



# Keuzedeel palliatieve zorg mbo

## Thema 5 Coördinatie en continuïteit

### DOCENTENHANDLEIDING

Deze docentenhandleiding hoort bij Thema 5 *Coördinatie en continuïteit* van het Keuzedeel palliatieve zorg voor mbo, niveau 3 en 4. In deze docentenhandleiding tref je aan:

1. Leerdoelen
2. Voorbereidende opdrachten
3. a. Introductie op het thema Coördinatie en continuïteit  
b. Introductie op het thema Interprofessioneel samenwerken
4. Achtergrondinformatie
5. Inspirerende onderwijsmaterialen

#### 1. Leerdoelen

##### Leerdoelen rubric Starter

De student:

- continueert de zorgverlening aan patiënten door middel van schriftelijke en mondelinge rapportage. (Onderwijsraamwerk)
- kan andere betrokken zorgprofessionals inschakelen met betrekking tot palliatieve zorg. (K1006)

De student is in staat om:

- in eigen woorden uitleg te geven over het onderscheid tussen monodisciplinair, multidisciplinair en interprofessioneel samenwerken.
- in eigen woorden uitleg te geven over de samenstelling van een interprofessioneel team.
- een omschrijving te geven van de definitie (of standaard) en de criteria te omschrijven voor interprofessionele palliatieve zorg uit het Kwaliteitskader palliatieve zorg.
- andere professionals binnen het multidisciplinaire en interprofessionele team te informeren over de zorgverlening.

##### Leerdoelen rubric Gevorderde

De student:

- stemt met de patiënt en naasten de verwachtingen rondom de zorgverlening af. (Onderwijsraamwerk)
- stemt de zorgverlening en de taakverdeling af met andere professionals om de continuïteit van zorg te bewaken. (Onderwijsraamwerk)

De student is in staat om:

- in eigen woorden te definiëren wat de rol is van generalistische zorgverleners, specialistische zorgverleners, vrijwilligers, hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener en wettelijk vertegenwoordiger binnen het interdisciplinaire team.
- de eigen rol binnen het interprofessionele team te beargumenteren.
- bevindingen in de zorgverlening te rapporteren in de daarvoor geëigende rapportage-omgevingen.

### Leerdoelen rubric Beroepsbekwaam

De student:

- neemt actief deel aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met patiënten en hun naasten en andere zorgverleners. (Onderwijsraamwerk)
- organiseert actief de zorg rondom de patiënt met een palliatieve zorgvraag om een veilige overgang van de ene naar de andere zorgorganisatie dan wel thuissituatie te waarborgen. (Onderwijsraamwerk)
- realiseert een warme en koude overdracht van een patiënt ten behoeve van de continuïteit van zorg. (Onderwijsraamwerk)
- geeft (in/na overleg met collega's) advies en onderzoekt welke mogelijkheden er zijn rondom palliatieve zorg. (K1006)
- schakelt (pro)actief hulp in van de juiste personen/deskundigen. (K1006)
- kan (inter- en multidisciplinair) samenwerken in de keten en zorg afstemmen met collega's, mantelzorgers in de palliatieve (netwerk)zorg binnen haar eigen beroepsgrenzen. (K1006)

De student is in staat om:

- een discussie te voeren over het belang van interprofessioneel samenwerken in de palliatieve zorg.
- eigen patiënten te presenteren tijdens MDO vanuit de lichamelijke, psychosociale en spirituele dimensie.
- een patiënt over te dragen (rapporteren, bespreken, instrueren) aan andere zorgprofessionals in het kader van continuïteit van zorg.
- vanuit de eigen beroepsgrenzen samen te werken in de keten.

### 2. Voorbereidende opdrachten

De studenten lezen in het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) de onderdelen 2.7 uit domein 2 over coördinatie en continuïteit. Hierbij wordt ook gewezen op relevante begrippen uit het begrippenkader.

In de [Voorbereidende opdracht \(1\)](#) maken studenten een woordwolk of mindmap met de meeste voorkomende woorden die de kern vormen van de begrippen coördinatie en continuïteit van de palliatieve zorg.

In de [Voorbereidende opdracht \(2\)](#) maken de studenten een kort verslag waarin het verschil tussen multidisciplinaire zorg en interprofessionele zorg is en een beschrijving over de wijze waarop binnen de praktijkstage/afdeling invulling gegeven wordt aan multidisciplinaire en/of interprofessionele zorg.

### 3a. Introductie op het thema Coördinatie en continuïteit

Als introductie op het thema kun je gebruikmaken van de [powerpointpresentatie Coördinatie en continuïteit](#) die is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de presentatie interactief in te zetten, kun je de werkvormen naar eigen inzicht toepassen.

Uitwerking van de presentatie:

### Dia 2

Coördinatie van zorg is het samenstellen en in stand houden van een op de individuele hulpvraag toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, diensten en hulp. Dit vloeiende proces wordt ook wel 'continuïteit van zorg' genoemd: een ononderbroken en samenhangend geheel van zorgactiviteiten, gericht op de leefwereld en zorgbehoefte van de patiënt/cliënt/bewoner gedurende het zorgverleningsproces. De continuïteit van zorg stopt niet bij de verpleegafdelingen, maar strekt zich ook uit voorbij de afdelings- en instellingsmuren. Het gaat om zorg zonder hiaten, tegenstrijdigheden en overlappingsen. Bij deze dia kan ook de [Voorbereidende opdracht \(1\)](#) gebruikt worden.

### Dia 5

Samenwerking tussen organisaties en disciplines is nodig om de patiënt (en zijn naasten) met zijn waarden, wensen en behoeften als uitgangspunt en middelpunt van de geboden zorg te nemen, volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg. Voor dit onderdeel kan gebruik gemaakt worden van de animatie [Multidisciplinair samenwerken](#)<sup>1</sup> De animatie gaat over verzorgenden, maar is ook goed bruikbaar voor verpleegkundigen. Stel na afloop bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Wat zijn jouw ervaringen met multidisciplinaire samenwerking.
- Welke disciplines waren aanwezig en hoe was hun inbreng?

Ander voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking:

- PaTzgroepen; de [methodiek PaTz](#) (Palliatieve Thuiszorg) van [Stichting PaTz](#). Deze methodiek helpt bij het in kaart brengen van patiënten in de palliatieve fase en het vormen van zorgplannen, zodat in de praktijk zoveel mogelijk tegemoetgekomen kan worden aan de wensen van de patiënt. [De animatie PaTz](#) legt in 1 minuut uit wat een PaTz-groep doet en betekent.
- [Palliatief-consultatieteams in ziekenhuizen](#).
- [Wat is een palliatief consultatie team](#) in het ziekenhuis en wat is het verschil met de consultatieteams in de eerste lijn?

### Dia 6

Het gesprek met de patiënt en diens naasten over het beleid dat het best bij hem en zijn situatie past, vormt de basis van het dynamisch individueel zorgplan. De gemaakte afspraken worden hierin vastgelegd met aandacht voor het fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welzijn. Simpel en kort als het kan, complex en uitgebreid als het nodig is. Vanuit persoonlijk perspectief kan de patiënt met een gedocumenteerd, geactualiseerd en gemonitord individueel zorgplan meer kennis verwerven over zijn ziekte of kwetsbaarheid, meebeslissen over beleid en behandeling en hier zo mogelijk zelf mee aan de slag gaan. Zo kan hij eigen regie en zelfmanagement behouden of vergroten. Voor de zorgverleners is het overzicht van doelen en afspraken een middel om de continuïteit van zorg te

---

<sup>1</sup> Vilans, 2012

bevorderen en de betrokkenheid van de patiënt en diens naasten in het zorgproces te vergroten, waarbij er aandacht is voor samen beslissen<sup>2</sup>.

Vragen die je kunt stellen aan de studenten:

- Wie heeft al eens met een individueel zorgplan gewerkt?
- Welke items vind je in dit zorgplan?
- Waarom is een individueel zorgplan nodig?
- Wat is de meerwaarde van een individueel zorgplan?

### Dia 7

Als er meerdere zorgverleners bij een cliënt betrokken zijn, is het van belang te regelen wie van hen de coördinatie heeft. Dit kan de persoon zijn die fungeert als aanspreekpunt, maar dat is niet altijd haalbaar.

De zorgverlener met de coördinatiefunctie (de zorgcoördinator) heeft het overzicht van de cliënt en kan zo nodig zelf in actie komen of anderen verzoeken actie te ondernemen. Van situatie tot situatie moet bekeken worden welke zorgverlener het beste als zorgcoördinator kan optreden. De zorgcoördinator is niet noodzakelijkerwijs een arts.

De coördinatiefunctie heeft veel meer een organisatorische en logistieke dan een inhoudelijke betekenis. Coördinatie moet voorkomen dat in de zorgverlening aan de cliënt gaten ontstaan en dat de cliënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. Daarop moet de zorgcoördinator bijzonder alert zijn.

Laat de studenten het begrip centrale zorgverlener onderzoeken. Voorbeelden die onderzocht kunnen worden:

[Centrale zorgverlener bij kinderen met obesitas](#). Op de website vind je de [factsheet](#) vanuit het onderzoek.

[Kennissenetwerk CVA](#)

Onderstaande tekst komt [uit een brochure voor patiënten en naasten](#).

*Omdat er veel zorgverleners bij de zorg betrokken zijn, is het prettig als u één aanspreekpunt, één centrale zorgverlener heeft. Een centrale zorgverlener is bijvoorbeeld een gespecialiseerd verpleegkundige, een huisarts of praktijkverpleegkundige of een maatschappelijk werker. Vraag wie uw centrale zorgverlener is of kan zijn. In de loop der tijd kan de rol van de centrale zorgverlener overgenomen worden door een andere zorgverlener, dat kan wanneer u bijvoorbeeld voor een behandeling naar een revalidatiecentrum in een andere regio gaat. Een centrale zorgverlener helpt om alle zorg die u nodig heeft af te stemmen op uw behoeften en wensen. Hij of zij houdt contact met andere zorgverleners en helpt bij het regelen van de zorg. Ook helpt hij/zij u om meer grip te krijgen op het leven met de ziekte. Bij deze persoon kunt u terecht met uw vragen over de zorg. Ook kan de centrale zorgverlener informatie geven over een CVA, de gevolgen ervan, de zorg die u krijgt of over voorzieningen.<sup>3</sup>*

<sup>2</sup> Pallialine

<sup>3</sup> Brochure palliatieve zorg, informatie voor patiënten en naasten van het CBO in opdracht van Coördinatieplatform Zorgstandaarden, het Zorginstituut Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Tijdens de les kun je onderstaande vragen bespreken of je kunt ze laten beantwoorden als voorbereiding op de les:

- Wat zegt het Kwaliteitskader over de centrale zorgverlener?
- Ken je voorbeelden waar sprake is van een centrale zorgverlener?
- Zijn er overeenkomsten met de centrale zorgverlener bij kinderen met obesitas/CVA netwerk en de beschrijving in het kwaliteitskader?

### Dia 8

[MantelzorgNL](#) is de landelijke vereniging voor iedereen die zorgt voor een naaste. De website van de vereniging biedt informatie en korte filmpjes over alle relevante onderwerpen met betrekking tot mantelzorg. [In de toolkit](#) vind je diverse artikelen over mantelzorg en palliatieve fase. Hieruit kun je zelf een geschikt artikel zoeken om studenten mee te geven of tijdens de les te laten lezen. Er is ook [een toolkit](#) voor studentbegeleiders in het mbo.

### Dia 9

De totale inzet van mantelzorgers in 2019 is berekend op 1,5 miljard uur en de maatschappelijke kosten van de ureninzet worden geraamd op 20,3 miljard euro. Het laten vervangen van alle mantelzorg door publiek gefinancierde zorg, zou ongeveer 44 miljard euro kosten. [Klik hier voor meer feiten en cijfers over mantelzorg.](#)

Vragen die je aan de studenten kunt stellen:

Zijn er studenten die zelf mantelzorger zijn?

Kennen de studenten iemand die mantelzorger is?

Wat valt hen op aan het mantelzorger zijn?

Hebben zij tijdens hun stage/werk te maken gehad met naasten/mantelzorgers?

Denk hierbij ook aan familieparticipatie.

Bezoek voor inspirerende materialen de website van [Zorg voor beter.](#)

### Dia 10

Er zijn diverse meetinstrumenten om (over)belasting bij mantelzorgers te meten.

De [Mantelscan](#) is hier één van.

### Dia 11

[VPTZ Nederland](#) is de koepelorganisatie voor organisaties in de vrijwillige palliatieve terminale zorg. Deze zorg wordt zowel thuis, in hospices en steeds vaker ook in zorginstellingen geboden. [Klik hier](#) voor een interview waar vrijwilligers zelf aan het woord zijn.

### Dia 12

Samen met dia 13 is hier de coördinatie en continuïteit visueel weergegeven.

Het project *Transmuraal zorgpad palliatieve zorg* is een visualisatie van de route die een patiënt doorloopt vanaf de signalering van de palliatieve fase tot en met de nazorg. Over iedere fase wordt informatie gegeven, die is gebaseerd op het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#). Daarnaast wordt verwezen naar [richtlijnen](#), handreikingen en andere hulpmiddelen.

Het transmuraal zorgpad is bedoeld om:

- de palliatieve fase beter te signaleren en markeren, met aandacht voor de kwaliteit van leven;
- de zorg samen met de patiënt en naasten vorm te geven;
- meer proactief in plaats van reactief te werken;
- de overdracht en samenwerking tussen disciplines te verbeteren;
- eenduidige werkafspraken en protocollen te maken;
- te voldoen aan de inkoopcriteria van zorgverzekeraars.

In de dia een voorbeeld aan de hand van het model: Lynn & Adamson. [De link naar de website](#) zit onder het plaatje in de dia.

### Dia 13

Als opdracht kun je de voorbeelden van de paden gebruiken, door bijvoorbeeld door de ene groep het zorgpad te laten bekijken en de ander het [levenspad](#). Wat valt hen dan op?

### Dia 14

Deze uitspraken komen uit het onderzoek van Annemieke Visser (UMCG) onder oncologische patiënten naar continuïteit van zorg.

### 3b. Introductie op het thema Interprofessioneel samenwerken<sup>4</sup>

Als introductie op het thema kun je gebruikmaken van de [powerpointpresentatie Interprofessioneel samenwerken](#) die is opgebouwd uit diverse slides met veel inhoudelijke informatie. Om de presentatie interactief in te zetten, kun je de werkvormen naar eigen inzicht toepassen.

Uitwerking van de presentatie:

### Dia 2

Om adequaat en effectief te kunnen inspelen op de complexe problematiek van mensen in een palliatieve fase volstaat één professional of één zorgaanbieder vaak niet. Het is van belang dat er wordt samengewerkt met verschillende disciplines zowel binnen een zorgorganisatie als buiten een zorgorganisatie. Dat kan door interprofessionele samenwerking.

---

<sup>4</sup> Het kwaliteitskader palliatieve zorg hanteert momenteel nog woorden als multi- en interdisciplinaire samenwerking. De term interdisciplinair is omgezet naar interprofessioneel op basis van Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

Studenten hebben in het kwaliteitskader gelezen over multi-en interdisciplinaire samenwerking. We bewegen ons momenteel naar interprofessioneel samenwerken. Wat bedenken de studenten bij een term als interprofessioneel werken of interprofessionele zorg?

### Dia 3-5

Uitleg van de verschillende termen zoals we deze altijd gehanteerd hebben. Bij *multidisciplinair samenwerken* 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.<sup>5</sup>

Bij *interdisciplinair samenwerken* formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel en hanteren zij een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is. Ook zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair en waardevol. De betrokken professionals leveren als het ware een deel van hun autonomie in. Interdisciplinaire samenwerking gaat verder dan multidisciplinaire samenwerking.<sup>6</sup>

Bij *transdisciplinair samenwerken* vervagen de grenzen van de disciplines omdat men elkaars discipline zo goed kent en men zich in samenspraak en samenwerking gedeeltelijk op elkaars werkteerrein begeeft. Men gaat vakoverschrijdend werken en soms taken van elkaar overnemen voor zover dit kan of nodig is. In een transdisciplinair team is de kennis van elkaars beroepsmatige competenties hoog, wat nuttig is bij het gezamenlijk opmaken van de zorgplanning.<sup>7</sup>

### Dia 6

Bijzonder is dat dit een onderzoek is vanuit de kunsteducatie. Het biedt een overzichtelijk schema van multi- naar transdisciplinair samenwerken. Het schema geeft ordening in begrippen, doelen en werkwijze.<sup>8</sup>

### Dia 7

Door veranderingen in de zorg (zoals vergrijzing, een toename aan chronische ziekten en multimorbiditeit) wordt de zorgbehoefte complexer. (Para)medische en verpleegkundige professionals specialiseren zich steeds verder, waardoor de zorg meer versnipperd is. Het is noodzakelijk de kosten in de zorg te beperken en zorg moet daarom met minder mensen en minder middelen duurzaam georganiseerd worden.

Waar voorheen de focus lag op ziekte en herstel, verschuift deze naar een denken waarin het functioneren, de veerkracht en eigen regie van de burger centraal

<sup>5</sup> IKNL/Pallactief (2020), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, pag. 79

<sup>6</sup> IKNL/Pallactief (2020), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, pag. 79

<sup>7</sup> Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn, I. Dankers, 2015

<sup>8</sup> Begrippen en definities van interdisciplinair werken, [ArteZ](#)



staan. De plek waar zorg plaatsvindt, verschuift van de tweede naar eerste en nulde lijn. Deze verschuivingen zijn van invloed op de manier waarop we samenwerken. Samenwerking vindt meer in netwerkstructuren plaats waarbij de patiënt centraal staat en teamwork rondom arrangementen van zorg- en welzijnsprofessionals en in wisselende samenstelling de standaard is.<sup>9</sup>

Bij interprofessioneel samenwerken formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel en hanteren zij een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is. Ook zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair. De betrokken professionals leveren als het ware een deel van hun autonomie in ten behoeve van het gezamenlijke doel. Het uitgangspunt voor interprofessionele samenwerking is dat de patiënt hierin participeert.<sup>10</sup>

### Dia 8

Het [Model interprofessioneel samenwerken](#) is ontwikkeld vanuit het O<sup>2</sup>PZ-programma (Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg). Palliatieve zorg is bij uitstek zorg die interprofessioneel wordt verleend aan de patiënt en diens naasten, waarbij verschillende zorgverleners als team samenwerken rondom de patiënt. Hierbij kunnen activiteiten door verschillende zorgprofessionals en het informeel netwerk worden uitgevoerd. Een interprofessionele benadering gaat in principe uit van zorg verleend door professionals uit meerdere disciplines en uit het informeel netwerk. Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 beperkt zich tot de disciplines zorg, verpleegkunde en geneeskunde.

### Dia 9

Laat de studenten in viertallen kijken naar het team waar zij werken of stagelopen zich bevindt aan de hand van het schema uit ArteZ (zie dia 6 van deze presentatie, mogelijk uitdelen) en de definitie van interprofessioneel samenwerken. Welke disciplines zijn erbij betrokken? Denk hierbij ook aan generalisten, specialisten etc.

Andere vragen aan de studenten kunnen zijn:

Hoe kun jij als zorgverlener hierin jouw rol vervullen?

Wat kun jij doen om interprofessioneel samenwerking te bevorderen?

## 4. Achtergrondmaterialen

- *Landelijk kwaliteitskader palliatieve zorg*  
Uitgangspunt voor de ontwikkeling van het landelijk kwaliteitskader palliatieve zorg is: Wat vinden wij als vertegenwoordigers van patiënten en hun naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn? Je vindt het Kwaliteitskader Palliatieve zorg [hier](#).
- *Begrippen en definities van interdisciplinair werken*

<sup>9</sup> Radboudumc- Marjon Breteler MEd

<sup>10</sup> O<sup>2</sup>PZ, Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0, 2020



José Huibers, Margreet Luitwieler, Nicole Martinot en Anneke Meijers.  
Docenten interfaculteit ArtEZ Hoge School voor de Kunsten, Arnhem 2010-2012. Je vindt dit document [hier](#).

- *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*  
Giannoula Tsakitzidis en Paul Van Royen, jaartal 2012. ISBN nr. 9789034194572. Je vindt het document [hier](#).
- *Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0*
- Hierin zijn naast CanMEDS-rollen en gedragskenmerken ook koppelingen te vinden naar het kwalificatiedossier Verzorgende (IG) en MBO-verpleegkundige. Je kunt de raamwerken los per niveau downloaden via [Palliaweb](#).

### 5. Inspirerende onderwijsmaterialen

Bij dit thema zijn meerdere achtergrond- en onderwijsmaterialen verzameld. Je kunt deze vinden door op onderstaande link te klikken.

Klik hier voor inspirerende onderwijsmaterialen

