

Communicatie rondom het levenseinde blijkt een lastige competentie voor verzorgenden en verpleegkundigen

Ingrid van Zuilekom M.Ed¹, dr. Madeleen Uitdehaag¹

Samenvatting (Nederlands)

Het kwaliteitskader Palliatieve zorg beschrijft als standaard: Proactieve zorgplanning wordt tijdig en op passende wijze aan de orde gesteld, bij voorkeur door de hoofdbehandelaar of centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten. Voor het palliatief adviesteam van een thuiszorgorganisatie in het oosten van Nederland is in drie deelonderzoeken onderzocht hoe verzorgenden en verpleegkundigen (V&V) proactieve zorgplanning in de praktijk vormgeven. In de deelonderzoeken zijn diverse onderzoeksmethoden toegepast: interviews, vragenlijsten en focusgroepen. In totaal hebben 238 V&V deelgenomen: 4 in interviews, 185 door het invullen van een vragenlijst en 49 in focusgroepen. Uit de resultaten blijkt dat V&V afwachtend zijn in het aangaan van gesprekken over wensen en behoeften. Dit gesprek wordt niet structureel gepland bij zorgvragers die in aanmerking komen voor een palliatieve zorgbenadering. Voornamelijk hbo²-verpleegkundigen spreken vroegtijdig over het lijden (59%) en overlijden (55%) in de toekomst. Mbo³-verzorgenden niveau 3 stellen deze onderwerpen het minst aan de orde, resp. 11% en 9%. V&V maken tot op heden geen gebruik van gesprekstools, maar alle drie de geselecteerde gesprekshulpen 1) Gesprekswijzer Proactieve zorgplanning, 2) Flowchart en 3) Wensenboekje lijken als set implementeerbaar in de thuiszorgorganisatie.

Samenvatting (Engels)²

The quality framework Palliative care describes as standard: Proactive care planning is addressed in a timely and appropriate manner, preferably by the main professional or central care provider or by the patient and his relatives. For the palliative advisory team

¹ Hogeschool Saxion, Deventer/Enschede

² HBO: Hoger beroepsonderwijs

³ MBO: Middelbaar beroepsonderwijs

of a home care organization in the east of the Netherlands, three sub-studies investigated how nurses and certified nurses perform proactive care planning in practice. Various research methods were applied in the sub-studies: interviews, questionnaires and focus groups. A total of 238 nurses and certified nurses participated: 4 in interviews, 185 in a questionnaire and 49 in focus groups. The results show that (certified) nurses are cautious when entering into discussions about wishes and needs. These discussions are not structurally planned by all care recipients who are eligible for a palliative care approach. Especially, bachelor nurses speak early about the suffering (59%) and death (55%) in the future, whereas certified nurses level 3 addressing these subjects the least, resp. 11% and 9%. Up to now, (certified) nurses do not use conversation aids. All three selected conversation aids by this care organization 1) Conversation guide Proactive care planning, 2) Flowchart and 3) Wish booklet seem to be able to implement as a set.

Trefwoorden:

Communicatie, levenseinde, palliatieve zorg

Inleiding

Jaarlijks overlijden bijna 150.000 mensen in Nederland, van wie tachtig procent in aanmerking komt voor palliatieve zorg. Deze zorg wordt voornamelijk verleend in de eerste lijn, omdat steeds meer mensen thuis worden behandeld en daar uiteindelijk ook overlijden [1]. Om goede palliatieve zorg te kunnen verlenen wordt van zorgverleners verwacht dat zij de zorg proactief plannen [2]. Het exploreren van de perspectieven en voorkeuren van de zorgvrager op het gebied van ziekte, gezondheid, levenseinde en gezamenlijke besluitvorming staan hierbij centraal [3]. Dit is een belangrijke competentie die ook in het onderwijsraamwerk 2.0 [4] is beschreven voor alle verpleegkundigen en verzorgenden (V&V). Ondanks het feit dat V&V positief staan ten opzichte van proactieve zorgplanning [5] blijkt dat zij nog niet altijd naar wensen en behoeften vragen, zij vinden het moeilijk om een gesprek over het levenseinde aan te gaan omdat zij op zoek zijn naar een geschikt moment, de hoop bij zorgvragers en naasten niet willen wegnemen, en omdat het hun ontbreekt aan passende gespreksvaardigheden [6].

In opdracht van het palliatief adviesteam van een thuiszorgorganisatie in het oosten van Nederland hebben we in drie deelonderzoeken onderzocht hoe hun V&V proactieve zorgplanning vormgeven. De onderzoeksvragen die centraal hebben gestaan in deze onderzoeken zijn:

1. Hoe kijken V&V aan tegen het bespreekbaar maken van wensen en behoeften rondom leven en sterven van de zorgvrager in de palliatieve fase?
2. In welke mate communiceren V&V in de eerstelijnszorg over het levenseinde met een zorgvrager met een palliatieve zorgbehoefte?

Onderzoeksvraag 3 is onderverdeeld in twee vragen:

- 3a. Welke gesprekshulpen hanteren V&V om wensen en behoeften rondom leven en sterven van zorgvragers in de palliatieve fase bespreekbaar te maken?*
- 3b. Welke gesprekshulpen om wensen en behoeften rondom leven en sterven van zorgvragers in de palliatieve fase bespreekbaar te maken vinden V&V implementeerbaar binnen de thuiszorgteams van hun zorgorganisatie?*

Onderzoeksmethode

Drie onderzoeksgroepen bestaande uit drie tot vier hbo-v studenten hebben onder begeleiding van een onderzoeker van het lectoraat Verpleegkunde op diverse wijzen de onderzoeksvragen beantwoord.

Onderzoeksvraag 1 Visie op proactieve zorgplanning

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek verricht door drie studenten hbo-v [8]. De studenten hebben zelfstandig vier focusgroepen geleid bij vier thuiszorgteams op locatie van deze teams. De thuiszorgteams zijn geselecteerd en benaderd door de opdrachtgever vanwege geografische spreiding en de zekerheid dat V&V uit deze teams zorgvragers met een palliatieve zorgbehoefte verplegen.

Onderzoeksvraag 2 Mate van communicatie

Hiervoor is kwantitatief onderzoek verricht door wederom drie studenten hbo-v [7]. Tweeënzeventig thuiszorgteams van ieder vijftien V&V zijn via de mail uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen. De samenstelling van V&V in de thuiszorgteams is verschillend per team. Onderzoekers van het lectoraat Verpleegkunde hebben samen met de studenten voor elk niveau van V&V een aparte vragenlijst ontwikkeld. Reden hiervoor is dat de kennisaspecten in het onderwijsraamwerk ook per opleidingsniveau verschillen. Analyse vond plaats met behulp van SPSS 24.0.

Onderzoeksvraag 3a Soort gesprekstools

Ook hier is kwalitatief onderzoek verricht, ditmaal door vier studenten hbo-v [9]. Voor het beantwoorden van deelvraag 3 zijn vier zorgorganisaties (ziekenhuis, hospice, woonzorgcentrum en verpleeghuis) geselecteerd door de opdrachtgever op basis van de nauwe samenwerking met elkaar binnen het netwerk palliatieve zorg. Het is interessant om van elkaar te weten welke tools er gebruikt worden, zodat deze breder binnen het netwerk ingezet kunnen worden. De geselecteerde organisaties hebben zelf een verpleegkundige voorgedragen die expertise heeft op het gebied van palliatieve zorg. Deze verpleegkundigen zijn door telkens twee studenten geïnterviewd. De interviews vonden plaats in de zorgorganisatie.

Onderzoeksvraag 3b Implementatie gesprekstools

Na een literatuurstudie naar bestaande gesprekstools is door de opdrachtgever een keuze gemaakt welke drie gesprekstools potentie hadden om geïmplementeerd te worden in de thuiszorgorganisatie. Criteria die deze keuze hebben bepaald zijn level of evidence van de gesprekstool, gebruikersvriendelijkheid voor de zorgprofessionals en zichtbaarheid van de vier dimensies palliatieve zorg. De vier thuiszorgteams die ook bij deelvraag 1 hebben geparticipeerd zijn geselecteerd voor focusgroepen om deelvraag 3b te beantwoorden.

Voor de interviews en focusgroepen is een topiclijst ontwikkeld op basis van literatuur. Alle interviews en focusgroepen zijn verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd met behulp van Word.

Tabel 1 Schematische weergave onderzoeksmethode

	Methode	Populatie	Analyse
OZ vraag 1 Visie op proactieve zorgplanning	Focusgroep	Vier focusgroepen met 28 V&V: 8 verzorgenden C, 8 verzorgenden-IG (mbo-3), 8 verpleegkundigen in de wijk (mbo-4) en 4 wijkverpleegkundigen (hbo-6)	Thematische analyse m.b.v. Word
OZ vraag 2 Mate van communicatie	Online vragenlijst gebaseerd op communicatieaspecten uit het onderwijsraamwerk 1.0 [4]	185 V&V: 45 verzorgenden C, 75 verzorgenden-IG (VIG) ¹ (mbo-3), 36 verpleegkundigen in de wijk (mbo-4) en 29 wijkverpleegkundigen (hbo-6)	Beschrijvende statistiek m.b.v. programma SPSS 24.0
OZ vraag 3a Soort gespreks-hulp	1) Interview	1) Vier verpleegkundigen palliatieve zorg van vier nabijgelegen zorgorganisaties	1) Evidence van drie (gespreks) hulpen en de Surprise Question [10] vastgesteld; m.b.v. literatuurstudie 2) Thematische analyse m.b.v. Word
OZ vraag 3b Implementatie gespreks-hulp	2) Focus-groep	2) Drie focusgroepen met in totaal 21 zorgprofessionals: 6 verzorgenden C, 6 verzorgenden-IG (mbo-3), 6 verpleegkundigen in de wijk (mbo-4) en 3 wijkverpleegkundigen (hbo-6).	

¹ VIG: Verzorgende Individuele Gezondheidszorg

Resultaten

De resultaten zijn per onderzoeksvraag beschreven.

1. Hoe kijken V&V aan tegen het bespreekbaar maken van wensen en behoeften rondom leven en sterven van de zorgvrager in de palliatieve fase?

In vier focusgroepen is in totaal met 28 V&V gesproken; per focusgroep waren twee verzorgenden C, twee verzorgenden-IG, twee verpleegkundigen niveau 4 en een wijk-verpleegkundige (niveau 6) aanwezig. Allereerst is gevraagd hoe de markering van de palliatieve fase verloopt. V&V verwachten dat de (huis)arts de markering van de palliatieve fase aangeeft door te benoemen dat de curatieve of ziektegerichte palliatieve behandeling wordt gestaakt. 'Vermoedens over de palliatieve fase worden aangegeven aan de huisarts, mensen die in zorg komen, komen binnen via de huisarts. Deze doet dus de markering' (verzorgende-IG, focusgroep 1, 2018).

V&V vinden het lastig om de overgang te zien bij chronisch zieken omdat deze mensen langzaam achteruitgaan, waardoor de palliatieve fase niet altijd wordt herkend en gemarkeerd. Zij gaan ervan uit dat de huisarts wensen en behoeften rondom leven en sterven bespreekbaar maakt bij zorgvragers met een palliatieve zorgvraag.

V&V geven aan dat het bespreekbaar maken van wensen en behoeften rondom leven en sterven van zorgvragers en naasten niet op vaste momenten gebeurt, maar juist informeel. 'Hier (het bespreekbaar maken van wensen en behoeften) zijn géén vaste afspraken over, dit gaat op gevoel van de zorgverleners' (verpleegkundige niveau 4, focusgroep 4, 2018).

Vooral verzorgenden niveau 3 vertellen dat zij handelen vanuit hun eigen (onderbuik) gevoel en dit niet volgens een stappenplan doen. Twee wijkverpleegkundigen beschrijven dat in negentig procent van de zorgsituaties gesprekken over wensen en behoeften informeel plaatsvinden, bijvoorbeeld tijdens het verrichten van ADL-interventies.

'Als je bijvoorbeeld iemand onder de douche hebt en je ziet dat het lastiger wordt, dan speel ik daar op in' (verzorgende-IG, focusgroep 3, 2018).

Alleen als er een crisis ontstaat is er een formeel moment en is de verwachting bij V&V dat een huisarts de (proactieve) zorg bespreekt. Op dat moment wordt verwacht dat de huisarts bespreekbaar maakt wat voor de zorgvrager belangrijk is. Soms wordt iemand op kantoor aangewezen om wensen en behoeften bespreekbaar te gaan maken, maar de meeste gesprekken ontstaan tijdens een kop koffie na de lichamelijke verzorging. 'Zorgvragers ervaren dan ruimte en rust om met andere dingen bezig te zijn' (verzorgende-IG, focusgroep 3, 2018).

Op de vraag: 'Als er wél gesproken wordt over wensen en behoeften, welke vragen worden dan gesteld?', antwoorden de V&V dat dit afhangt van de zorgvrager, in welke fase zit iemand (bijvoorbeeld rouwverwerking), het kennisniveau van de

zorgvrager, wil de familie dat V&V met de zorgvrager praat over wensen en behoeften, of mogen V&V dit van familie niet bespreekbaar maken. De vragen die gesteld worden gaan vaak over geloofsovertuiging: wil iemand een geestelijk verzorger spreken, wil iemand het sacrament toegediend krijgen? Zijn belangrijke zaken met de kinderen besproken? V&V verwachten dat ook de huisarts hierover in gesprek gaat. ‘Het is iets tussen de zorgvrager en de huisarts, sommige mensen zijn terughoudend om dit ook te bespreken met V&V en dit vast te leggen’ (coördinerend wijkverpleegkundige, focusgroep 2, 2018). Zorgverleners van niveau 2 vinden dat gesprekken over wensen en behoeften vooral door zorgverleners van niveau 3 en 4 gevoerd moeten worden.

2. In hoeverre communiceren V&V in de eerstelijnszorg over het levenseinde bij een zorgvrager met een palliatieve zorgbehoefte?

In totaal zijn 1080 zorgverleners benaderd. Bijna een vijfde (16,8%, 185/1080) van hen heeft de vragenlijst ingevuld: 45 verzorgenden, 75 verzorgenden-IG, 36 verpleegkundigen niveau 4 en 29 verpleegkundigen niveau 6. Het merendeel (64%) was verzorgende niveau 3 of IG. In dit artikel zijn alleen de twee vragen met betrekking tot communicatie rondom het levenseinde beschreven (Tabel 2), de vragenlijst bestond daarnaast uit andere vragen gerelateerd aan palliatieve zorg.

Tabel 2 Percentage V&V die communiceren over lijden en overlijden

Vraag		mbo 3 C (n=45)	mbo 3 IG (n=75)	mbo 4 (n=36)	hbo-v (n=29)
Praat jij met zorgvragers in de palliatieve fase over hun lijden?	Ja	11%	17%	37%	59%
Praat jij met zorgvragers in de palliatieve fase over hun (aankomend) overlijden?	Ja	9%	15%	31%	55%
	Afhankelijk van behoefte zorgvrager	80%	84%	69%	45%

Alle zorgprofessionals praten met de zorgvrager over lijden en overlijden wanneer de zorgvrager zich in de palliatieve fase bevindt. Hbo-verpleegkundigen praten meer dan verzorgenden en verpleegkundigen over het lijden en overlijden van de zorgvrager. Hoe hoger het opleidingsniveau hoe minder het van de behoefte van de zorgvrager afhangt of er gecommuniceerd wordt over lijden en overlijden.

3. Welke gesprekstools hanteren de zorgprofessionals in hun organisatie om wensen en behoeften rondom leven en sterven van zorgvragers in de palliatieve fase bespreekbaar te maken?

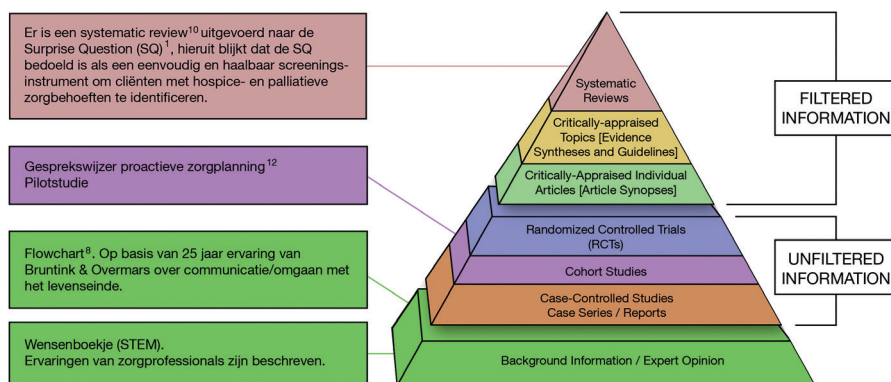
Uit elke zorgsetting is één hbo-verpleegkundige geïnterviewd met een afgeronde post-hbo-leergang (ziekenhuis) of een afgeronde basiscursus palliatieve zorg (hospice, verpleeghuis en woonzorgcentrum). In het hospice vindt een opnamegesprek plaats op basis van de vier dimensies palliatieve zorg. De verpleegkundigen gaan ervan uit dat voor de zorgvrager ook duidelijk is geworden dat het gaat om zorg in de stervensfase en dat dit door de (huis)arts al is besproken met de zorgvrager. Zowel de verpleegkundigen als de artsen binnen het hospice stellen aanvullende vragen aan de zorgvrager: hoe kijkt u aan tegen opname in het hospice, wat zijn uw verwachtingen? 'Je moet wel lef hebben om het bespreekbaar te maken en door te vragen' (verpleegkundige niveau 6, interview hospice, 2018). In het hospice worden geen gesprekshulpen gebruikt. In het verpleeghuis wordt een opnamegesprek gevoerd aan de hand van het Utrechts Symptoom Dagboek (USD) [11]. Persoonlijke wensen worden hierbij ook besproken, de verpleegkundige geeft aan dat ze het USD niet meeneemt tijdens het gesprek: 'Door werk- en levenservaring weet ik wel welke vragen ik moet stellen' (verpleegkundige niveau 6, interview verpleeghuis, 2018). De verpleegkundige palliatieve zorg van het ziekenhuis heeft acht jaar geleden zelf een palliatieve anamnese ontwikkeld aan de hand van vier dimensies palliatieve zorg, waarbij de methodiek besluitvorming palliatieve zorg een hulpmiddel is geweest om vragen te formuleren. Daarbij heeft zij zelf vragen bedacht die tijdens een eerste gesprek gesteld worden, zoals: wat is voor u belangrijk in deze fase, wat wilt u dat wij van u weten? De palliatieve anamnese wordt steeds aangevuld, gegevens worden niet in één keer verzameld, maar gedurende de opname in het ziekenhuis. Deze anamnese dient tevens als overdracht naar de huisarts en thuiszorg. De verpleegkundigen geven aan dat het soms voorkomt dat zorgvragers het wensenboekje van stichting STEM [12] ingevuld hebben en meenemen naar het ziekenhuis. 'Dit zijn vaak patiënten die zelf de regie willen bewaken' (hbo-verpleegkundige, interview ziekenhuis, 2018). Ten slotte heeft de verpleegkundige uit een verzorgingshuis aangegeven dat in haar team een vragenlijst is ontwikkeld die voortkomt uit de vragenlijst 'Kwaliteit van leven' [13]. Vragen die gesteld worden tijdens het opnamegesprek zijn: bent u zich bewust van de eindigheid van het leven, wilt u gereanimeerd worden, wilt u naar het ziekenhuis bij een bepaalde aandoening? De verpleegkundige benoemt dat deze vragen niet in één keer worden gesteld, het is eerst nodig om een vertrouwensband te ontwikkelen met de zorgvrager.

4. Welke gesprekstools om wensen en behoeften rondom leven en sterven van zorgvragers in de palliatieve fase bespreekbaar te maken voor V&V zijn implementeerbaar binnen de thuiszorgteams van zorgorganisatie X?

Voordat de opdrachtgever een selectie heeft gemaakt van gesprekshulpen hebben

hbo-v-studenten een literatuurstudie uitgevoerd naar bestaande gesprekstools. Op basis van deze literatuurstudie hebben de verpleegkundigen van het palliatief advies-team hun voorkeur uitgesproken voor drie gesprekstools: 1) gesprekswijzer proactieve zorgplanning [14], 2) flowchart [15] en 3) wensenboekje [12]. Zij hebben hiervoor gekozen op basis van te verwachten enthousiasme en ondersteuning door V&V van de tool. Vervolgens is het level of de evidence [16] bepaald (Figuur 1). Omdat de Surprise Question (SQ) [10] een belangrijk onderdeel is van de flowchart, is hiervan ook afzonderlijk het niveau van bewijskracht bepaald.

In de focusgroepen zijn deze drie gesprekstools voorgelegd aan V&V, waarbij in totaal met 21 zorgprofessionals uit drie thuiszorgteams is gesproken. Per focusgroep waren twee verzorgenden C, twee verzorgenden-IG, twee verpleegkundigen niveau 4 en een wijkverpleegkundige (niveau 6) aanwezig.



Figuur 1 Level of evidence van drie geselecteerde gesprekshulpen

Gesprekswijzer proactieve zorgplanning

De gesprekswijzer wordt in het algemeen positief beoordeeld, V&V geven aan dat het een mooi, handig hulpmiddel is dat met behulp van gerichte vragen kan helpen het gesprek te voeren met de zorgvrager. V&V geven aan dat je spontaan juist heel mooie gesprekken hebt, maar daarbij is het goed om de vragen van de gesprekswijzer in het hoofd te hebben. 'Je hoeft de gesprekswijzer niet per se bij je te hebben, maar het gesprek verloopt makkelijker als je weet wat je kunt vragen' (verpleegkundige niveau 6, focusgroep 2, 2019). Het gegeven dat de regie met betrekking tot het kiezen van het gespreksonderwerp bij de zorgvrager blijft wordt gewaardeerd. Er zijn ook enkele kritische geluiden. Zo geeft een verzorgende-IG aan dat de vragen uit de gesprekswijzer beladen zijn, zij denkt dat het te veel wordt voor de zorgvrager. Tevens wordt aangegeven dat het te veel tijd gaat kosten. 'De gesprekswijzer vind ik ook wel mooi, maar ik weet niet of je daar wel tijd genoeg voor hebt en krijgt. Want volgens mij gaat daar wel heel veel tijd in zitten en wij doen natuurlijk heel veel

tijdens de zorg, hè, je gaat niet echt heel snel zo bij iemand zitten en je hebt de beste gesprekken tijdens het wassen. Dat is zo lekker informeel' (verzorgende-IG, focusgroep 1, 2019).

Flowchart

Alle zorgprofessionals geven aan dat het een praktisch, overzichtelijk, helder en mooi hulpmiddel is dat vooral voor de markering van de palliatieve fase gebruikt kan worden. De wijkverpleegkundigen vinden het schema overzichtelijk, waarbij het prettig is dat de Surprise Question als onderdeel is opgenomen in de flowchart, echter ervaren zij onbekendheid over de Surprise Question bij collega's. 'Toch denk ik dat de flowchart voor sommigen al wel wat lastig kan zijn omdat je het over een surprise question hebt en lang niet iedereen weet wat dat is' (wijkverpleegkundige niveau 6, focusgroep 1, 2019). Ook wordt de kanttekening geplaatst dat vooral duidelijk moet worden wie de Surprise Question stelt. Zij verwachten dat de huisarts dit doet, waarmee markering van de palliatieve zorgbehoefte ook uitgesproken wordt. De flowchart kan volgens de wijkverpleegkundigen ook een hulpmiddel zijn om zorgvragers te includeren voor een palliatieve thuiszorgteam (PaTz), daarmee is de samenwerking met de huisarts gecontinueerd.

Wensenboekje

'Het wensenboekje wordt gezien als een bruikbaar, mooi, waarschijnlijk hartstikke handig, geweldig en open hulpmiddel dat je haast standaard in het ECD⁴ zou opnemen' (wijkverpleegkundige niveau 6, focusgroep 1, 2019). Het kan een eyeopener zijn voor alle partijen en een opening bieden tot gesprek. Het wensenboekje kan achtergelaten worden bij de cliënt zodat hij/zij de vragen die erin staan kan overdenken en/of beantwoorden. Eén verzorgende C is minder positief over dit wensenboekje. Zij vindt dat de onderwerpen soms te privé zijn om met elkaar te bespreken. 'Dit spreekt mij nou helemaal niet aan, het stuit mij zelfs tegen de borst, ik meng mij veel te veel in privé, waar ik niks mee te maken heb, tenzij zorgvragers dit zelf gaan aangeven dat ze het fijn vinden dat soort gesprekjes' (verzorgende C, focusgroep, 2019).

Conclusie

V&V zijn nog afwachtend in het aangaan van gesprekken over wensen en behoeften, zij laten het hangen van de behoefte van de zorgvrager. Gesprekken die gevoerd worden ontstaan vooral vanuit gevoel van V&V en vinden meestal (informeel) tijdens de verzorging plaats. Onduidelijk is wanneer een zorgvrager zich in de palliatieve fase bevindt, doordat de markering van de palliatieve zorgbehoefte nog niet altijd plaatsvindt en V&V hierbij afwachtend zijn of de (huis)arts dit gesprek aangaat. Zelden

⁴ ECD: Elektronisch cliëntendossier

nemen zij hierbij een proactieve rol aan. V&V maken tot op heden géén gebruik van gesprekshulpen, maar alle drie de geselecteerde gesprekshulpen lijken als set implementeerbaar in de zorgorganisatie.

Discussie

Niet uitgevraagd is of het gebruik van een gesprekshulp drempelverlagend werkt om een gesprek over wensen en behoeften van de zorgvrager en diens naasten te voeren. De auteurs gaan ervan uit dat deze gesprekken bijdragen aan de realisatie van proactieve zorgplanning en gezamenlijke besluitvorming over wensen en behoeften. De vraag of V&V dit ook zo ervaren had explicieter gesteld kunnen worden tijdens dit onderzoek. In het onderzoek is gesproken met verschillende zorgprofessionals van diverse thuiszorgteams, hierbij is niet specifiek gekeken of opleidingsniveau een van de beweegredenen is om een gesprekshulp wel of niet toe te passen. V&V voeren informele gesprekken tijdens zorgmomenten, op basis van hun gevoel. Tveit, Sekse, Hunskaar, Ellingsen [17] beschrijven dat zorgprofessionals verder moeten denken dan routines, vertrouwen en intuïtie, ze moeten geleid worden door gevoel voor de situatie en beschikken over professionele en persoonlijke competenties. Het tonen van leiderschap is hierbij essentieel. V&V moeten zich veel meer bewust zijn van het feit dat zij een belangrijke rol vervullen in de markering van de palliatieve zorg en proactieve zorgplanning, en deze rol ook oppakken. Dus niet verwachten dat/wachten tot een andere zorgprofessional dit oppakt, maar zelf proactief passende zorg organiseren.

Aanbevelingen

Het palliatief adviesteam van de organisatie kan ondersteunend zijn in het bekwamen van V&V om proactieve zorgplanningsgesprekken over wensen en behoeften te voeren. Naast goede communicatievaardigheden zijn juist het maken van samenwerkingsafspraken met elkaar en aandacht voor de barrières die ervaren worden om het gesprek te beginnen van belang. Het is dus raadzaam om een scholing rondom proactieve zorgplanning en het gebruik van gesprekshulpen te combineren met intervisie. De organisatie kan alle drie de gesprekshulpen geïntegreerd in het transmuraal zorgpad [18] implementeren. De flowchart kan toegepast worden rondom de markering van de palliatieve zorgbehoefte, en de gesprekswijzer proactieve zorgplanning en het wensenboekje zijn geschikte gesprekshulpen om wensen en voorkeuren te exploreren vanuit het perspectief van zorgverlener (gesprekswijzer) en de zorgvrager (wensenboekje). Afstemming en uitspreken van verwachtingen over welke zorgprofessional op welk moment met de zorgvrager in gesprek gaat, is een eerste stap. Dit alles draagt bij aan goede palliatieve zorg in de eerste lijn waar proactieve zorgplanning deel van uitmaakt.

Literatuurlijst

1. Integraal Kankercentrum Nederland. *Knelpuntenanalyse palliatieve zorg in de eerste zorg*. Utrecht: IKNL; 2017.
2. Integraal Kankercentrum Nederland/Palliactief. *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*. Utrecht: IKNL; 2017
3. Jurriane C. Fahner MDa, Alexandra J.M. Beunders MDa , Agnes van der Heide MD, PhD , Judith A.C. Rietjens MSc, PhD , Maaïke M. Vanderschuren MDa , Johannes J.M. van Delden MD, PhDa , Marijke C. Kars RN, PhD. 2019 *Interventions Guiding Advance Care Planning Conversations: A Systematic Review* J Am Med Dir Assoc. 2019 Mar;20(3):227-248. doi: 10.1016/j.jamda.2018.09.014.
4. VUmc. *Palliatieve zorg onderwijsraamwerk 2.0*. Amsterdam: VUmc; 2019.
5. Ke LS, Huang X, O'Connor M, Lee S. Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *J Clin Nurs* 2015; 24: 2057e2073.)
6. Walczak A, Butow P, Bu S, & Clayton J (2016). A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions: Who do they target, how are they structured and do they work? *Patient Education & Counseling*, 99 (1), p3-16. DOI: 10.1016/j.pec.2015.08.017.
7. Bloeme JG, Nijland L, Rouweler PA. *Kennisniveau zorgprofessionals palliatieve zorg*. Enschede/Deventer: Saxion Bibliotheek; 2018.
8. Bakker L, Wibbelink L, Baldizzone M. *Hoe maken verzorgenden en verpleegkundigen wensen en behoeften rondom leven en sterven van zorgvragers en diens naasten in de palliatieve fase bespreekbaar?* Enschede/Deventer: Saxion Bibliotheek; 2018.
9. De Vries D, Haase AM, Westenenk, L. *Wensen en behoeften van de cliënt rondom leven en sterven bespreekbaar maken in de palliatieve fase*. Enschede/Deventer: Saxion Bibliotheek; 2018.
10. Downar, J, Goldman, R, Pinto, R, Englesakis, M & Adhikari, NKJ (2017). *The 'surprise question' for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis*. Geraadpleegd op 18 maart 2019 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5378508>
11. *Utrechts symptoom dagboek*. Geraadpleegd op 18 maart 2019 van [https://www.iknl.nl/docs/default-source/bibliotheek/1428052-utrecht-symptoom-dagboek_definitief-\(002\).pdf?sfvrsn=2](https://www.iknl.nl/docs/default-source/bibliotheek/1428052-utrecht-symptoom-dagboek_definitief-(002).pdf?sfvrsn=2).
12. Stichting STEM (2016, februari). *Wensen voor mijn leven in de laatste fase*. Geraadpleegd op 20 november 2018 via <http://www.stichtingstem.info/Portals/2/2016%20Wensenboekje.pdf>
13. Vragenlijst kwaliteit van leven. Geraadpleegd op 5 september 2019 via <https://www.patientenfederatie.nl/kwaliteit-van-leven/>
14. Pelgrum-Keurhorst, M, van Vuuren, H, Uitdehaag, M, Groen-van de Ven, L, Smits, C (2019). Proactief beslissen. Toepassing van de Gesprekswijzer bij dementie en vergeetachtigheid. *Denkbeeld* 31 (2); 12-14.

15. Flowchart, Bruntink, R & Overman, M (2018). *Levenseindegesprekken*. Enschede: Netzo Druk.
16. Queensland Government (2019, 18 maart). *Searching for evidence: Levels of evidence*. Geraadpleegd op 18 maart 2019 van <https://cairns.health.qld.libguides.com/searching-evidence/levelsevidence>.
17. Tveit Sekse, RJ, Hunsikä, I, & Ellingsen, S (2017). The nurse's role in palliative care. *Journal of clinical nursing*, 26 (07), 19-20
18. Transmuraal zorgpad. Netwerken palliatieve zorg. Geraadpleegd op 4 juli 2019 van <https://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/141/Zorgpad.pdf>