend met het model? Hoe breng je het in tijdens een gesprek? Welke stappen liggen je en welke minder? Hoe verklaar je dit?
 - korte toelichting model van Steinhäuser et al.
- **20 minuten: Bespreken casus Gerard over prognose, wanneer gesprek over levenseinde, en tips**
 - groepsgesprek over bijstellen prognose na de ziekenhuisopname. Wanneer is het juiste moment voor gesprek over het naderende levenseinde? Tips en voorbeeldvragen voor levenseinde gesprek.

Onderdeel: Markeren stervensfase en hoe (praktisch) te handelen

Tijdsduur: 40 minuten (exclusief optioneel bespreken Meest voorkomende symptomen in de stervensfase)
+ 60 minuten Bespreking Meest voorkomende symptomen in de stervensfase

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- reflecteren op eigen handelen met betrekking tot de tien kerntaken (zorgverlener) in de stervensfase.

Programma

- **10 minuten: Bespreken theoretisch kader over markeren van de stervensfase**
 - grafieken ziekte trajecten en spectrum palliatieve zorg
 - link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, domein 7 Stervensfase; groepsgesprek hierover
- **30 minuten: Bespreken kerntaken zorgverlener in de stervensfase**
 - 10 kerntaken zorgverlener in de stervensfase (Ellershaw, 2013). Groepsgesprek: hoe doe jij dit?

EXTRA Programmaonderdeel: Meest voorkomende symptomen in de stervensfase

- **60 minuten (optioneel) Bespreken de meest voorkomende symptomen in de stervensfase**
 - Overzicht symptomen in de stervensfase en informeren patiënt en naaste
 - Kenmerken en behandeling bij reutelen en Cheyne-Stokes ademhaling; groepsgesprek over casus.

Onderdeel: Vocht en voeding. Wat betekent dat voor de patiënt, naasten en het team

Tijdsduur: 40 minuten

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- reflecteren op eigen handelen met betrekking tot het vocht en voeding beleid in de stervensfase;
- reflecteren op het omgaan met patiënten en diens naasten / familie wanneer de patiënt bewust kiest of wanneer die zich bewust van onthoudt van vocht / voeding tijdens de stervensfase;
- kennis en vaardigheden toepassen betreft het toedienen dan wel het onthouden van vocht en voeding.

Programma

- **5 minuten: Bespreken theoretisch kader over vocht en voeding**
 - link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, domein 7 Stervensfase
- **35 minuten: Bespreken beleid rondom vocht en voeding in de stervensfase**
 - groepsgesprek over wat te doen bij voeding en vochttoediening. Wat doen bij verschil in wensen van de patiënt en diens naasten / familie? Stelling over bewust onthouden van vocht en voeding.

Onderdeel: Palliatieve sedatie

Tijdsduur: 50 minuten

Leerdoelen

De deelnemer kan reflecteren op eigen handelen met betrekking tot palliatieve sedatie in de stervensfase.

Programma

- **10 minuten: Bespreken theoretisch kader over palliatieve sedatie**
 - link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, domein 7 Stervensfase
- **30 minuten: Bespreken reflectievraag en stelling over palliatieve sedatie**
 - groepsgesprek over eigen ervaring als zorgverlener met palliatieve sedatie.
- **10 minuten: Afsluiting workshop** met korte evaluatieronde over welke punten zijn je bijgebleven?

Eventueel te gebruiken filmfragmenten (enigszins verjaard) van YouTube filmpje

Regie over eigen leven fragment met Gina Richters patiënt van arts Joep

Scene 1 en 2 [Regie over eigen Leven en Sterven \(kort fragment, scene 1,2\) - YouTube](#) (7.29 min)

en vervolgt met [Regie over eigen Leven en Sterven \(kort fragment, scene 3,4\) - YouTube](#) 3 en 4 (6.02 min.) met arts Joep uit 2013

B7 Programma Verlies, verdriet en rouw



Tijdsduur

Totaal 2 à 3 uur (120-180 minuten exclusief pauze). De workshop bestaat uit één onderdeel.

Acteurs

Conform het programma zijn in deze workshop geen acteurs nodig.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- eigen leerpunten formuleren met betrekking tot verlies, verdriet en rouw van naasten

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer is in staat om:

- te reflecteren op eigen handelen met betrekking tot signalering en verlenen van zorg bij (niet) normatieve rouw bij naasten;
- kennis en vaardigheden over bovengenoemde onderwerp toe te passen in de eigen praktijk.

Onderdeel: In gesprek met naasten

Tijdsduur: 120-180 minuten

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- reflecteren op eigen handelen met betrekking tot signaleren en handelen bij niet-normatieve rouw;
- het nagesprek vanuit eigen functie juist vorm te geven.

Programma

• **5 minuten: Inleiding**

- Workshop bestaat uit een onderdeel In gesprek gaan met naasten.
- programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten);
- kent iedereen elkaar? Anders korte namenronde;

• **5-10 minuten: Bespreken Kwaliteitskader domein 8 Verlies en rouw**

- link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland over rouw, welke standaard is er voor de patiënt, naasten, zorgverlener en vrijwilligers.

• **15 minuten: Bespreken welke rouwmodellen hanteer je voor signalering en gespreksvoering**

- groepsgesprek over hoe sta jij hierin? Welk rouwmodel heeft je voorkeur als houvast? En waarom? Hoe pas je het toe bij signalering en gespreksvoering?

• **30-45 minuten: Bespreken niet-normatieve rouw**

- toelichten risicofactoren ontwikkeling anticiperende rouw bij naasten en Criteria Verlies en rouw uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland
- groepsgesprek over wat doe jij? Wat is gebruikelijk in jouw organisatie? Wat doe je bij (jonge) kinderen wanneer zij nabestaande zijn? Welk meetinstrument kan je inzetten bij rouw?

• **30-45 minuten: Bespreken reflectievraag Nagesprek met nabestaanden, hoe doe je dat?**

- groepsgesprek over ervaringen met nagesprekken uit de praktijk? Welke rol als zorgverlener had je in het nagesprek? Wanneer verwijst je door?

• **30-45 minuten: Bespreken reflectievraag Handelswijze voorkomen van niet-normatieve rouw**

- groepsgesprek over je handelswijze om een dergelijke situatie te voorkomen. Maak je gebruik van een stappenplan? Hoe ziet dit er uit en hoe pas je het toe? Hoe is dit binnen de instelling?

• **5 minuten: Afsluiting workshop**

- korte evaluatieronde over welke specifieke punten zijn je bijgebleven uit de workshop? En wat is er nodig om jezelf en/of je team scherp te houden?

B8 Programma Evenwichtige zorgverlener



Tijdsduur

Totaal 3 uur (180 minuten exclusief pauze); per onderdeel 60 minuten. De workshop bestaat uit drie onderdelen.

Acteurs

Conform het programma zijn in deze workshop geen acteurs nodig.

Vooraf doorgeven aan de deelnemers als voorbereiding op de workshop:

- eigen leerpunten formuleren met betrekking tot de evenwichtige zorgverlener

Algemene leerdoelen workshop

De deelnemer is in staat:

- aan te geven welke impact haar/zijn werkzaamheden heeft op zijn/haar persoonlijke leven.
- handvatten te benoemen die haar/zijn werkgeluk bevorderen.
- te formuleren wat voor hem/haar een goede balans is om het ontwikkelen op een burn-out te voorkomen en hoe het team en de organisatie hier in kunnen bijdragen.

Onderdeel: Introductie evenwichtige zorgverlener, waar sta je?

Tijdsduur: 60 minuten

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- aangeven welke aspecten van zijn/haar werk invloed hebben op zijn/haar persoonlijke leven
- vanuit de vier pijlers uit het PERK model aangeven hoe zijn/haar werkgeluk te vergroten.

Programma

- **5 minuten: Inleiding**
 - workshop bestaat uit de onderdelen: Introductie evenwichtige zorgverlener; Burn-out signalen en risicofactoren; Werken aan persoonlijke en teambalans
 - programma en verwachtingen deelnemer (inbreng leerpunten).
 - kent iedereen elkaar? Anders korte namenronde.
- **30 minuten: Bespreken impact van het werken in de zorg**
 - groepsgesprek over de impact van het werken in de zorg, wat doet dit met je? Wat zijn je drijfveren?
- **15 minuten: Bespreken PERK model voor werkgeluk**
 - uiteenzetting model
 - groepsgesprek over wat betekent dit voor jou? Hoe realiseer je dit?
- **10 minuten: Bespreken link met Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland**

Onderdeel: Burn-out, signalen en risicofactoren

Tijdsduur: 60 minuten

Leerdoelen

De deelnemer kan:

- verwoorden welke stressoren / risicofactoren persoonlijk gelden voor het ontwikkelen van een burn-out
- handvatten aangeven om een burn-out te voorkomen.

Programma

- **45 minuten: Bespreken begrip burn-out met kernmerken en risicofactoren**
 - groepsgesprek over uitspraken van zorgverleners. Hoe ligt dit bij jou?
 - uiteenzetting definitie burn-out en de (kern)symptomen

- 12 fasen model van Freudenberger & North, burn-out cyclus voorafgaand aan een burn-out wat zie je hierin bij jezelf of bij een collega
- groepsgesprek over waar liggen jouw risicofactoren/stressoren en wat doe je hier mee.
- **10 minuten: Meetinstrumenten Well-Being Index, MBI en BAT**
 - uiteenzetting functie Well-Being Index, doel en kenmerken MBI (Maslach Burnout Inventory) en BAT (Burnout Assessment Tool)
 - groepsgesprek over hoe ligt dit bij jou?

Onderdeel Werken aan persoonlijke en teambalans

Tijdsduur: 60 minuten

Leerdoelen:

De deelnemer kan:

- aangeven wat hij/zij doet om een evenwichtige zorgverlener te blijven
- aangeven hoe het team en de instelling kunnen bijdragen aan haar/zijn persoonlijke balans

Programma

- **20 minuten: Bespreken Persoonlijke balans**
 - groepsgesprek over reflectie en interventies, wat doe je om een hoe goede zorgverlener te blijven die in balans is? Self-Care Wheel en reflectiecirkel Gibbs.
- **15 minuten: Bespreken teambalans**
 - groepsgesprek over rol van het team om in balans te blijven; interventies op teamniveau
- **20 minuten: Bespreken interventies op organisatie/instellingsniveau**
 - in tweetallen de opties van de zeven domeinen uit het Wellness Wheel bespreken
 - groepsgesprek over de uitkomsten
- **5 minuten: Afsluiting workshop**
 - rondvraag: hoe is het met jouw weegschool? Is deze in balans?
 - korte evaluatie ronde over welk aspecten of leerpunten zijn je specifiek bij gebleven in deze workshop.

B9 Overzicht Achtergrondinformatie

Op de volgende pagina treft u een overzicht van alle modules, workshoponderwerpen, werkvormen en bijbehorende achtergrondliteratuur.

Tabel 2.1

Overzicht achtergrondinformatie B-learning Palliatieve Zorg januari 2019

workshop	workshop- onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Introductie palliatieve zorg	Kennismaking Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: definitie, zorgdomeinen en essenties	theorie groepsgesprek bespreken casus in subgroepen	- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. <i>IKNL/Palliactief</i> 2017 - De Lima L et al. IAHPHC list of essential practices in palliative care. <i>J Pain Palliative Care Pharmacother</i> 2012 - What's important to me. A review of choice in End Of Life Care. <i>The choice in end of life care programme board</i> . February 2015 - Kerncijfers Palliatieve zorg. <i>PZNL</i> , 2022 - 'uwmeningoverpalliatievezorg.nl', niet gepubliceerde data van ZonMw-project
	Markering palliatieve fase: zorgmodel van Lynn and Adamson, verrassingsvraag SQ en SPICT-NL	theorie groepsgesprek bespreken casus	- Glare PA et al. Palliative Care in the Outpatient Oncology Setting: Evaluation of a Practical Set of Referral Criteria. <i>Journal of Oncology Practice</i> . 2011, Nov; 7(6): 366–370. - Zorgmodel Lynn and Adamson, 2003 - Mistiaen P et al. Kennissynthese nieuwe model palliatieve zorg. NIVEL 2014 - Downar J et al. The 'Surprise question' for predicting in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. <i>CMAJ</i> 2017 - Weijers F et al. Adding a second surprise question triggers general practitioners to increase the thoroughness of palliative care planning: results of a pilot RCT with vignettes. <i>BMC Palliative Care</i> 2018 - SPICT-NL.: Meetinstrumenten in de palliatieve zorg, <i>IKNL</i> 2018
	Generalist en specialist in de palliatieve zorg: hoe vind je elkaar?	theorie groepsgesprek bespreken casus	- Quill TE et al. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. <i>NEJM</i> 2013 - Gardiner C et al. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systemic review. <i>BJGP</i> 2012 - Hui D et al. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. <i>Lancet Oncology</i> 2016
	Meetinstrumenten in de palliatieve zorg: doel, definitie en wanneer welk instrument?	theorie groepsgesprek bespreken casus in subgroepen	- Meetinstrumenten in de palliatieve zorg. <i>IKNL</i> 2018

workshop	/workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Effectieve Communicatie	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: kenmerken Effectieve communicatie. Calgary Cambridge structuur model	theorie groepsgesprek	- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017 - Calgary Cambridge guide to the medical interview; Nederlandstalige versie 'Vaardig communiceren in de gezondheidszorg'. <i>Boom</i> 2015, 3 ^e druk - Goed in gesprek, communiceren in de langdurige zorg. <i>Vilans</i> 2014 - vitaltalk.org bezocht 12-12-2018
	(Actief) luisteren	theorie bespreken casus groepsgesprek	- Back AL et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. <i>CA Cancer J Clin</i> 2005 - Cocksedge S et al. The listening loop: a model of choice about cues within primary care consultations. <i>Med Educ</i> 2000 - Robertson K. Active listening. <i>Austr Fam Phys</i> 2005 - ACT academy, Quality, Service Improvement and Redesign Tools: Active listening ; bron: Kline N. Time to Think: Listening to Ignite the Human Mind. (2015) <i>CPI: William Clowes</i>
	Stiltes	groepsgesprek rollenspel	- Back AL et al. Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. <i>J Palliat Med</i> 2009
	Empathie	bespreken casus rollenspel groepsgesprek	- Buckman R et al. Empathic responses in clinical practice: intuition or tuition? <i>CMAJ</i> 2011 - Jeffrey D. Communicating with a human voice: developing a relational model of empathy. <i>J R Coll Physicians Edinb</i> 2017 - Riess H et al. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. <i>Acad Med</i> 2014
	Algemeen over effectieve communicatie in de palliatieve zorg		- Bos – van den Hoek DW et al. Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews. <i>Supportive Palliative Care</i> 2019, 13:33–45; Copyright © 2019 Wolters Kluwer - Selman LE et al. The effect of communication skills training for generalist palliative care providers on patient-reported outcomes and clinician behaviors: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 2017 - Shannon SE et al. Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. <i>Nursing in Critical Care</i> 2011 (met tools: Ask-Tell-Ask; Tell me more; SBAR) Slort W et al. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GP's, patients, and end-of-life consultants. <i>British Journal of General Practice</i> 2011

workshop	workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Gezamenlijke Besluitvorming	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: domein 2.2	theorie	- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017
	Continuüm gezamenlijke besluitvorming	theorie groepsgesprek	- Kon AA. The shared decision-making continuum. JAMA 2010
	'Three-talk-model' gezamenlijke besluitvorming: structuur (deel 1), proces (deel 2) en uitkomst (deel 3)	theorie bespreken casus groepsgesprek rollenspel	<ul style="list-style-type: none"> - Back AL et al. Discussing Prognosis: “How Much Do You Want to Know?” Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. JCO 2008 - Brom L et al. Challenges in shared decision making in advanced cancer care: a qualitative longitudinal observational and interview study. HE 2017 - Elwyn G et al. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. Impl Sci 2016 - Elwyn G et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ 2017 - Epstein RM et al. Shared mind: communication, decision making and autonomy in serious illness. Ann Fam Med 2011 - Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken. NHG 2017 - Pollard S et al. Physician attitudes toward shared decision making: a systematic review. Pat Educ Couns 2015 - Rietjens JAC et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus. Lancet Oncology 2017 - Struijs A et al. Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt – normatieve achtergrond. CEG 2013

workshop	workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Slechtnieuws- gesprek	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: domein 2.2; 2.9	theorie	-Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017
	Vorbereiden slechtnieuwsgesprek	groepsgesprek bespreken casus filmfragment	-Buckman RA. Breaking bad news: the SPIKES strategy. Community Oncol 2000 -Slecht nieuws meedelen aan kankerpatiënten en hun naasten. Aanbevelingen voor zorgverleners CHI 2015 - Baile WF et al. SPIKES-a six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist 2000
	Brengen van slecht nieuws	rollenspel groepsgesprek	-Pollak KI et al. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. JCO 2007 - Slecht nieuws meedelen aan kankerpatiënten en hun naasten. Aanbevelingen voor zorgverleners CHI 2015
	Nabespreken slechtnieuwsgesprek	theorie groepsgesprek	- Gibbs reflective cycle - Koshy K et al. Reflective practice in health care and how to reflect effectively. Int J Surg Oncol 2017 - Slecht nieuws meedelen aan kankerpatiënten en hun naasten. Aanbevelingen voor zorgverleners CHI 2015

workshop	workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Complexe omstandigheden	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: domein 1; domein 2.9 Deskundigheid criteria 8; domein 10 Ethische en juridisch	theorie	-Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017
	'Arts-patiëntrelatie in zwaar weer' ('Een lastig consult')	groepsgesprek rollenspel	- Back AL et al. Discussing prognosis 'How much do you want to know'. Talking to patients who do not want information or who are ambivalent. JCO 2006 - Haas LJ et al. Management of the difficult patient. Am Fam Physician 2005 - Livneh H et al. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counsellors. J Couns Develop 2005 -Steinmetz D et al. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. Fam Pract 2001 -Tuinman PR e.a. Geen moeilijke patiënten, wel lastige consulten. NTvG .2011
	'Moet alles wat kan' ('Curatieve overbehandeling versus palliatieve onderbehandeling')	bespreken casus groepsgesprek	- Ferrell BR et al. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update. JCO 2017 - Heikkila R et al. Chemotherapy in EOL care. Ann Oncol 2017 - Henson LA et al. Factors associated with aggressive EOL care. Support Care Cancer 2016 - Niet alles wat kan, hoeft. KNMG 2015 - Rochigneux P et al. Use of chemotherapy near the end of life: what factors matter? Ann Oncol 2017
	'Verlangan naar het einde' met focus euthanasie	groepsgesprek opdracht in subgroepen presenteren plenair	- Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. BMJ 2007 - Dees MK et al. 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. J Med Ethics 2001 - Kissane DW. The relief of existential suffering. Arch Intern Med 2012 - Regionale Toetsingscommissie Euthanasie jaarverslag 2017 (PDF) - Ruijs CDM et al. Unbearability of suffering at the end of life: the development of a new measuring device, the SOS-V. BMC Palliat Care 2009

workshop	workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Zorg rondom einde van het leven	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: domein 2.3; domein 7 Stervensfase	theorie	- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017
	Tijdig spreken over het levenseinde	theorie groepsgesprek bespreken casus	- Buurman B, 6 tips voor gesprekken over het levenseinde. Nursing 22 augustus 2018 - Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief , 2017 - Leget C, Ruimte om te sterven, een weg voor zieken, naasten en zorgverleners. Terra - Lannoo Uitgeverij 2003/2008 - Pivodic L, Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries. J Epidemiol Community Health , 2016 Jan;70(1):17-24 - Steinhauer KE et al. Do preparation and life completion discussions improve functioning and QOL in seriously ill patients? Pilot randomized control trial. J Palliat Med 2008 - Voskuilen J. Levensvragen van palliatieve patiënten en het Ars Moriendi model. HAN 2012 - Wijlick E van et al. Elf spelregels voor praten over het einde. MC 2011 - Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. 2018 pallialine.nl - KNMG-handreiking Tijdig praten over het levenseinde , handreiking voor artsen, versie 4, KNMG 2021
	Markeren stervensfase en hoe (praktisch) te handelen	theorie groepsgesprek	- Ellershaw J, Lakhani M, Best Care for the dying patient. BMJ 2013 - Neuberger J et al. More care, less pathway. A review of the Liverpool care pathway. report 2013 (pdf) - Richtlijn Zorg in de stervensfase. 2010 pallialine.nl - Supporting care in the last hours or days of life. ICP 2014 - Zorgpad Stervensfase. Versie 2.0 Erasmus MC / IKNL 2011 (Palliaweb – goede voorbeelden)
	Optioneel: meest voorkomende symptomen in de stervensfase Reutelen en Cheyne-Stokes	groepsgesprek bespreken casus	- Blinderman CD et al. Comfort care for patients dying in the hospital. NEJM 2015 - Managing symptoms for an adult in the last days of life. NICE 2017.
	Vocht en voeding in de stervensfase	theorie groepsgesprek	- Bolt EE et al. Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. Ann Fam Med 2015 - Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. Bewust afzien van eten en drinken. KNMG 2014 - Good P et al. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. Cochrane library 2014
	Palliatieve sedatie	theorie groepsgesprek	- Palliatieve sedatie. KNMG , 2009 - Algemene checklist continue palliatieve sedatie. KNMG / IKNL 2012 - Verkuyl M, 5 feiten en fabels over palliatieve sedatie. Nursing 2016

workshop	workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Verlies, verdriet en rouw	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: domein 8 Verlies en rouw, standaard en criteria	theorie	- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017
	In gesprek met naasten	theorie	- Maes J. Naar een integratief rouwmodel. <i>Handboek rouw, rouwverwerking, rouwtherapie 2014</i>
	Normatieve rouw versus niet-normatieve rouw waaronder risicofactoren	groepsgesprek	- M. Moors Rouw mag er zijn. Journal of Social Intervention: Theory and Practice – 2015 – Volume 24, Issue 4
	Rouwmodel		- Richtlijn Rouw 2022 Pallialine
			- Stroebe M, Schut H; The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. Death Stud , 1999 Apr-May;23(3):197-224
			- Thomas K et al. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. JPSM 2014
	Observeren	groepsgesprek	- Shear MK. Complicated grief. NEJM 2015
	Meetinstrument Landelijke rouwvragenlijst ©		- Boelen P. Complexe rouw begrijpen en behandelen. Oratie 2016
	Nagesprek nabestaanden		- Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). <i>American Psychiatric Association</i> Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders 5th Edition, 2014
			- Keijser J, Bout van den J, Boelen P; Vragenlijst Rouw ©. 1998
			- Meetinstrumenten in de palliatieve zorg. IKNL 2018

workshop	workshop – onderdelen	werkvorm	achtergrondinformatie / literatuur
Evenwichtige zorgverlener (Krassen op de ziel)	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland: domein 1; domein 2.9; domein 2.10; domein 8 onder Inleiding	theorie	Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. IKNL/Palliactief 2017
	Introductie evenwichtige zorgverlener, waar sta je? (persoonlijke balans)	theorie groepsgesprek	Manfredi Rita A. MD, Huber Julia J MD; Being Well in Emergency Medicine: ACEP’s Guide to investing in yourself. FACEP American College of Emergency Physicians January 23, 2018 (Wellness Wheel) Simon-Thomas Emiliana R. Ph.D.; The Four Keys to Happiness at Work. Research reveals the steps you can take toward greater well-being, health, and productivity at work. Berkeley , Augustus 29 2018 (PERK model) Dongen CMP van, prof.dr. Y. van der Graaf; De gelukkige dokter. Onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk. 2012
	Burn-out, signalen en risicofactoren	theorie groepsgesprek	Desart S., Schaufeli W.B. & De Witte H.; Op zoek naar een nieuwe definitie van burnout. <i>OVER.WERK Tijdschrift van het Steunpunt Werk</i> , Uitgeverij Acco 2017, 1, 86-92 Taris T et al.; Burnout: de stand van zaken. <i>Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken</i> 2013 Karsten C.J. mr. dr.; Stresstypen herkennen en stress en burnout behandelen. PHYSIOS , 2018 Schaufeli W.B., De Witte H., Desart S. Burnout Assessment Tool (BAT). Maart 2019 https://burnoutassessmenttool.be/project_nl/ Smith C.D. et al.; Implementing optimal team-based care to reduce clinician burnout. <i>NAM Perspectives</i> . Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington DC. September 2018 What is burnout? InformedHealth.org [Internet] , 12 januari 2017 Dyrbye LN et al.; Ability of a 9-item Well-Being Index to identify distress and stratify quality of life in US Workers. <i>JOEM</i> , Volume XX, 2016 Dijxhoorn AQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Healthcare professionals' work-related stress in palliative care: a cross-sectional survey. <i>J Pain Symptom Manage.</i> 2021 Apr 14:S0885-3924(21)00284-0. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.004. + nieuwsbericht IKNL, mei 2021
Werken aan persoonlijke en teambalans	groepsgesprek	Phoenix Olga, Healing for Social Change. 2013 www.OlgaPhoenix.com (Self-Care Wheel) Smith C.D. et al.; Implementing optimal team-based care to reduce clinician burnout. <i>NAM Perspectives</i> 2018 Orellana-Rios et al.; Mindfulness -oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams. BMC Palliative Care 2018	

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

