



BASISDOCUMENTEN
bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid voor lokale netwerken,
consultatie en richtlijnen symptoombestrijding
in de palliatieve zorg

*Een initiatief van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en
de Centra voor de Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ-en)*

April 2003

Vastgesteld op 15 mei 2003
door het bestuur van de
Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC)

Inhoudsopgave

	Blz.
1 Inleiding	4
1.1 Achtergrond	4
1.2 Toepassing van de basisdocumenten	4
1.3 Toetsing en validatie	5
2 Basisdocument voor lokale netwerken	6
Toelichting	6
2.1 Beleid en organisatie	7
2.1.1 <i>Beleid</i>	7
2.1.2 <i>Bestuurlijk kader</i>	7
2.1.3 <i>Organisatie</i>	7
2.1.4 <i>Communicatie</i>	7
2.2 Processen	8
2.2.1 <i>Algemeen</i>	8
2.2.2 <i>Communicatie met de patiënt</i>	8
2.2.3 <i>Communicatie tussen betrokkenen</i>	8
2.2.4 <i>Mantelzorg</i>	8
2.3 Kennis en vaardigheden	8
2.4 Middelen en materialen	9
2.5 Resultaten en kwaliteitsborging	9
3 Basisdocument voor consultatie	10
Toelichting	10
3.1 Beleid en organisatie	11
3.1.1 <i>Visie</i>	11
3.1.2 <i>Facilitaire voorwaarden</i>	11
3.1.3 <i>Netwerken</i>	11
3.2 Processen	12
3.2.1 <i>Procedure consult</i>	12
3.2.2 <i>Procedure team</i>	12
3.3 Kennis en vaardigheden	13
3.3.1 <i>Kennis, vaardigheden en expertise</i>	13
3.3.2 <i>Professionele attitude</i>	14
3.4 Middelen en materialen	14
3.5 Resultaten en kwaliteitsborging	14
3.5.1 <i>Kwaliteitscriteria advies</i>	14
3.5.2 <i>Borging van het kwaliteitssysteem</i>	14
4 Richtlijnen symptoombestrijding	16
Toelichting	16
4.1 Digitaal toegankelijke richtlijnen	16
4.2 Evidence based richtlijnen	16
4.3 Validatie en toetsing van richtlijnen	16

5	Overzicht bijlagen	17
5.1	Lijst met geraadpleegde literatuur	18
5.2	Samenstelling stuurgroep, projectgroepen en klankbordgroep	
5.2.1	<i>Stuurgroep</i>	20
5.2.2	<i>Projectgroep lokale netwerken</i>	21
5.2.3	<i>Projectgroep consultatie</i>	22
5.2.4	<i>Projectgroep richtlijnen symptoombestrijding</i>	23
5.2.5	<i>Klankbordgroep</i>	24

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In maart 2002 verscheen het definitieve standpunt van de Minister van VWS over de toekomst van de palliatieve zorg (in de terminale fase). Daarin is het beleid ten aanzien van de inhoud, organisatie en financiering van de palliatieve zorg geformuleerd. Er is gekozen voor een 'generalistische' opzet, waarbij palliatieve zorg deel uitmaakt van de reguliere zorg. Met andere woorden: iedere zorgverlener heeft op enig moment te maken met palliatieve zorg. Kwaliteit van leven en de individuele zorgvraag vormen hierbij de sleutelbegrippen.

Vanwege het multidisciplinaire karakter van palliatieve zorg is het nodig dat er in heel het land lokale netwerken komen waarbinnen zorgverleners hun zorg op elkaar afstemmen. Zorgverleners omvatten in dit verband ook de onmisbare mantelzorgers en vrijwilligers. Generalistisch werkende zorgverleners kunnen niet alles weten. Daarom zal specialistische ondersteuning en advisering nodig zijn, bijvoorbeeld middels consultatie. Voor de zorg is het van belang dat er overeenstemming is over 'best practices' die in de vorm van landelijke richtlijnen voor o.a. symptoombestrijding beschikbaar komen.

In de nieuwe structuur krijgen de Integrale Kankercentra (IKC's) de taak om de samenhang te stimuleren en de regionale coördinatie op zich te nemen. Afdelingen palliatieve zorg van de IKC's zullen de lokale netwerken ondersteunen en de regionale consultatiefunctie coördineren. Tevens gaan zij zich bezig houden met richtlijnontwikkeling, deskundigheidsbevordering, kwaliteitsverbetering en implementatie van onderzoeksresultaten. Deze nieuwe afdelingen richten zich nadrukkelijk niet alleen op kanker, maar ook op palliatieve zorg bij bijvoorbeeld long- en neurologische aandoeningen, hartfalen en diabetes.

Direct na het verschijnen van het standpunt van de Minister hebben de IKC's gezamenlijk met de Centra voor de Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ-en) het initiatief genomen tot verdere stimulering van kwaliteitsbeleid in de palliatieve zorg. Daarbij is ingestoken op drie speerpunten in de ondersteuning van het veld: netwerken, consultatie en richtlijnontwikkeling. Zorgverleners en andere deskundigen uit het veld hebben op basis van hun praktijkervaringen basisdocumenten opgesteld waarin wordt benoemd aan welke kwaliteitsaspecten moet worden voldaan. Voor de drie speerpunten zijn afzonderlijke projectgroepen geformeerd. Een stuurgroep van vertegenwoordigers van de IKC's en COPZ-en heeft de samenhang tussen de documenten bewaakt. Een klankbordgroep met vertegenwoordigers van landelijke branche- en koepelorganisaties heeft daarbij geadviseerd.

De resultaten van de drie projectgroepen zijn in voorliggende basisdocumenten samengebracht.

1.2 Toepassing van de basisdocumenten

De basisdocumenten zijn eerst en vooral handreikingen voor het in gezamenlijkheid met het veld en landelijke organisaties verder verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg. De documenten zijn bedoeld als een praktisch hulpmiddel om het functioneren van netwerken en consultatieteams te ondersteunen, ook met landelijke richtlijnen voor symptoombestrijding. In afzonderlijke delen voor 'netwerken' en 'consultatie' worden de voorwaarden en aspecten beschreven die van belang zijn voor de kwaliteit daarvan. In het onderdeel 'richtlijnen symptoombestrijding' wordt het format voor een interactief ontwikkelingsproces om tot consensus over landelijke richtlijnen te komen, beschreven.

De basisdocumenten kunnen op verschillende manieren worden gehanteerd:

- Als *checklist* voor netwerken en consultatieteams bij het inventariseren en stellen van prioriteiten en bij het maken van afspraken over taken en functies.
- Als *referentiekader* voor het verduidelijken van visie, wensen en verwachtingen en voor het opstellen van kwaliteitsindicatoren.

- Als instrument van *zelfevaluatie* voor netwerken en consultatieteams.

De basisdocumenten zijn niet bedoeld als keurslijf. Bewust is veel ruimte gelaten voor een groeiscenario en een lokale vertaalslag en eigen invulling ('couleur locale'). In aanvulling op genoemde gebruiksdoeleinden kunnen de documenten worden gebruikt in het overleg met zorgkantoren, zorgverzekeraars en beleidsmakers over de opzet en financiering van netwerken en consultatiefunctie.

1.3 Toetsing en validatie

In de loop van 2003 zullen de basisdocumenten worden getoetst. Dat zal gebeuren bij (een beperkt aantal) lokale netwerken en consultatieteams. Daarna zal landelijk een validatietraject worden ingezet.

Zoals de naam al aangeeft, betreffen de huidige documenten een basis. Middels toetsing en voortgaande ontwikkeling zal in overleg met het veld en landelijke organisaties verdere invulling met kwaliteitscriteria plaatsvinden. Het streven daarbij is om tot een beperkte set van kwaliteitsindicatoren te komen. Dat zal moeten leiden tot afspraken over de wijze van continue kwaliteitsmeting.

Er zal afstemming zijn met de evaluatie van de subsidieregeling voor de coördinatie van netwerken, waarvoor in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een monitor wordt opgesteld. Ten aanzien van consultatie zal een werkgroep een voorstel doen voor een continue registratie van consultverlening, die vanaf 2004 zal worden beheerd door de Integrale Kankercentra.

2 Basisdocument voor lokale netwerken

Toelichting

De afgelopen jaren zijn op veel plaatsen in het land lokale netwerken voor palliatieve (terminale) zorg ontstaan. In algemene zin vindt binnen deze netwerken afstemming over de zorg plaats door zorgverleners en alle betrokken lokale instellingen en organisaties, waaronder ook die van de zijde van patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers en zorgkantoren/zorgverzekeraars. De netwerken zijn ook een middel om de samenwerking tussen reguliere zorg en hospicezorg te bevorderen. De Minister adviseert een landelijke dekking van lokale netwerken. Voor de lokale coördinatiefunctie is inmiddels een subsidieregeling ingesteld.

Thans bevinden de netwerken zich in verschillende stadia, van langer bestaand tot eerste voorbereidende initiatieven. Het basisdocument benoemt alle relevante kwaliteitsaspecten, ongeacht of het een beginnend, gevorderd of vergevorderd netwerk betreft. De netwerken kunnen zelf prioriteiten stellen. Het eindrapport van de Projectgroep Integratie Hospicezorg (PIH) beschrijft de doelen, opzet en werkwijze aan de hand van een 'netwerkmodel'. In een aanvullende notitie van de voormalige PIH worden enkele handreikingen gegeven met voorbeeldinstrumenten.

Een netwerk palliatieve zorg is geen doel op zich, maar een middel om bepaalde doelen beter te kunnen realiseren. De overkoepelende doelstelling is het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de palliatieve patiënt, zowel op het organisatorische, professionele en relationele vlak. Deze doelstelling kan worden uitgewerkt in de volgende aspecten, die tegelijkertijd de meerwaarde van het netwerk beschrijven:

- De continuïteit van zorg is geborgd. De overgang van patiënten, zorgverleners en middelen tussen de verschillende zorgplekken verloopt soepel dankzij een goede afstemming en coördinatie binnen het netwerk.
- Er wordt efficiënt gebruik gemaakt van de aanwezige kennis en expertise binnen het netwerk. Het netwerk staat garant voor een voldoende mate van spreiding, uitwisseling en het benutten van kennis om de kwaliteit van de zorg blijvend te kunnen verbeteren.
- Er is een gezamenlijke verbetercultuur. Binnen het netwerk is men gericht op het signaleren van knelpunten in de zorg voor de palliatieve patiënt en op het gezamenlijk aanpakken van deze knelpunten.
- De patiënt en diens naasten staan centraal: het gaat om het bieden van zorg waaraan de patiënt en zijn naasten behoefte hebben. Dat vereist een gevarieerd aanbod van zorg, verspreid over verschillende zorgplekken en afgestemd op de behoeften van de terminale patiënten. Hiervoor is een integrale benadering nodig, zodat de patiënt ongeacht de hulpvraag aan één loket voldoende heeft. Voorwaarde is tevens dat er duidelijke informatie over dit aanbod ter ondersteuning van de vraagstelling van de patiënt voorhanden is.

De genoemde aspecten worden in het onderhavige document verder uitgewerkt.

Elke regio die een netwerk palliatieve zorg wil oprichten moet zich allereerst buigen over de vraag welke doelstellingen dit netwerk wil gaan nastreven. Het is mogelijk om, afhankelijk van de bestaande situatie, de prioriteit te leggen bij een of meerdere van bovengenoemde doelstellingen. Zo kan een fasering worden aangebracht bij het opzetten van een netwerk, waarbij het basisdocument behulpzaam kan zijn. Wanneer bijvoorbeeld na evaluatie blijkt dat de continuïteit van zorg voldoende is geborgd, kan aandacht worden besteed aan een verdere professionalisering door het uitwisselen van kennis en expertise. Het is niet aan te raden om bij de start van een netwerk alle aspecten geïntegreerd te willen invoeren, gezien de veelheid en complexiteit van onderwerpen.

In het navolgende basisdocument worden kwaliteitsaspecten benoemd die van belang worden geacht voor een lokaal netwerk palliatieve zorg, verdeeld over de aspecten 'Beleid en Organisatie', 'Processen', 'Kennis en vaardigheden', 'Middelen en materialen' en 'Resultaten en Borging'. In de tekst wordt kortweg gesproken van 'netwerk'.

2.1 **Beleid en organisatie**

2.1.1 *Beleid*

Het netwerk heeft een gezamenlijke missie en visie, strategie en beleid opgesteld, waarin tenminste is vastgelegd:

- de doelstellingen van het netwerk;
- de gezamenlijke belangenbehartiging ten aanzien van regionale en landelijke overheden, zorgverzekeraars en andere financiers;
- speerpunten binnen het netwerk.

Tevens is duidelijk op welke wijze relevante organisaties, zowel binnen (zorginstellingen, organisaties van vrijwilligers) als buiten (mantelzorg, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en andere stakeholders) het netwerk, betrokken worden bij het vaststellen van het beleid.

Organisaties van vrijwilligers zijn lid van het netwerk, zij verzorgen immers een groot deel van de palliatieve zorg. In de beschreven kwaliteitscriteria hebben vrijwilligersorganisaties een volwaardige positie, maar met de specifieke kenmerken van een vrijwilligersorganisatie binnen het netwerk.

2.1.2 *Bestuurlijk kader*

Binnen het netwerk is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de continuïteit en borging van het netwerk. Hiervoor zijn afspraken gemaakt over:

- de plaats van de participerende organisaties in de bestuurlijke structuur (wie zijn waarin en hoe vertegenwoordigd?);
- overlegvormen van besturen;
- de besluitvorming binnen het netwerk;
- het onderhouden van het netwerk;
- de verdeling van de kosten en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de financiering.

2.1.3 *Organisatie*

De betrokken organisaties in het netwerk hebben hun samenwerking geformaliseerd (bijvoorbeeld in een convenant). Vastgesteld is:

- wat het werkgebied van het netwerk is;
- welke participanten deel uit (kunnen) maken van de netwerkorganisatie. Hierbij wordt uitgegaan van de betrokkenheid van alle zorgfuncties in de regio.

Het netwerk heeft een netwerkcoördinator, waarvoor afspraken gemaakt zijn over:

- de taak/functieomschrijving (trekkersfunctie);
- de werkplek en de aansturing netwerkcoördinator;
- de borging van de onafhankelijkheid (het geen directe binding hebben) van de netwerkcoördinator ten opzichte van de participerende instellingen/organisaties.

2.1.4 *Communicatie*

Binnen en vanuit het netwerk moet gezorgd worden voor een goede communicatiestructuur:

- voor de verspreiding van missie, visie, strategie en beleid van het netwerk naar betrokkenen binnen en buiten het netwerk;
- voor de verspreiding van beleid, doelstellingen, activiteiten en mogelijkheden van afzonderlijke organisaties van het netwerk naar andere organisaties die belanghebbend zijn, binnen en buiten het netwerk.

Er moet sprake zijn van een 'ontmoetingsplaats' voor betrokkenen, waarin zowel inhoudelijk als organisatorische aspecten besproken kunnen worden. Hierbij moet duidelijk zijn op welke wijze signalen en verbeterpunten vanuit de afzonderlijke organisaties aangegeven kunnen worden voor bespreking in het netwerk.

2.2 Processen

2.2.1 Algemeen

Het uitgangspunt in het palliatieve zorgproces is dat de wensen en behoeften van de patiënt centraal staan. Belangrijke randvoorwaarden zijn daarbij:

- inzicht in de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten;
- inzicht in het totaalaanbod van het netwerk;
- diversiteit in aanbod, het kunnen leveren van 'zorg op maat' door beschikbaarheid van alle zorgfuncties;
- het bieden van een geïntegreerd aanbod, bijvoorbeeld vanuit één loket.

Het netwerk heeft daarom inzicht in knelpunten in het totale palliatieve patiëntenproces, onder andere ten aanzien van de diversiteit in aanvraag en de verhouding vraag – aanbod.

2.2.2 Communicatie met patiënt en mantelzorger

Binnen het netwerk is geregeld dat de patiënt en diens naasten worden geïnformeerd over de mogelijkheden in de regio. Daartoe is gezamenlijk of op elkaar afgestemd voorlichtingsmateriaal voor de patiënt en zijn of haar naasten beschikbaar.

2.2.3 Communicatie tussen betrokkenen

Binnen het netwerk zijn afspraken die gemaakt zijn tussen organisaties en tussen zorgverleners, binnen en buiten het netwerk, bekend bij de betrokkenen. Dit betreft in ieder geval:

- afspraken over de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij overdracht van patiënt, gegevens en middelen;
- afspraken over functie en bereikbaarheid van consultatieteams en andere functionarissen voor overleg.

2.2.4 Mantelzorg

Het netwerk heeft een gezamenlijke visie opgesteld over de plaats van de mantelzorg en de consequenties hiervan voor het handelen van de zorgverleners. Hierbij is aandacht besteed aan afspraken over samenwerking tussen zorgverleners en mantelzorg. Eveneens wordt aandacht gevraagd voor de dubbelrol van de mantelzorg: naast zorgverlener ook zorgvrager.

Binnen het netwerk zijn afspraken gemaakt over de werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zorgverleners bij nazorg voor de nabestaanden.

2.3 Kennis en vaardigheden

Binnen het netwerk zijn afspraken gemaakt over noodzakelijke (integrale) kennis die binnen het netwerk aanwezig of te verkrijgen moet zijn. Hieronder vallen:

- afspraken over uitwisseling van kennis en expertise;
- afspraken over gezamenlijke deskundigheidsbevordering;
- afspraken over het gebruik van inhoudelijke richtlijnen;
- aandacht voor onderzoek en 'evidence based werken';

- de wijze waarop kennis (ook wat elders ontwikkeld is) voor de betrokkenen toegankelijk wordt gemaakt.

Binnen het netwerk is afgesproken op welke wijze medewerkers van het netwerk en mantelzorg ondersteund kunnen worden.

Een vorm van gezamenlijke deskundigheidsbevordering is intercollegiaal overleg of intercollegiale toetsing.

2.4. Middelen en materialen

Er zijn binnen het netwerk afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van middelen en materialen op alle relevante locaties. Randvoorwaarden hierbij zijn:

- flexibiliteit van diensten;
- goede afspraken over de financiering.

2.5 Resultaten en kwaliteitsborging

Het netwerk heeft het proces en de inhoud van de palliatieve zorg geformuleerd in meetbare doelstellingen en heeft afspraken gemaakt over de evaluatie. Hierbij is aandacht voor:

- monitoring van het patiëntenproces
- de te verzamelen managementinformatie;
- de wijze waarop knelpunten in de keten worden gesignaleerd en verbeterd;
- de wijze waarop klachten worden behandeld, voor zover dit nog niet binnen de afzonderlijke instellingen is geregeld.

Er wordt gestart met een nulmeting van het proces en de inhoud van de palliatieve zorg, op basis van de afspraken omtrent de noodzakelijke managementinformatie. Deze (of aanvullende) informatie is tevens bedoeld om het patiëntenproces te monitoren.

3 Basisdocument voor consultatie

Toelichting

In het standpunt van de Minister over palliatieve zorg wordt consultatie benoemd op het niveau van lokale netwerken en op het regionale niveau van de IKC's. In het basisdocument voor netwerken staat onder paragraaf 2.3 'kennis en vaardigheden' genoemd dat: 'binnen het netwerk afspraken zijn gemaakt over noodzakelijke (integrale) kennis die binnen het netwerk aanwezig of te verkrijgen moet zijn. Daaronder vallen afspraken over uitwisseling van kennis en expertise, deskundigheidsbevordering en de wijze waarop kennis voor betrokkenen toegankelijk wordt gemaakt.' Netwerken kunnen daartoe opteren voor een lokaal consultatieteam of andere consultatievarianten.

De Minister stelt dat de IKC's een regionale consultatiefunctie moeten organiseren, waaronder een regionaal specialistisch consultatieteam. Dit regionale team werkt voor de hele IKC-regio en is bedoeld voor specialistische vragen waarop consultverleners in lokale netwerken geen adequaat antwoord weten. De Minister is bezig met een structurele financiering van deze regionale specialistische consultatieteams.

De ontwikkeling van de consultatiefunctie voor de palliatieve zorg is een aandachtsgebied geweest van de COPZ-en. Deze hebben een evaluatieonderzoek opgezet waaraan zowel regionale specialistische teams als consultatievormen binnen lokale netwerken hebben deelgenomen. In het kader van dit onderzoek is een uitgebreide registratie van de consultverlening bijgehouden.

De inzet van het basisdocument is om landelijke voorwaarden te creëren die nodig zijn om specifieke expertise in het hele land inzichtelijk, geordend en beschikbaar te krijgen. Daarbij is rekening gehouden met de verschillende modellen van consultverlening die gehanteerd kunnen (gaan) worden.

Het basisdocument benoemt de voorwaarden voor kwalitatief goede consultatie. Het is een raamwerk waarin op hoofdpunten beschreven staat wat er geregeld dient te zijn en heeft betrekking op de organisatie, de inhoud en het proces van consultatie.

Er is uitgegaan van de volgende definitie van consultatie in de palliatieve zorg:

Onder consultatie binnen de palliatieve zorg wordt verstaan een methodisch overleg tussen beroepskrachten (professionals) in de rol van consultgever(s) en consultvrager(s). De consultgever ondersteunt de consultvrager bij het verhelderen van de problematiek en draagt gespecialiseerde kennis en inzichten over ten aanzien van fysieke, psychologische, sociale en spirituele aspecten alsook ten aanzien van (regionale) mogelijkheden van behandeling, begeleiding, opvang en verzorging ten behoeve van patiënten in de palliatieve fase en hun naasten.

Een methodisch overleg kan verschillende vormen hebben, bijvoorbeeld: één op één, multidisciplinaire zorgplanbespreking etc.

In deze definitie worden de kerntaken van consultatie in de palliatieve zorg weergegeven. Deze kerntaken zijn onlosmakelijk verbonden met een aantal andere activiteiten zoals scholing en richtlijnontwikkeling. Beschrijving van deze activiteiten valt buiten het bestek van dit document. Het is belangrijk om twee opmerkingen ten aanzien van de gehanteerde omschrijving te maken:

Ten eerste: Consultatie is hier alleen gezien in de context van advisering aan professionele zorgverleners. Advisering aan patiënten/ mantelzorgers en de groep vrijwilligers wordt niet benoemd. Het belang van adviesmogelijkheden voor deze groepen is echter evident. Afzonderlijke opties daarvoor kunnen binnen lokale netwerken worden aangedragen. Binnen de COPZ-en vindt onderzoek plaats naar specifieke behoefte aan een helpdeskvoorziening voor patiënten, mantelzorgers en nabestaanden.

Ten tweede: Er is uitgegaan van de brede definitie van de palliatieve zorg zoals omschreven door de World Health Organisation¹. In deze definitie staat beschreven dat het in de palliatieve zorg niet alleen gaat om problemen van lichamelijke aard maar ook om problemen van psychosociale en spirituele aard. Consultatie dient zich derhalve integraal op alle zorgdimensies te richten.

3.1 **Beleid en organisatie**

Dit hoofdstuk gaat in op en aantal activiteiten die richting geven aan de consultatiefunctie als geheel. Een helder beleid en een effectieve organisatie zijn noodzakelijk voorwaarden bij het tot stand komen van een goede kwaliteit van consultatieverlening.

3.1.1 *Visie*

Binnen een voorziening voor palliatieve consultatie (hier verder met 'team' aangeduid) is er een gezamenlijke visie op palliatieve zorg en op consultverlening. Deze visie komt onder meer tot uiting in de beschrijving van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van het team en in de mogelijke varianten van consultatie welke geboden worden.

Voorbeelden van varianten van consultatie zijn:

- *Telefonische consultatie;*
- *Bedside consultatie;*
- *Casuïstiek/zorgplan bespreking.*

3.1.2 *Facilitaire voorwaarden*

De facilitaire kaders voor de consultatiefunctie garanderen de volgende randvoorwaarden:

- er is voldoende tijd en geld beschikbaar voor een individueel consult
- er is voldoende tijd en geld beschikbaar voor het functioneren als team inclusief inhoudelijk en organisatorisch overleg
- er is voldoende tijd en geld voor deskundigheidsbevordering en opleidingen, gericht op het verkrijgen en behouden van het vereiste deskundigheidsniveau
- de teamleden beschikken over een efficiënte werkplek met bijbehorende (kantoor)apparatuur en communicatiemiddelen.

3.1.3 *Netwerken*

De consultatiefunctie is onderdeel van de (palliatieve) zorgketen en de lokale cq regionale netwerken.

- het werkgebied van het team is vastgelegd
- er is een heldere afstemming, in de vorm van werkafspraken, tussen lokale consultgevers en / of teams in de netwerken, de regionale consultverlening en de afdelingen palliatieve zorg op IKC-niveau
- overlap met al bestaande functies en taken is vermeden in afstemming met andere zorgaanbieders in het (lokale)netwerk.

¹ 'Een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met levensbedreigende aandoeningen, door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en het behandelen van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard' (WHO, 2002)

3.2 Processen

Onder 'processen' staan de aandachtspunten rondom de uitvoering van het consult zelf en rondom de werkwijze van het hele team weergegeven. Consultatie betreft een proces van vraag formuleren, contact opnemen, vraag stellen – verhelderen – exploreren – samenvatten, advies geven, afspraken maken met betrekking tot evaluatie en follow-up en consult beëindigen. Het (expliciet beschreven) proces is aangrijpingspunt van kwaliteitsbewakende en –bevorderende activiteiten.

3.2.1 Procedure consult

Vastgelegd is wie de doelgroep van consultvragers is en wat deze doelgroep cq de consultvrager van de consultatie kan verwachten.

Doelgroep:

Er is beschreven:

- welke (professionele) hulpverleners tot de doelgroep behoren
- hoe om te gaan met vragen van niet (professionele) hulpverleners
- hoe om te gaan met vragen over medische problematiek door niet medici
- hoe om te gaan met vragen van buiten de regio
- hoe de consultatie laagdrempelig, goed toegankelijk en bereikbaar te laten zijn

Consultvraag:

Er zijn afspraken vastgelegd met betrekking tot:

- procedures over tot het verloop van een consult, vanaf aanmelding tot aan de definitieve afronding van het consult. Hierbij worden de verschillende varianten van consultverlening, zoals deze door het team worden toegepast, beschreven
- de tijd waarbinnen telefonisch contact tot stand moet komen en een consultvraag beantwoord wordt.

Advies:

Afspraken zijn vastgelegd over:

- het formuleren van de mondelinge en schriftelijke adviezen
- de medische eindverantwoordelijkheid voor het gegeven advies
- het gebruik van landelijk en/of regionaal vastgestelde protocollen en richtlijnen (evidence based of best practice).

Verslaglegging:

- er is schriftelijke verslaglegging en bevestiging naar de consultvrager van de gegeven adviezen.

Follow-up

Beschreven is:

- op welke wijze follow-up van het gegeven advies plaatsvindt.

Evaluatie adviezen:

Beschreven is:

- de wijze van evaluatie met consultvragers
- de wijze van evalueren van consulten met als doel toetsing, afstemming en scholing van het team etc.

3.2.2 Procedure team

De werkwijze, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het team, passende binnen de vigerende wetgeving, zijn in een document vastgelegd. Hierin wordt aandacht besteed aan de samenstelling van het team, regelmatige evaluatie van de werkwijze, bescherming van de privacy van de patiënt en zijn naasten en de klachtenprocedure.

Binnen het team is duidelijk wie wat wanneer mag en kan doen.

Doelgroep:

- de doelgroep wordt structureel geïnformeerd over de werkwijze en bereikbaarheid van het team

- de aanwezigheid en beschikbaarheid van de verschillende disciplines is vastgelegd en gewaarborgd.

Samenwerking:

- het team kent een multidisciplinaire vorm van samenwerken. Er zijn afspraken over welke disciplines minimaal in het team vertegenwoordigd zijn
- de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende teamleden zijn vastgelegd
- de wijze van communicatie, bereikbaarheid en afstemming tussen de verschillende leden van het team is beschreven.
- er is een procedure met betrekking tot overdracht van lopende consulten binnen het team en het vastleggen van deze consulten in een dossier
- de consultgever ontvangt structureel ondersteuning in de vorm van functioneringsgesprekken, werkoverleg en intervisie.

Er vinden regelmatig inter- en supervisie en evaluatie gesprekken plaats waarbij zowel de mate van tevredenheid en motivatie van de individuele consultverlener als van het team ter sprake komt ("zorg voor zorgenden").

Evaluatie:

- er vindt periodiek gezamenlijk inhoudelijk overleg plaats bijvoorbeeld met behulp van casuïstiek of richtlijnen
- de werkwijze van het team wordt geregeld geëvalueerd
- adviezen worden geëvalueerd op eenduidigheid
- ieder consult wordt volgens een bepaalde systematiek geregistreerd.

De registratie kan gebruikt worden voor externe verantwoording en onderzoek.

3.3 Kennis en vaardigheden

Professioneel handelen omvat zowel het vakkundig handelen als de attitude van de medewerkers. In deze paragraaf staan kennis, vaardigheden en expertise van de (verschillende) professionals beschreven, vereist voor vakkundig handelen. Vervolgens staat beschreven aan welke maatstaven een professionele attitude van de consultgever zou moeten voldoen.

3.3.1 Kennis, vaardigheden en expertise

Opleiding en ervaring zijn van cruciaal belang voor de kwaliteit van de consultatie. De consultgever moet over de benodigde vaardigheden en deskundigheden beschikken.

- beschreven is welke kennis en ervaring er binnen het team beschikbaar moet zijn en welke kennis en ervaring cq kerncompetenties de verschillende disciplines in het team nodig hebben
- beschreven is welke vaardigheden nodig zijn voor een goede consultverlening

*Consultgevers zijn in staat tot vraagverheldering, exploratie, reflectie en samenvatten
Consultgevers geven blijk van een anticiperend vermogen*

- consultgevers hebben kennis van de sociale kaart binnen de eigen regio
- consultgevers beschikken over een netwerk van deskundigen op relevante deelgebieden voor raadpleging
- consultgevers zijn actief betrokken bij de (palliatieve) patiëntenzorg (werken niet uitsluitend als consultant)
- er zijn afspraken over het minimaal aantal consulten per consultgever in een bepaalde periode
- het minimum aantal uren bij- en nascholing per jaar is vastgesteld.

3.3.2 *Professionele attitude*

Een professionele attitude betekent dat de consultgever een houding heeft waar kwaliteit en verantwoordelijkheid vanzelfsprekend deel van uitmaken.

De professionele attitude wordt onder andere gekenmerkt door:

- communicatieve kwaliteiten
- flexibiliteit
- empathie
- reflecterend vermogen.

Toetsing van een professionele attitude zou plaats kunnen vinden door middel van supervisie, evaluatie, functioneringsgesprekken, multidisciplinair overleg (mdo) etc.

3.4 **Middelen en materialen**

Er zijn binnen het netwerk afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van middelen en materialen. Randvoorwaarden hierbij zijn:

- flexibiliteit van consultverlening;
- goede afspraken over de financiering.

3.5 **Resultaten en kwaliteitsborging**

Het advies is het belangrijkste resultaat van het (proces van) consultatie. Het advies zou moeten bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

In dit hoofdstuk komt aan de orde aan welke kwaliteitscriteria het advies moet voldoen.

Vastgesteld is hoe vaak deze criteria getoetst worden en hoe. Het kwaliteitssysteem zal de kwaliteit van het advies (mede via de daaraan ten grondslag liggende processen) waarborgen. Indien een kwaliteitssysteem is ingevoerd zal er voor moeten worden gezorgd dat deze blijft voldoen aan de gestelde eisen. Dit geschiedt met behulp van kwaliteitsborging.

3.5.1 *Kwaliteitscriteria advies*

Het advies is:

- duidelijk voor de consultvrager
- uitvoerbaar voor de consultvrager
- steunend; de consultvrager dient zich bevestigd en begrepen te voelen.

Er wordt aandacht besteed aan:

- de effectiviteit van de voorgestelde aanpak
- volledigheid in het benaderen van de patiëntsituatie. Uitgangspunt is aandacht besteden aan alle aspecten van zorg. Soms is, in overleg met de consultvrager, inperking noodzakelijk.
- weloverwogenheid en juistheid van het advies; is er uitgegaan van de door het team gehanteerde richtlijnen .

Hiertoe is adequate documentatie van het consult en terugkoppeling met de consultvrager vereist.

3.5.2 *Borging van het kwaliteitssysteem*

Het kwaliteitssysteem is de organisatorische structuur die de kwaliteit van de consultatie moet waarborgen. Het bestaat (minimaal) uit de volgende elementen:

- documentatie (protocollen, kwaliteitshandboek)
- landelijke richtlijnen
- registratie (consulten en uitkomst van onderzoek)

- klachten procedure
- interne audit (zelfevaluatie, intercollegiale toetsing)
- externe audit (visitatie).

In het vervolgtraject zal dit verder uitgewerkt moeten gaan worden.

4 Richtlijnen symptoombestrijding

Toelichting

In aanvulling op de basisdocumenten voor netwerken en consultatie is de ontwikkeling van landelijke richtlijnen voor palliatieve symptoombestrijding de derde pijler in het traject voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid. Inhoudelijke richtlijnen van zorg vormen een belangrijke basis voor deskundigheidsbevordering en in algemene zin voor de verdere professionalisering in de palliatieve zorg.

De ontwikkeling van richtlijnen heeft een andere opzet dan de voorgaande basisdocumenten. Er is besloten om met de IKMN-richtlijnen voor palliatieve zorg als basis, stap voor stap en op interactieve wijze met het veld gaandeweg tot consensus over landelijke richtlijnen te komen. De IKMN-richtlijnen worden door consulenten palliatieve zorg in groten getale gebruikt in aanvulling op de richtlijnen vanuit hun eigen beroepsgroepen en de zakboekjes van de IKC's. Ook SCEN-consulenten (Steun en Consultatie bij Euthanasie Nederland) hanteren de IKMN-richtlijnen.

De IKMN-richtlijnen beschrijven symptoombestrijding vanuit een multidisciplinaire benadering. Naast medicamenteuze adviezen is er veel aandacht voor andere interventies. De richtlijnen zijn toegespitst op de Nederlandse situatie.

4.1 Digitaal toegankelijke richtlijnen

De wens leeft om richtlijnen palliatieve zorg digitaal toegankelijk te maken en daarmee de consultgevers, maar ook de consultvragers, de gelegenheid te geven op een snelle en toegankelijke wijze richtlijnen te kunnen inzien.

De Vereniging van Integrale Kankercentra heeft het initiatief genomen om dat te doen via www.oncoline.nl, de website, waar oncologische richtlijnen op worden gepubliceerd. Een aantal IKMN-richtlijnen zal hiervoor als pilot in Oncoline worden opgenomen.

In april 2003 zullen de eerste richtlijnen verschijnen op de website. Op systematische wijze zal onderzocht worden of deze concept-richtlijnen geaccepteerd worden als standaard voor symptoombestrijding in de palliatieve zorg.

Tevens zal gekeken worden of de wijze waarop deze digitaal toegankelijk zijn een adequate ondersteuning blijkt voor consultgevers en consultvragers.

4.2 Evidence based richtlijnen

Een aantal richtlijnen behoeft vanuit de practice based benadering een overgang naar evidence based opgestelde richtlijnen. Pijn, een onderwerp waarover vele vragen aan consulenten worden gesteld, komt hiervoor als eerste in aanmerking.

De VIKC zal in samenwerking met het CBO stimuleren dat een groep professionals een aanvraag hiervoor indient bij de Orde van Medisch Specialisten. Afhankelijk van de wensen in het veld zal dan bezien worden of ook voor andere richtlijnen dan pijn een traject ingegaan dient te worden voor het evidence based maken van de richtlijnen.

4.3 Validatie en toetsing van richtlijnen

De al bestaande richtlijnen van het IKMN zullen als uitgangspunt worden genomen om te onderzoeken of landelijke consensus bereikt kan worden. In het vervolgtraject zal het gebruik van de richtlijnen worden getoetst.

Deze toetsing kan mogelijk onderdeel zijn van de op te zetten registratie voor de consultatieve dienstverlening in de palliatieve zorg.

5 Bijlagen

- 5.1. Lijst met geraadpleegde literatuur
- 5.2 Samenstelling stuurgroep, projectgroepen en klankbordgroep
 - 5.2.1 *Stuurgroep*
 - 5.2.2 *Projectgroep lokale netwerken*
 - 5.2.3 *Projectgroep consultatie*
 - 5.2.4 *Projectgroep richtlijnen symptoombestrijding*
 - 5.3.5 *Klankbordgroep*

5.1 Lijst met geraadpleegde literatuur

Borst–Eilers, E. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). Standpunt op hoofdlijnen palliatieve zorg. Brief CZ/EZ-2244928

Borst–Eilers, E. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). Definitief standpunt palliatieve zorg. Brief CZ/EZ-2264460

Breggen J.M. van de. (2002). Consultatiemethode in de praktijk van terminaal palliatieve zorg; in het kader van de opleiding Palliatieve Referente Functie in de stervenszorg te Wemmel (Belgie), Rotterdam

Centra Voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg (2001). Structuurverandering Palliatief Terminale Zorg in Nederland. Advies van de Toetsingscommissie COPZ aan het ministerie van VWS. Utrecht

Centra Voor Ontwikkeling Palliatieve Zorg (2002). Verslag consultatieteams, derde tussenrapportage. Maastricht

Cusveller, B.S., Hartog A.J. den. (2001). Visie op palliatieve terminale zorg van de Nederlandse Patiënten Vereniging, NPV Utrecht

Francke, A.L., D.I. Willems. Palliatieve zorg vandaag en morgen. Feiten, opvattingen en scenario's. Elsevier gezondheidszorg 2000.

Hendrix, H., J. Konings, J. Doesburg en M. de Groot. Functionele samenwerking: werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector. H. Nelissen, Baarn 1991.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ (2002). Kwaliteit palliatieve zorg aan terminale patiënten in zelfstandige hospices. Een verkennend onderzoek. Den Haag

Integraal kankercentrum Noord-Nederland. Richtlijnen ondersteunende zorg bij (ex-) kankerpatiënten en naasten, Groningen 2001.

Landelijk Steunpunt Vrijwilligers Terminale Zorg, VTZ (2002). Handboek Kwaliteit Vrijwilligers Terminale Zorg. Bunnik

Landelijke Vereniging van Thuiszorg, LVT (2001). Kwaliteitseisen 2000, als vereisten voor het lidmaatschap van de LVT alsmede het toetsingskader voor deze kwaliteitseisen. Bunnik

NIAZ Toetsingsinstrument bij de norm Kwaliteitssysteem (1998). Leiden

Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam (2002). Handboek Consultatieteams Palliatieve Zorg Netwerk palliatieve Zorg Rotterdam. Rotterdam

Pallium, tijdschrift voor palliatieve zorg. Jaargang 4, nummer 5, november/december 2002. Bohn Stafleu Van Loghum Houten

Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut. Spirituele zorg in de laatste levensfase. Implementatieonderzoek 2002.

Projectgroep Integratie Hospicezorg (2001). Verbetering van de zorg voor mensen in de terminale fase en hun naasten. Eindrapport. Voorburg, november 2001.

- Projectgroep Kwaliteitskader Lokale Netwerken (2002). Concept Basisdocument Kwaliteitskader Lokale Netwerken. IKN, TNO Leiden
- Pruyn, J.F.A., M.F. de Boer, N.C. Heerema, M.L. Kiezebrink en Th. Wiggers. Ondersteunende zorg, NTVG 1995, nr. 139, 342-346.
- Reker, C.H.M. en J.H.C.M. Meerveld. Kwaliteitsprotocol kortdurend terminale zorg in verpleeghuizen. NZI/NVVZ, februari 1998.
- Ross-Van Dorp, C. Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). Voortgang en verdere verbetering palliatieve zorg. Brief CZ/EZ-2333612
- Stevens, P. (2002). Enkele handreikingen voor de ontwikkeling van een netwerk van zorgplekken voor mensen die terminaal zijn.
- Stichting Cliënt & Kwaliteit (2001). Kwaliteitscriteria voor palliatieve (netwerk)zorg vanuit patiënten / cliëntenperspectief. Utrecht
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, HKZ (2001). Samenvatting Strategienota de koers van Stichting HKZ in de komende jaren. Utrecht
- Stoppelenburg, A. (2001). Woorden en daden: (net)werken aan kwaliteit van palliatieve zorg in Rotterdam. Breda
- Stoppelenburg, A. (Net)werken aan de kwaliteit van palliatieve zorg in Rotterdam. Afstudeerscriptie Erasmus Universiteit Rotterdam, juli 2002.
- TNO Preventie en Gezondheid / Zorgnetwerk Land van Cuijk. Concept Kwaliteitskader Ketenzorg. Leiden/Boxmeer, mei 2002.
- Trochim, W.M.K. (1989). The Concept System. New York
- Vereniging van Integrale Kankercentra (1997). Kwaliteitskader Organisatie Oncologische Zorg, VIKC Utrecht
- Vereniging van Integrale Kankercentra (1993). Oncologische Consultverlening; IKC en ziekenhuis: aanspraak en afspraak, VIKC Utrecht
- Wagner, C. e.a. LCVV en NIVEL 1997. Kwaliteitsbewakende en –bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging, Utrecht
- Wolves, M. (2000). Model intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Kwaliteit in care en cure. Arcares Utrecht
- Woonzorg Federatie, WZF, (1998). WoonZorg Kwaliteitslabel door visitatie en registratie. Handleiding voor verzorgingshuizen, WZF Zeist

5.2 Samenstelling stuurgroep, projectgroepen en klankbordgroep

5.2.1 Stuurgroep

Voorzitter: Drs. R.F.M. van Bokhoven
programmacoördinator COPZ-A/ IKA

Leden:

- ◆ Drs. S. Adema
directeur IKL en 2^e programmaleider palliatieve zorg VIKC
- ◆ Mw. C. van den Akker
programmacoördinator COPZ-NN (IKN)
- ◆ Drs. B.A.J. Jongejan
directeur IKW en programmaleider palliatieve zorg VIKC
- ◆ T. Koks
programmacoördinator palliatieve zorg IKZ
- ◆ Mw. drs. A.G. Koppejan-Rensenbrink
directeur IKMN
- ◆ Mw. dr. C.C.D. van der Rijt,
programmacoördinator COPZ-R

5.2.2 Projectgroep lokale netwerken

Projectcoördinator: Mw. C. van den Akker
programmacoördinator COPZ-NN (IKN)

Externe adviseurs: Mw. drs. H. Lagerberg, drs. Stinenbosch en mw. dr. W. van der Weide
TNO Preventie en Gezondheid

Leden:

Leden van de projectgroep zijn afkomstig uit de verschillende IKC-regio's en/of COPZ-en en deskundig op het gebied van de palliatieve zorg. Daarnaast zijn zij betrokken bij netwerken of netwerken in oprichting in hun regio.

- ◆ IKA
Drs. W.J.J. Jansen
coördinator bedrijfsvoering, VU Medisch Centrum
J.R.G. Gootjes
Stichting Kuria
(beiden zijn coördinator Netwerk Amsterdam/Diemen)
- ◆ IKL
Mw. A. van der Riet
coördinator netwerk Roermond e.o. Stichting Land van Gelre
- ◆ IKMN
Dr. W.J.G. Ros
programmacoördinator COPZ-U (IKMN)
- ◆ IKN
N.B.: Drie netwerken i.o. (Meppel, Drachten en Groningen) hebben een eerste startdocument ontwikkeld.
- ◆ IKO
Drs. J. Douma
internist-oncoloog, netwerk regio Arnhem
Mw. drs. C. Galesloot
verpleeghuisarts en programmacoördinator COPZ-N
- ◆ IKR
Mw. P Geurts
beleidsmedewerker IKR
- ◆ IKST
Mw. M. Vos
coördinator netwerk Beekbergen
H.J. de Winter
adviseur palliatieve zorg IKST
- ◆ IKW
Mw. E. Meily
netwerkcoördinator palliatieve zorg
- ◆ IKZ
Mw. M. Heinsbroek
coördinator Zorg Netwerk Midden Brabant

5.2.3 *Projectgroep consultatie*

Voorzitter: Drs. C. Goedhart
verpleeghuisarts en voorzitter van de commissie
structuuraanpassing COPZ-R.

Projectcoördinator: Mw. drs. M.I. Warringa
verpleegkundige, beleidsmedewerker Erasmus MC-Daniel den
Hoed Oncologisch Centrum Rotterdam

Externe begeleiding: Dr. P.P.M. Harteloh
Instituut Beleid en Management gezondheidszorg (iBMG)
Erasmus MC Rotterdam

Leden:

Leden van de projectgroep zijn afkomstig uit de verschillende IKC-regio's en/of COPZ-en en deskundig op het gebied van de palliatieve zorg. Daarnaast zijn zij nauw betrokken bij de consultfuncties.

- IKA
Mw. drs. M.L.H. van der Watering
verpleeghuisarts en consulent palliatieve zorg
- IKL
Mw. dr. A. Courtens
verpleegkundig onderzoeker en programmacoördinator COPZ-M
- IKMN
Drs. E.H. Verhagen
huisarts en consulent palliatieve zorg
Dr. W.J.G. Ros
coördinator palliatieve zorg IKMN
- IKN
Drs. P.E. Cost Budde
huisarts en consulent palliatieve zorg
- IKO
Mw. drs. C. Galesloot
verpleeghuisarts, programmacoördinator COPZ-N
- IKR
Mw. drs. A. Stoppelenburg
coördinator netwerk palliatieve zorg Rotterdam
- IKST
drs. J. de Heer
huisarts en consulent palliatieve zorg
- IKZ
Mw. drs. J.C. Rademaker
huisarts en consulent palliatieve zorg

5.3.4 Projectgroep symptoombestrijding (digitale palliatieve richtlijnen)

Voorzitter: Mw. drs. A.G. Koppejan-Rensenbrink
directeur IKMN
Secretaris: Mw. drs. S.M.C. Kersten,
beleidsmedewerker VIKC

Leden:

Leden van de projectgroep zijn afkomstig uit de verschillende IKC-regio's en/of COPZ-en en deskundig op het gebied van de palliatieve zorg. Daarnaast zijn de meesten nauw betrokken bij consultfuncties.

- ◆ IKA
 - Mw. drs. J.I. Sterk-Blaauw
verpleeghuisarts
 - Mw. drs. M.W. van der Schalk
verpleeghuisarts
- ◆ IKL
 - Mw. drs. M. van den Beuken
internist
 - Mw. drs. M.L.E. Janssen-Jongen
verpleeghuisarts
- ◆ IKMN
 - dr. A. de Graeff
internist-oncoloog
 - dr. E.H. Verhagen
huisarts en consulent palliatieve zorg
 - drs. T.C. Besse
anesthesioloog
 - Mw. G.M. Hesselman
oncologisch verpleegkundige
- ◆ IKN
 - dr. W.J. Meyler
pijnconsulent
- ◆ IKO
 - Mw. drs. M.B. Kuyper
coördinator deskundigheidsbevordering palliatieve zorg IKO
 - dr. Z. Zylicz
internist
- ◆ IKR
 - Mw. dr. M. Bannink
hoofd psychosociale oncologie
 - Mw. dr. C.C.D. van der Rijt
internist-oncoloog
 - Mw. dr. R.H. Enting,
neuroloog
 - Mw. dr. L. van Zuylen
internist-oncoloog
- ◆ IKST
 - drs. A. G. Boekema
medisch coördinator
 - Mw. drs. J. Jonker
Verpleeghuisarts
 - drs. C.F.M. Hoffmans,
huisarts
 - drs. J. de Heer
huisarts en consulent palliatieve zorg
- ◆ IKW
 - drs. R.L. van Leersum.
anesthesioloog
- ◆ IKZ
 - drs. C. van Gelder
verpleeghuisarts

5.2.5. Klankbordgroep

Voorzitter: Drs. R.F.M. van Bokhoven
programmacoördinator COPZ-A (IKA)

Leden:

Drs. S. Adema, IKL
Mw. C. van den Akker, COPZ-NN/ IKN
Drs. J.A.J. Bart, Landelijk Steunpunt VTZ
Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel, NP/CF
Drs. R.S. van Coevorden, NAPC
Mw. C.E.I.M. van Dierendonck-Ferweda, NFK
Drs. A. Eliens, AVVV
A.J. den Hartog, Stichting Cliënt en Kwaliteit
Mw. drs. C. Honing, NKB/KWF
Mw. drs. C.M.F. Jessen, Arcares
Drs. B.A.J. Jongejan, IKW
T. Koks, IKZ
Mw. J.H. Koningswoud, Associatie van High-care Hospices
Mw. drs. A.G. Koppejan-Rensenbrink, IKMN
Mr. J.A.M. Landman, VAZ
Mw. drs. K.S. Loonstra, Min. van VWS
Drs. G. Melkert, Arcares
Mw. drs. N.M.A. Verkleij, NVZ
A. Ouwerkerk, LOT, Vereniging van Mantelzorgers
Drs. A. Rhebergen, NPTN/AGORA
Mr. W.P. Rijksen, KNMG
Mw. dr. C.C.D. van der Rijt, COPZ-R
J.M. Ruyten, VHN
R. Seldenrijk, NPV
Drs. J. Schuurmans, NAPC
Mw. C. van Tol-Verhagen, Associatie van High-care Hospices
Mw. drs. I.H. Versteeg, VHN
Winzum, drs. C., VHN

Vacant: LVT, LHV/NHG