



**Netwerk
Palliatieve Zorg**
regio Gelderse Vallei

**Regionale richtlijn
Huisbezoeken in de palliatieve fase;
Palliatief Huisbezoek
2017**

*Regionale afspraken over Palliatieve Huisbezoeken binnen het Netwerk Palliatieve Zorg
voor zorgverleners en verantwoording*

1

Datum richtlijn: 2017.

Methodiek: consensus based

Verantwoording: Werkgroep KETENOPTIMALISATIE 2016-2017; Palliatief Huisbezoek

Geaccordeerd in het bestuurlijk overleg van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei op 11 september 2017.

COLOFON

Uitgave van
Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei september 2017



Werkgroep Ketenoptimalisatie 2016: 'Palliatief Huisbezoek'

Nella Oudijn	Gespecialiseerd verpleegkundige oncologie / palliatieve zorg bij Vitras, palliatief consulent consultatieteam Vallei & Veluwe
Jolanda Prins	Verpleegkundig specialist Ziekenhuis Gelderse Vallei; palliatief consulent consultatieteam Vallei & Veluwe, palliatief consulent Palliatief Team Ziekenhuis Gelderse Vallei
Arrien van Prooijen	Oncologieverpleegkundige en consulent bij Care for Cancer
Sietske Vijselaar Wilma van Dinther	Verpleegkundige in de wijk bij Icare tot december 2016 Verpleegkundig Specialist bij Icare vanaf december 2016
Els van der Wekken	Wijkverpleegkundige /gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg bij HdsZorg
Carin de Ruijter-Oosterman	Gespecialiseerd verpleegkundige COPD bij Opella
Ria van den Broek	Kaderhuisarts Palliatieve Zorg, palliatief consulent consultatieteam Vallei & Veluwe, Huisarts NP

2

Doelstelling bij opdracht aan de werkgroep:

Het Netwerk PZGV definieert het Palliatief Huisbezoek, doet aanbevelingen voor de borging van dit aanbod binnen de Netwerkorganisatie en vraagt alle Netwerkpartners een bijdrage te leveren in het aanbod en het verwijzen naar een Palliatief Huisbezoek. Het Netwerk PZGV wil op basis van de richtlijn die daarbij opgesteld wordt, komen tot een regionaal gedragen afspraak met Netwerkpartners.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
1 Achtergrond bij de totstandkoming van de richtlijn.....	5
2 ‘Huisbezoeken in de palliatieve fase’ binnen het Netwerk Palliatieve Zorg regio GV	7
3 Kwaliteitscriteria 2017	11
4 Richtinggevende documenten en verantwoording	13
Samenvatting.....	16

Inleiding

Uit een knelpuntenanalyse in 2015 binnen de kerngroep van het Netwerk PZGV blijkt dat het aanbod van palliatieve huisbezoeken aan patiënten en hun naasten bij verschillende doelgroepen niet of onvoldoende systematisch onder de aandacht van hulpverleners en gebruikers wordt gebracht. Veel niet-oncologische patiënten missen daarom adequate ondersteuning in de thuissituatie in de palliatieve fase. Tegelijkertijd zijn er nog steeds veel oncologische palliatieve patiënten thuis die niet op de hoogte zijn van een Palliatief Huisbezoek. Er bestaat geen landelijke richtlijn voor palliatieve huisbezoeken, maar er bestaan veel parallellen met het continuïteitshuisbezoek beschreven door het IKNL¹ en enkele Netwerken Palliatieve Zorg hebben het Palliatief Huisbezoek beschreven².

Hoofdstuk 1 gaat in op de achtergrond en uitgangspunten bij de totstandkoming van de huidige richtlijn. In hoofdstuk 2 presenteren we de praktische uitwerking van de huisbezoeken in de palliatieve fase en de regionale afspraken over het Palliatief Huisbezoek. In hoofdstuk 3 beschrijven we de kwaliteitscriteria waaraan wijkverpleegkundigen moeten voldoen volgens de werkgroep om huisbezoeken af te leggen. Ook vindt u hier de criteria waaraan zorginstellingen moeten voldoen om deel te nemen aan de regionale afspraak: 'Huisbezoeken in de palliatieve fase'. Hoofdstuk 4 geeft een kort overzicht van de gebruikte instrumenten en achtergrondinformatie (literatuur en websites).

De regionale richtlijn is bedoeld voor verwijzers (intra- en extramuraal) en thuiszorgaanbieders in de palliatieve zorg. Een Expertgroep zal jaarlijks of op verzoek uit het Netwerk deze richtlijn op actualiteit en bruikbaarheid bekijken. Borging van de gewenste kwaliteit en evaluatie van de afspraken wordt minimaal jaarlijks met de betrokken thuiszorgorganisaties en hun (gespecialiseerde) wijkverpleegkundigen besproken. Indien de ontwikkeling van PaTz-groepen binnen het Netwerk een grote vlucht neemt, verwacht de werkgroep dat deze samenwerkingsafspraken op termijn verdwijnen omdat zij borging vinden in de afspraken binnen PaTz-groepen. De regionale richtlijn wordt gepubliceerd op de Netwerksite en via PalliArts onder de regionale 'transmurale' afspraken (RTA).

Dank gaat uit naar leden van de werkgroep die met hun kritische blik en geduld hebben bijgedragen aan deze richtlijn.

We zijn er gezamenlijk van overtuigd dat een tijdige inzet van het Palliatief Huisbezoek bijdraagt aan een beter niveau van palliatieve zorg aan patiënt en naasten en aan de afstemming tussen zorgverleners.

Anja Oostveen, Netwerkcoördinator

¹ *Huisbezoeken aan de cliënt met kanker en het cliëntsysteem*: Taakgroep Eerste Lijn, Regionaal Overleg Oncologieverpleegkundigen (ROOV) en het Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN), juni 2004.

² Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden

1 Achtergrond bij de totstandkoming van de richtlijn

Aanleiding en huidige situatie

Binnen het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei (Netwerk PZGV) heeft een werkgroep³ in 2011 de afspraken en het onderliggend protocol uit 2006 over continuïteitshuisbezoeken in de oncologie herzien in samenspraak met de oorspronkelijke initiatiefnemers. De werkwijze en het bijbehorende protocol van oncologische huisbezoeken (continuïteitshuisbezoeken) zijn destijds door deze werkgroep geactualiseerd.

Binnen de regio Gelderse Vallei is in 2012 een projectgroep in het kader van het project 'Ketenzorg Oncologie' gestart waarin kwaliteitsverhoging, naadloze overgang en samenwerking tussen de 1^e- en 2^e lijns zorgaanbieders beoogd werd. De Netwerkbrede afspraken uit 2011 over de oncologische en palliatieve huisbezoeken zijn meegenomen in dit traject. Met de beschrijving en uitvoering van dit proces is een kwaliteit slag gemaakt binnen de oncologische zorgverlening in de curatieve en palliatieve fase. De resultaten van dit project zijn later overgedragen aan het MuON⁴ project. In 2012 is de folder 'Continuïteitshuisbezoeken' als resultaat van de nieuwe beslisboom en de toetreding van een nieuwe zorgaanbieder binnen het project 'Ketenzorg Oncologie' vervangen door de folder 'Oncologisch huisbezoek'. Deze wijziging bleek bij nader inzien verwarrend en heeft de doelgroep voor een huisbezoek 'smaller' gemaakt door zich te beperken tot de oncologische doelgroep. Tevens werd de continuïteit niet altijd gewaarborgd omdat deze diensten niet altijd ingebed waren binnen de thuiszorgorganisatie.

In de loop der jaren signaleerden de professionals van het Netwerk PZGV dat de niet-oncologische palliatieve patiënten⁵ ook baat hebben bij een dergelijk huisbezoek waarbij ondersteuning en proactieve zorgplanning centraal staan, juist in de palliatieve fase.

5

Gewenste situatie; meerwaarde van het Palliatief Huisbezoek

Elke palliatieve patiënt en naaste(n) krijgen na een slechtnieuwsgesprek, continuïteit van aandacht en zorg thuis aangeboden om vroegtijdig te anticiperen op het naderende levenseinde en rouw, waardoor paniek en onnodige interventies voorkomen worden.

De patiënt en naasten brengen zo goed en aangenaam mogelijk de resterende tijd door met elkaar op de gewenste locatie.⁶

Continuïteit veronderstelt een naadloze aansluiting tussen 1^e- en 2^e lijns zorgaanbieders én omgekeerd. Een huisbezoek in de palliatieve fase vormt hierbij een belangrijk instrument.

Het huisbezoek in de palliatieve fase:

De werkgroep gebruikt onderstaande definitie bij de totstandkoming van de huidige richtlijn.

“Een huisbezoek waarin er (gespecialiseerde) wijkverpleegkundige ondersteuning en continuïteit van zorg wordt geboden aan patiënten en hun naasten waarbij er sprake is van niet-onverwacht overlijden (palliatieve fase)⁷.”

³ Netwerkbrede afspraken continuïteitshuisbezoeken in de oncologische zorgketen(o.a. afgevaardigden uit de thuiszorg, IKNL, Huisartsenorganisatie).

⁴ Multidisciplinair Oncologie Netwerk; www.kankerinderegio.nl

⁵ Voor de leesbaarheid wordt in deze richtlijn alleen gesproken over patiënten. Hiermee worden ook cliënten, bewoners of zorgvragers bedoeld.

⁶ Folder huisbezoeken Haaglanden

⁷ Rapport Palliatieve zorg in beeld, IKNL 2014 (blz. 85) en Zorgmodule PZ: surprise question.

De zorg is gericht op het tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase, voortgang van de ziekte en/ of palliatieve behandeling⁸. Het voorziet in continuïteit van palliatieve zorg op alle domeinen van deze zorg, waarbij de patiënt naadloze aansluiting ervaart tussen 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders.

Brochure als weergave van de afspraken

De werkgroep heeft een brochure ontwikkeld, die u aantreft in de literatuurverwijzing, waarin kort beschreven staat:

- ✓ Bij welke vragen en problemen huisbezoeken zinvol kunnen zijn voor patiënten en hun naasten en wat zij kunnen verwachten van het huisbezoek;
- ✓ door wie patiënten kunnen worden aangemeld voor huisbezoeken;
- ✓ welke organisaties in de regio deze zorg aanbieden.

De brochure is geschreven om patiënten, naasten en verwijzers te informeren over het Palliatief Huisbezoek.

⁸ IKNL continuïteitshuisbezoek oncologie

2 'Huisbezoeken in de palliatieve fase' binnen het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei

Doel 'Huisbezoeken in de palliatieve fase'

Het doel van de Palliatieve Huisbezoeken laat zich zoals eerder geformuleerd bij de gewenste situatie als volgt omschrijven:

Elke palliatieve patiënt en naaste(n) krijgen na een slechtnieuwsgesprek, continuïteit van aandacht en zorg thuis aangeboden om vroegtijdig te anticiperen op het naderende levenseinde en rouw, waardoor paniek en onnodige interventies voorkomen worden.

De zorg is gericht op het tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase, voortgang van de ziekte en/ of palliatieve behandeling⁹. Het voorziet in continuïteit van palliatieve zorg op alle domeinen van deze zorg, waarbij de patiënt naadloze aansluiting ervaart tussen 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders.

Doelgroep 'Palliatief Huisbezoek'

De doelgroep die we onderscheiden¹⁰:

Alle patiënten in de palliatieve fase van hun ziekten en hun naasten, ongeacht het onderliggend ziektebeeld (oncologisch, neurodegeneratief, aandoeningen zoals ALS, MS; hartfalen; COPD; dementie; kwetsbare ouderen).

Effect 'Huisbezoeken'

Door het preventieve en informatieve karakter van de bezoeken kan de wijkverpleegkundige

- ✓ begeleiden in het maken van keuzes betreffende behandeling, afscheid nemen en overlijden,

samen anticiperen op het ontstaan van problemen zoals:

- ✓ vermoeidheid;
- ✓ pijn;
- ✓ verminderde mobiliteit;
- ✓ klachten in denk- en waarnemingspatroon;
- ✓ overbelasting van de mantelzorg;
- ✓ vragen over het einde van het leven en sterven;
- ✓ de gewenste locatie van het overlijden

Het vroegtijdig contact met de wijkverpleging werkt drempelverlagend. De patiënt weet wat de thuiszorgorganisatie te bieden heeft en hoe deze hulp tijdig kan worden ingeschakeld. De patiënt en naasten brengen zo goed en aangenaam mogelijk de resterende tijd door met elkaar op de gewenste locatie.¹¹

Werkwijze: afspraken over de inhoud van de 'Huisbezoeken'

⁹ IKNL continuïteitshuisbezoek oncologie

¹⁰ Rapport Palliatieve zorg in beeld, IKNL 2014

¹¹ Folder huisbezoeken Haaglanden

Het aantal huisbezoeken is afhankelijk van de behoefte van de patiënt en zijn naasten. Factoren die een rol spelen zijn: de complexiteit van de situatie en de inzet van naasten en professionals.

De wijkverpleegkundige die het huisbezoek brengt:

- ✓ Is een vraagbaak en gesprekspartner voor de palliatieve patiënt en zijn naaste(n).
- ✓ Kijkt op gestructureerde wijze naar signalen van (dreigende) zorgproblemen, symptomen en belasting die samenhangen.

In het eerste huisbezoek gaat het om kennismaken, vertrouwen opbouwen, peilen van de behoefte van de patiënt en zijn naasten, ingaan op vragen en, indien gewenst, informeren over de zorg en de ondersteuningsmogelijkheden in de regio.

In het huisbezoek heeft de wijkverpleegkundige oog en oor voor de vier dimensies van palliatieve zorg: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel en sluit aan bij de behoeften van cliënt en naaste(n). Na het eerste huisbezoek beslissen patiënt en naaste(n) samen met de wijkverpleegkundige of een volgend huisbezoek wenselijk is en zo ja wanneer.

Na (of tijdens) het eerste huisbezoek maakt de wijkverpleegkundige een individueel zorgplan en bespreekt deze met patiënt (+ ondertekenen). Ook wordt er een afspraak gemaakt en toestemming gevraagd om informatie te delen met andere zorgverleners, waarbij de huisarts een belangrijk aanspreekpunt is

Aandachtspunten en hulpmiddelen bij een huisbezoek

- ✓ Streven naar het betrekken en stimuleren van informele zorg. Tijdens de intake inventariseert de wijkverpleegkundige het sociaal netwerk en geeft indien nodig informatie over versterken van het sociaal netwerk en de inzet van vrijwilligers. In de regio Gelderse Vallei zijn er veel gemotiveerde en goed opgeleide vrijwilligers die kunnen ondersteunen (via VPTZ¹² en NPV¹³) Voor meer praktische hulp wordt veelal gebruik gemaakt van vrijwilligersgroepen vanuit een kerk, HIP¹⁴ en het NPV. De ervaring leert dat voorlichting door een zorgverlener over vrijwilligerswerk in een vroeg stadium wenselijk is en niet alleen voor de terminale zorg.
- ✓ Er zijn veel (meet)instrumenten en vragenlijsten die (een aspect van) kwaliteit van leven meten en geschikt zijn voor toepassing in de palliatieve zorg. Voorbeelden zijn:
 - ✓ Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD)
 - ✓ De Lastmeter
 - ✓ De Ervaren Druk Door Informele Zorg (EDIZ)
 - ✓ Methodiek van besluitvorming in de palliatieve fase (IKNL)

¹² Vrijwillige Palliatieve Terminale Thuiszorg

¹³ Nederlandse Patiënten Vereniging

¹⁴ HIP: HiP is een sterk groeiend netwerk van kerkleden en parochianen die in hun eigen buurt vrijwillig hulp bieden aan mensen in nood.
<http://stichtinghip.nl/over-hip.html>

Procedure

Aanmelden

Patiënten in de palliatieve fase die nog geen thuiszorg nodig hebben, worden door een Verpleegkundig Specialist, een verpleegkundige op de poli of afdeling van het ziekenhuis, een transferverpleegkundige of door de specialist of huisarts geïnformeerd over de mogelijkheid van een Palliatief Huisbezoek en ontvangen de informatiefolder van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei over deze huisbezoeken.

Indien de patiënten al zorg ontvangen kunnen de zorgverleners van de wijkverpleging hen hier op wijzen. De wijkverpleegkundige die een Palliatief Huisbezoek brengt, kan van een andere thuiszorgorganisatie zijn dan waarvan men de zorg ontvangt¹⁵.

Patiënten kunnen op twee manieren aangemeld worden voor het huisbezoek in de palliatieve fase bij een van de in de folder genoemde thuiszorginstellingen:

1. Als de patiënt toestemming geeft, kan de zorgverlener / verwijzer een aanmelding doen, via Zorgspoor of telefonisch.
2. De patiënt of naaste kan zelf contact opnemen met één van de thuiszorginstellingen die in de folder staan.

Bij de aanmelding worden in ieder geval de volgende gegevens doorgegeven:

- Naam en contactgegevens van de patiënt
- BSN nummer
- Diagnose en prognose
- Contactgegevens verwijzer

De wijkverpleegkundige neemt binnen één week na ontvangst van de aanmelding contact op met de patiënt of naaste en maakt een afspraak. Indien het contact eerder gewenst is, dan wordt dit op de aanvraag vermeld.

Verslaglegging en terugkoppeling

De wijkverpleegkundige stelt na de intake, in overleg met de patiënt, een zorgplan op. Zij rapporteert elk huisbezoek op de doelen in het digitale dossier.

De patiënt en naaste kunnen inzagerecht krijgen in de rapportage via het rapportagesysteem van de thuiszorgorganisatie (bijvoorbeeld CarenZorg).

Indien de patiënt overgedragen wordt naar 1^e lijn (terminale fase), zal er in principe geen terugkoppeling meer zijn naar de 2^e lijn. Het palliatief team van het ziekenhuis heeft meestal nog eenmalig telefonisch contact met de patiënt om te beoordelen of de opvolging thuis naar wens verloopt. Indien er nog palliatieve behandelingen aangeboden worden door de 2^e lijn, zal met de betrokken hulpverlener afgestemd worden hoe de terugkoppeling van de huisbezoeken vorm gegeven zal worden.

Financiering 'Huisbezoeken'

Er zijn voor de patiënten geen kosten aan deze bezoeken verbonden.

¹⁵ dit is geen probleem wanneer één van beide betrokken organisaties het bij de ander via een contract regelt.

Huisbezoeken kunnen door thuiszorginstellingen geregistreerd worden als:

- ✓ Advisering / instructie/ begeleiding; gesprekken gericht op zelfmanagement van de patiënt en met een preventief karakter.
- ✓ Daarnaast kan een huisbezoek dienen als een kennismakingsgesprek bij de start van zorg bij palliatieve patiënten (Zvw: zorgverzekeringswet).

De huisbezoeken worden sinds 1 januari 2015 vanuit de Zvw gefinancierd. Voor deze zorg hoeft de patiënt dus geen eigen bijdrage te betalen via CAK en het gaat ook niet ten koste van het eigen risico van de patiënt.

3 Kwaliteitscriteria 2017

Wie brengen er 'huisbezoeken'?

Verwijzen gebeurt alleen als er onderling vertrouwen is. Het gaat dan vooral om het vertrouwen dat een dienst die een andere organisatie of persoon levert kwalitatief goed is en integer gebeurt. Het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei heeft in 2016 daarom samen met de werkgroep een aantal randvoorwaarden beschreven voor de wijkverpleegkundigen en de thuiszorginstellingen die deze huisbezoeken uitvoeren.

De volgende Kwaliteitscriteria voor wijkverpleegkundigen die huisbezoeken brengen zijn vastgesteld:

- ✓ Wijkverpleegkundigen die op huisbezoek gaan, hebben aantoonbare deskundigheid en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Uitgaande van de competenties in het Beroepsprofielcode voor de verpleegkundige palliatieve zorg (V&VN PV) gaat het bij huisbezoeken in de palliatieve fase om specialistische zorg waarvoor niveau 5 of niveau 6¹⁶ is vereist.

Deskundigheid en ervaring moeten blijken uit:

- ✓ Wijkverpleegkundigen die Palliatieve Huisbezoeken brengen, voldoen aan het volgende deskundigheidsniveau: 'Bekwaam' = (hbo) gediplomeerd, gevorderd verpleegkundigen, niveau B- plus¹⁷.
- ✓ Wijkverpleegkundigen die huisbezoeken brengen, verlenen met regelmaat zorg aan palliatieve patiënten en zij doen dat volgens de landelijke richtlijnen voor Palliatieve Zorg (www.pallialine.nl).

Welke organisaties staan in de brochure 'Palliatief Huisbezoek'?

Thuiszorgorganisaties die opgenomen worden in de brochure voor het uitvoeren van deze huisbezoeken in de palliatieve fase voldoen aan de volgende criteria:

- ✓ De organisatie heeft de samenwerkingsovereenkomst met het Netwerk PZGV getekend en daarmee de Visie, Missie en Waarden¹⁸ van het Netwerk PZGV onderschreven.
- ✓ Dit betekent concreet dat de geboden zorg wordt verleend volgens de professionele standaarden en aansluit bij de wensen en behoeften van de zorgvrager. Daarnaast onderschrijven de Netwerkpartners door het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst het belang van samenwerking in de regio met andere Netwerkpartners.
- ✓ De organisatie heeft deskundige wijkverpleegkundigen of verpleegkundig specialisten in dienst om de huisbezoeken uit te voeren.
- ✓ De organisatie volgt de procedure voor aanmelding en terugkoppeling. Wanneer de procedure niet toereikend is voor de praktijk, wordt de Netwerkcoördinator op de hoogte gesteld.
- ✓ De organisatie creëert optimale randvoorwaarden (voldoende tijd voor voorbereiding, uitvoering, terugkoppeling en afronding) voor dit type huisbezoek.

¹⁶ NLQF-niveau 6 in nieuwe opleidingsprofiel hbo-v.

¹⁷ Zie voor de nadere omschrijving: "Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg" V&VN 2010: december 2010 Angelique de Wit, Marie-Christine Koelewijn-Vissers en Anja Guldemond-de Jong.

¹⁸ [Visie, Missie en Waarden Netwerk](#).

- ✓ De organisatie geeft inzicht in het organisatiebeleid/ teambeleid t.a.v. de palliatieve huisbezoeken en geeft aan welke hulpmiddelen er gebruikt worden binnen de organisatie.

4 Richtinggevende documenten en verantwoording

Meetinstrumenten

Er zijn veel (meet)instrumenten en vragenlijsten die (een aspect van) kwaliteit van leven meten en geschikt zijn voor toepassing in de palliatieve zorg. Voorbeelden zijn:

- ✓ Het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) Het USD is een vertaling van de Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) en kan helpen bij bepaling van symptomen die veel voorkomen bij palliatieve patiënten. [Utrecht Symptoom Dagboek](#)
- ✓ De Lastmeter is een onderdeel van de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' (IKNL). Het is een vragenlijst om bij patiënten met kanker de behoefte aan psychosociale/paramedische zorg te signaleren. De Lastmeter is een signaleringsinstrument dat door de patiënt zelf kan worden ingevuld. [Lastmeter](#)
- ✓ De Ervaren Druk Door Informele Zorg – plus is een voorbeeld van een relatief kort en eenvoudig instrument dat kan worden gebruikt om de ervaren belasting van mantelzorgers in kaart te brengen. [Meetinstrument belasting EDIZ – plus met instructie.pdf](#)

Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg

In 2010 heeft Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Palliatieve Verpleegkunde (V&VN PV) een competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg uitgebracht (Wit, A. e.a., 2010). In de Competentiebeschrijving wordt het functioneren van verpleegkundigen palliatieve zorg beschreven in zeven gebieden:

vakinhoudelijk handelen;
communicatie;
samenwerking;
kennis en wetenschap;
maatschappelijk handelen;
organisatielidmaatschap;
professionaliteit.

Met de beroepscode als uitgangspunt wordt het concrete verpleegkundige gedrag beschreven zoals dat wenselijk is in de palliatieve zorg.

Deze competentiebeschrijving kent drie deskundigheidsniveaus en ziet er in schema als volgt uit.

Deskundigheidsniveau	Doelgroep	Omschrijving
A	Niet gediplomeerd	In opleiding
	Gediplomeerd	Werkzaam in algemene zorgomgeving, incidenteel pz
B	Gevorderd Vervolgopleiding	Algemene zorgomgeving, regelmatig pz specialistische zorgomgeving
B+	Palliatief verpleegkundig consulent	Ervaring, overstijgend denkniveau,
C	Expert palliatieve zorg Wetenschappelijk onderzoek, Beleidsontwikkeling, Onderwijs	Verpleegkundig Specialist

Deskundigheidsniveau A:

herkennen van verpleegkundige problemen, inschakelen van anderen die meer deskundig zijn

Deskundigheidsniveau B:

herkennen en begeleiden van patiënten en naasten

Deskundigheidsniveau B+:

herkennen en begeleiden en anticiperen op verpleegkundige problemen en verdiepen in de complexe zorg

Deskundigheidsniveau C

herkennen en begeleiden en anticiperen en verdiepen met nadruk op actief participeren in innovatie en kwaliteit

De letters van de deskundigheidsniveaus worden ook wel als volgt omschreven:

Aandacht voor alledaagse zorgvragen

Generalistische zorg (stabiel)

Begeleidings- en interventiebehoeften +/- professionele noodzaak

Specialistische zorg (oncomfortabel, kwetsbaar)

Crisis situaties

Expert zorg (instabiel)

De competentiebeschrijving wordt door V&VN PV gezien als hulpmiddel in de de ontwikkeling van beginnend naar expert verpleegkundige (Zie model van Benner) .

Literatuur en websites

CBO, in opdracht van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden en het Kwaliteitsinstituut en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0* (2013) De Zorgmodule Palliatieve Zorg is alleen digitaal beschikbaar via: [Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0](#)

IKNL Continuïteitsbezoek, digitaal beschikbaar via:

http://www.werkgroepeniknl.nl/Amsterdam/werkgroepen/verpleegkundigen_oncologische_thuiszorg/index.php?id=6491

Wit, A. de, Koelewijn-Vissers, M.C., Guldmond-de Jong, A. (2010), Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg, V&VN Palliatieve Verpleegkunde, digitaal beschikbaar via:

[Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de pall. zorg V&VN PV 2010](#)

USD:

[Utrechts Symptoom Dagboek \(USD\)](#)

<https://hospicedemeter.nl/kenniscentrum/kennisthemas/usd4d/>

Detectoren psychosociale zorg:

[Lastmeter](#)

<https://iknl.nl/oncologische-zorg/nazorg/psychosociale-zorg>

Ervaren druk door informele zorg:

[Ervaren druk door Informele Zorg \(EDIZ\)](#)

<http://www.invoorzorg.nl/ivz/tool-ervaren-druk-door-informele-zorg-ediz-.html>

Competentiebeschrijving voor verpleegkundige in de palliatieve zorg:

[Model van Benner: van beginner naar expert](#)

<https://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg.pdf>

Regionale richtlijn Haaglanden en [Netwerk Haaglanden \(brochure\)](#)

[Brochure Palliatief Huisbezoek](#) Netwerk palliatieve zorg regio Gelderse Vallei gepubliceerd op website Netwerk palliatiev Zorg regio Gelderse Vallei en in PalliArts.

Samenvatting

Uit een knelpuntenanalyse in 2015 binnen de kerngroep van het Netwerk Palliatieve Zorg regio Gelderse Vallei blijkt dat het aanbod van palliatieve huisbezoeken aan patiënten en hun naasten bij verschillende doelgroepen niet of onvoldoende systematisch onder de aandacht van hulpverleners en gebruikers wordt gebracht.

In 2016 en 2017 heeft een werkgroep binnen het Netwerk zich gebogen over de opdracht:

‘Het Netwerk PZGV definieert het Palliatief Huisbezoek, doet aanbevelingen voor de borging van dit aanbod binnen de Netwerkorganisatie en vraagt alle Netwerkpartners een bijdrage te leveren in het aanbod en het verwijzen naar een Palliatief Huisbezoek’.

Doelstelling is daarbij op basis van de richtlijn die daarbij opgesteld wordt, te komen tot een regionaal gedragen afspraak met Netwerkpartners.

De werkgroep hanteert de onderstaande doelstelling op patiëtniveau:

“Elke palliatieve patiënt en naaste(n) krijgen na een slechtnieuwsgesprek, continuïteit van aandacht en zorg thuis aangeboden om vroegtijdig te anticiperen op het naderende levenseinde en rouw, waardoor paniek en onnodige interventies voorkomen worden.”

De zorg is gericht op het tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase, voortgang van de ziekte en/ of palliatieve behandeling¹⁹. Het voorziet in continuïteit van palliatieve zorg op alle domeinen van deze zorg, waarbij de patiënt naadloze aansluiting ervaart tussen 1^e en 2^e lijns zorgaanbieders.

De leden van de werkgroep zijn van mening dat vertrouwen in de kwaliteit van het Palliatief Huisbezoek voortkomen uit een bepaald opleidingsniveau van de professional die een huisbezoek aflegt. In de richtlijn is dit als volgt verwoord:

“Wijkverpleegkundigen die op huisbezoek gaan, hebben aantoonbare deskundigheid en ervaring op het gebied van palliatieve zorg. Uitgaande van de competenties in het Beroepsprofielcode voor de verpleegkundige palliatieve zorg (V&VN PV) gaat het bij huisbezoeken in de palliatieve fase om specialistische zorg waarvoor niveau 5 of niveau 6 (NLQF systematiek) is vereist.”

16

De richtlijn is voorgelegd aan alle aangesloten thuiszorgorganisaties binnen het Netwerk. Een groot deel van de thuiszorgorganisaties is van mening dat zij dit product kunnen en willen bieden. Zij onderschrijven daartoe ook de geschetste werkwijze en procedure in de richtlijn.

De werkgroep heeft een brochure ontwikkeld, als weergave van de regionale afspraken, waarin kort beschreven staat:

- ✓ Bij welke vragen en problemen huisbezoeken zinvol kunnen zijn voor patiënten en hun naasten en wat zij kunnen verwachten van het huisbezoek;
- ✓ door wie patiënten kunnen worden aangemeld voor huisbezoeken;
- ✓ welke organisaties in de regio deze zorg aanbieden.

De werkgroepleden zijn er gezamenlijk van overtuigd dat een tijdige inzet van het Palliatief Huisbezoek bijdraagt aan een beter niveau van palliatieve zorg aan patiënt en naasten en aan de afstemming tussen zorgverleners.

¹⁹ IKNL continuïteitshuisbezoek oncologie