

Zelfevaluatie Palliatieve Zorg in zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking

Ervaringen en tips voor gebruik van het instrument

Hille Voss¹, Ilse Brummelhuis², Anneke Francke^{1,3}, Anke de Veer¹

¹Nivel, ²Palliatieve Zorg Nederland (PZNL), ³Amsterdam UMC, locatie VUmc, Expertise centrum Palliatieve zorg Amsterdam

In zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking is steeds meer aandacht voor palliatieve zorg. Het instrument ‘Zelfevaluatie Palliatieve Zorg’ biedt inzicht in de geboden palliatieve zorg, het palliatieve zorgbeleid en verbetermogelijkheden. Het instrument blijkt goed bruikbaar in de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar vereist een aangepaste manier van kijken naar de zorg. Deze factsheet beschrijft de resultaten uit de Zelfevaluaties van tien zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking en biedt tips voor anderen om met het instrument aan de slag te gaan.

Definitie palliatieve zorg: “Palliatieve zorg is de zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard” (IKNL/Palliactief, 2017, p.8)

Over het instrument ‘Zelfevaluatie Palliatieve Zorg’

De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg (IKNL/Fibula, 2018) is een instrument om te reflecteren op de geboden palliatieve zorg binnen zorgorganisaties. Het instrument is gebaseerd op het [Kwaliteitskader Palliatieve Zorg](#) (IKNL/Palliactief, 2017). Dit Kwaliteitskader beschrijft de beste manier van handelen bij palliatieve zorg. De Zelfevaluatietool bestaat uit twee onderdelen:

1. een dossieronderzoek van de tien laatste niet-acuut overleden cliënten binnen de zorgorganisatie
2. een vragenlijst over een aantal domeinen van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, namelijk: markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, symptoomlast op vier dimensies (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel), deskundigheid, coördinatie en continuïteit, netwerk, individueel zorgplan en evenwichtige zorgverleners.

De Zelfevaluatie wordt ingevuld door een, bij voorkeur multidisciplinair samengestelde, werkgroep van professionals in een zorgorganisatie, begeleid door het [Netwerk Palliatieve Zorg](#) in hun regio. Tot nu toe maken vooral verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, hospices en ziekenhuizen gebruik van het instrument.

De ervaringen zijn positief: de Zelfevaluatie biedt inzicht in de geboden palliatieve zorg in de organisatie en draagt bij aan onderlinge discussies binnen teams over verbetermogelijkheden (Brummelhuis, van Drielen, Tummers, 2021).

Of de Zelfevaluatie ook bruikbaar is in de verstandelijk gehandicaptenzorg, was nog onduidelijk. Voor dit onderzoek voerden tien zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking de Zelfevaluatie uit. Deze factsheet beschrijft de resultaten, ervaringen en tips voor gebruik van het instrument binnen de gehandicaptenzorg. Aan het eind staat een beschrijving van de onderzoeksopzet.

In de factsheet beantwoorden we de volgende vragen:

1. Hoe wordt palliatieve zorg in organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking geboden, gemeten met de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg?
2. Wat kunnen we leren van de ervaringen met de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg in zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking?

Resultaten van de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg

Hieronder beschrijven we per domein de standaard uit het Kwaliteitskader (in blauwe blokken) en de resultaten uit de Zelfevaluaties.

Domein: Markering

Patiënten in de palliatieve fase worden tijdig herkend.

Bij de meeste organisaties is de **markering** van de palliatieve fase besproken bij niet-acuut overleden cliënten. Om een palliatieve zorgbehoefte bij cliënten te herkennen, is de 'surprise question' door negen van de tien organisaties genoemd als hulpmiddel. De surprise question is: "Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?". Wanneer het antwoord op deze vraag nee is, is dit een aanwijzing dat een cliënt in de palliatieve fase zit. Hoe markering plaatsvindt binnen de zorgorganisaties, bijvoorbeeld wie de surprise question stelt en wanneer dit gebeurt, blijft vaak onduidelijk. Zo blijkt uit de Zelfevaluatie dat de surprise question niet altijd wordt gesteld; in één organisatie gaven professionals aan dat een duidelijke markering van de palliatieve fase alleen bij cliënten met een progressief ziektebeeld plaatsvindt. Hierdoor wordt een behoefte aan palliatieve zorg niet bij alle cliënten tijdig herkend.

Domein: Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is het continue proces waarin zorg wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en realiseerbare waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.

Uit de Zelfevaluaties komt naar voren dat **gezamenlijke besluitvorming** in de tien organisaties aan bod komt in de reguliere jaarlijkse of tweejaarlijkse georganiseerde multidisciplinaire overleggen (MDO's). In een aantal organisaties gebeurt dit bij cliënten in de palliatieve fase vaker, waarbij betrokkenen afspraken, doelen en verwachtingen voor de cliënt bespreken. Afspraken voortkomend uit het proces van gezamenlijke besluitvorming worden vastgelegd in het reguliere zorg- of leefplan. In één organisatie is er een apart 'palliatief dossier' voor cliënten die palliatieve zorg krijgen.

Domein: Proactieve zorgplanning

Vroegtijdige 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. De gemaakte afspraken worden vastgelegd in het individueel zorgplan. Proactieve zorgplanning wordt herhaald wanneer de situatie van de patiënt daar aanleiding toe geeft.

Het is in de meeste van de tien deelnemende zorgorganisaties onduidelijk wanneer en hoe **proactieve zorgplanning** plaatsvindt en op welke wijze zorgorganisaties dit stimuleren. In acht van de tien organisaties is er met de meerderheid van de niet-acuut overleden cliënten en/of hun naasten gesproken over het levenseinde. Professionals binnen sommige organisaties maken gebruik van een wensenboek voor mensen met een verstandelijke beperking om te spreken over wensen en

behoeften voor toekomstige zorg, bijvoorbeeld het boek [“Wat wil ik als ik niet meer beter word...”](#). Met naasten is gesproken over wat belangrijk is voor de kwaliteit van leven van de cliënt en over medische beleidsafspraken.

Domein: Symptoomlast op vier dimensies

Fysieke dimensie: De fysieke symptomen van een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid worden volgens geldende richtlijnen en inzichten behandeld, waarvan op grond van kennis en kunde gefundeerd mag worden afgeweken en waarbij behandeling is afgestemd op de individuele patiënt.

Psychische dimensie: De zorgverlener heeft samen met de patiënt en diens naasten aandacht voor de psychische gevolgen van een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en de aanwezigheid van eventuele psychiatrische symptomen.

Sociale dimensie: De zorgverlener staat samen met de patiënt en diens naasten stil bij hun sociale context, zodat aan hun doelen, wensen en behoeften tegemoet gekomen kan worden, sterke kanten benut kunnen worden en het welbevinden van de patiënt en diens naasten kan worden vergroot.

Spirituele dimensie: De patiënt en diens naasten ervaren aandacht voor wat voor hen van betekenis is en ontvangen passende ondersteuning bij spirituele en existentiële vragen en behoeften.

In de tien zorgorganisaties is in het algemeen aandacht voor **zorg op vier dimensies** (fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie), maar blijft het onduidelijk op welke wijze hiervoor specifieke aandacht is bij cliënten in de palliatieve fase. De expertise van de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) wordt ingezet voor de fysieke dimensie van palliatieve zorg. Twee organisaties gebruiken het hulpmiddel ‘[Signalering](#)’ (IKNL, 2020) om symptomen en zorgbehoeften in de palliatieve fase in kaart te brengen. Acht van de tien organisaties hebben een geestelijk verzorger in dienst die ondersteunt bij de spirituele zorg voor de cliënt. Daarnaast zijn er (persoonlijk) begeleiders en gedragsdeskundigen betrokken bij de psychische en sociale zorg.

Domein: Deskundigheid

Zowel de zorgverlener als de vrijwilliger zijn gekwalificeerd voor de zorg die ze verlenen en houden aantoonbaar hun kennis actueel met relevante bij- en nascholing.

In twee van de tien zorgorganisaties zijn er op schrift gestelde eisen voor de **deskundigheid** van zorgverleners of vrijwilligers op het gebied van palliatieve zorg. De meeste organisaties bieden niet standaard (bij)scholing in palliatieve zorg. Wel vinden er in enkele organisaties themadagen of informatieavonden over palliatieve zorg plaats. Uit de zelfevaluatie blijkt dat bij één organisatie kennis is verankerd via zorgverleners die veel ervaring hebben met palliatieve zorg. In zes van de tien organisaties zijn er gespecialiseerde zorgverleners in palliatieve zorg, bijvoorbeeld [zorgconsulenten palliatieve zorg](#).

Domein: Coördinatie en continuïteit

Rondom de patiënt en diens naasten is een persoonlijk en dynamisch team van zorgverleners dat op ieder moment beschikbaar is. Beschikbare voorzieningen en expertise worden daadwerkelijk benut en ingeschakeld. Noodzakelijke transfers dienen naadloos te verlopen. Dit team werkt op basis van het individueel zorgplan, met de centrale zorgverlener als verbindende schakel.

Het is gebruikelijk dat cliënten in de gehandicaptenzorg een persoonlijk begeleider hebben. Deze persoon blijft over het algemeen automatisch ook de centrale zorgverlener in de palliatieve fase. In negen van de tien organisaties hebben alle cliënten in de palliatieve fase een centrale zorgverlener. Diverse zorgprofessionals (o.a. arts, persoonlijk begeleider, gedragsdeskundige), de wettelijke vertegenwoordiger en – indien mogelijk – de cliënt zelf zijn bij de gebruikelijke overleggen aanwezig waarbij het zorgplan van de cliënt wordt geëvalueerd. In de palliatieve fase wordt dit voortgezet.

Domein: Netwerk

Betrokken organisaties in een regio werken effectief en efficiënt samen om te voorzien in de wensen en behoeften van patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en hun naasten.

Vijf van de tien organisaties hebben regionale afspraken of protocollen over samenwerking met andere organisaties (bijvoorbeeld verpleeghuizen, huisartsenpraktijken of hospices) die palliatieve zorg bieden. Alle tien organisaties nemen deel aan een regionaal **netwerk** palliatieve zorg, een formeel samenwerkingsverband van organisaties/aanbieders van palliatieve zorg binnen een regio. De werkelijke samenwerking is veelal incidenteel, bijvoorbeeld op basis van casusbesprekingen. In twee organisaties zijn er afspraken binnen het netwerk over de beschikbaarheid van respijtzorg in de laatste levensfase, bijvoorbeeld hospicezorg of de inzet van vrijwilligers palliatieve terminale zorg.

Domein: Individueel zorgplan

Elke patiënt in de palliatieve fase heeft een individueel zorgplan, dat bij de patiënt aanwezig is en zo nodig wordt bijgesteld gedurende het ziekteproces. Het individueel zorgplan is het middel om de patiënt, diens naasten, zorgverleners en vrijwilligers op één lijn te houden en de gemaakte afspraken eenduidig en toegankelijk bij elkaar te hebben, ook in de nachten, weekenden, bij crisissituaties en in de stervensfase.

Cliënten binnen organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking hebben standaard een individueel zorgplan. In alle tien organisaties was er dan ook een **individueel zorgplan** voor alle laatste niet-acuut overleden cliënten. Niet altijd is expliciet in het zorgplan beschreven dat een cliënt in de palliatieve fase is. Wel melden de zorgplannen de medische beslissingen, zoals een reanimatiebeleid of wens voor eventuele opname in het ziekenhuis. Uit de Zelfevaluaties blijkt dat er aandacht is voor de eigen regie van cliënten door waar mogelijk te vragen naar wensen en behoeften, bijvoorbeeld over waar de cliënt wil sterven, wie aanwezig wil zijn en geïnformeerd moet worden, en hierover te rapporteren in het zorgplan.

Domein: Evenwichtige zorgverleners

Zorgverleners en vrijwilligers zijn zich bewust van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg kan hebben op henzelf. Zij reflecteren op hun eigen houding en handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en voor hun collega's. Zorgorganisaties faciliteren hen hierbij.

In alle organisaties is er aandacht voor **evenwichtige zorgverleners** en de impact van het geven van palliatieve zorg. Er zijn intervisiebijeenkomsten of een moreel beraad voor zorgverleners om te reflecteren op hun eigen houding en gedrag, om persoonlijke problemen te bespreken en om ruimte te maken voor emoties. In negen van de tien organisaties is een beleid voor “zorg voor zorgenden”.

Ervaringen met de ‘Zelfevaluatie Palliatieve Zorg’

Volgens betrokkenen van de tien deelnemende zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking biedt de Zelfevaluatie waardevolle informatie over de geboden palliatieve zorg. De Zelfevaluatie werd in de organisaties ingevuld door een groep professionals betrokken bij de palliatieve zorg, met ondersteuning van de coördinator van het regionale Netwerk Palliatieve Zorg. Toen de Zelfevaluatie werd uitgevoerd, was er in de meeste organisaties nog geen duidelijk beleid of visie voor palliatieve zorg. Door het gezamenlijk invullen van de Zelfevaluatie kregen de professionals meer inzicht in wat palliatieve zorg inhoudt, wat belangrijk en nodig is om goede palliatieve zorg te bieden, en wat er wel en niet geregeld is in hun organisatie. De resultaten van de Zelfevaluatie gaven aanleiding om met elkaar in gesprek te gaan over hoe de palliatieve zorg nog beter kan voor cliënten en naasten. Ook gaf de Zelfevaluatie een impuls om bij het bestuur de noodzaak voor het verbeteren van palliatieve zorg onder de aandacht te brengen.

Tips voor de ‘Zelfevaluatie Palliatieve Zorg’

Uit de ervaringen binnen dit onderzoek komen tips naar voren voor andere organisaties in de gehandicaptenzorg die gebruik willen maken van de Zelfevaluatie (zie Box). De tips vormen een aanvulling op de algemene handreiking van de Zelfevaluatie, waarin onder andere het doel, de werkwijze en de procesbeschrijving staat beschreven (IKNL/Fibula, 2018). De tips zijn onderverdeeld in “inhoudelijke tips” gericht op het beantwoorden van de vragen uit de Zelfevaluatie en “overige tips” over de uitvoering en het proces van de Zelfevaluatie voor professionals werkzaam in zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking.

Box: Tips voor de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg in de gehandicaptenzorg

Inhoudelijke tips:

- Kijk bij ieder domein van de Zelfevaluatie naar specifieke werkwijzen in de palliatieve zorg. Veel standaarden voor het bieden van goede zorg zijn aanwezig in de reguliere zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Tijdens het invullen van de Zelfevaluatie is het belangrijk om gezamenlijk te evalueren of deze standaarden ook in de palliatieve zorg worden toegepast, en op welke wijze hiervoor (extra) aandacht nodig is voor cliënten in de palliatieve fase en naasten. Onder andere:
 - Reflecteer niet alleen op *gezamenlijke besluitvorming* in reguliere overleggen, zoals de structurele MDOs, maar bekijk of professionals de frequentie en inhoud van het overleg aanpassen aan wat nodig is voor de cliënt in de palliatieve fase. Bespreek wie betrokken is bij beslissingen rond het levenseinde, wat belangrijk is voor de kwaliteit van leven en sterven, en hoe het proces van besluitvorming is vastgelegd.
 - Het domein *symptoomlast op vier dimensies* gaat in op fysieke, psychologische, sociale en spirituele zorg in de palliatieve fase. In de gehandicaptenzorg zijn er diverse professionals die op deze dimensies ondersteuning kunnen bieden. Ga na of er in de palliatieve fase aanvullende ondersteuning nodig is, en welke mogelijkheden hiervoor zijn binnen de organisatie. Voorbeelden hiervan zijn:
 - *Fysieke dimensie*: Welke hulpmiddelen worden ingezet om pijn of palliatieve symptomen te herkennen bij mensen met een verstandelijke beperking in de palliatieve fase? Wie is hierbij betrokken?
 - *Psychologische dimensie*: Welke ondersteuning is mogelijk bij angst, onrust of depressieve klachten van cliënten in de palliatieve fase en hun naasten?
 - *Sociale dimensie*: Hoe wordt er met cliënten en naasten gesproken over belangrijke personen om te betrekken in de zorg? Is er aandacht voor medebewoners?
 - *Spirituele dimensie*: Is er met cliënten en naasten gesproken over dood en doodgaan? Wat zijn belangrijke rituelen of hulpmiddelen die daarbij kunnen helpen?

- In de gehandicaptenzorg heeft iedere cliënt een persoonlijk begeleider. Reflecteer bij *coördinatie en continuïteit* op de rol van de persoonlijk begeleider in de palliatieve fase. Onder andere: Is de persoonlijk begeleider vanzelfsprekend de juiste persoon om ook de palliatieve zorg te coördineren? Hoe verloopt de samenwerking tussen begeleiders en professionals van de medische dienst?
- Ga bij het domein *individueel zorgplan* niet alleen na óf er een zorg- of leefplan is voor iedere cliënt, maar ook of er in het plan aandacht is voor palliatieve zorg. Bijvoorbeeld of doelen, wensen en behoeften voor toekomstige zorg (proactieve zorgplanning) zijn gedocumenteerd.

Overige tips:

- Het verschilt per organisatie wie toegang heeft tot dossiers van overleden cliënten. Voor het gebruik van dossiers voor de Zelfevaluatie is geen toestemming nodig van de wettelijk vertegenwoordiger omdat er in de Zelfevaluatie geen tot individuen te herleiden gegevens worden genoteerd.
- Mogelijk zijn er onvoldoende dossiers van niet-acuut overleden cliënten beschikbaar, bijvoorbeeld omdat dossiers niet (meer) toegankelijk zijn of omdat er te weinig cliënten overleden zijn in de organisatie. Een alternatief is het inzien van dossiers van cliënten die momenteel palliatieve zorg ontvangen.
- Het is waardevol om met diverse betrokkenen (zorgverleners, cliënten, naasten of vertegenwoordigers) in gesprek te gaan tijdens het uitvoeren van de Zelfevaluatie. Neem bijvoorbeeld in één à twee interactieve sessies samen de domeinen van de Zelfevaluatie door en bespreek elkaars ervaringen met palliatieve zorg.

Conclusie

De Zelfevaluatie Palliatieve Zorg is bruikbaar in zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking om de geboden palliatieve zorg in kaart te brengen. Het invullen van het instrument maakt duidelijk wat goed gaat en wat nog beter kan. In de tien deelnemende organisaties waren er al veel standaarden aanwezig voor het bieden van goede zorg. Zo heeft iedere cliënt een persoonlijke begeleider en een individueel zorgplan dat regelmatig met alle betrokkenen wordt geëvalueerd. Daarnaast zijn er diverse professionals die op de verschillende dimensies van palliatieve zorg ondersteuning bieden, zoals agogisch opgeleide begeleiders, verpleegkundigen, AVG's, gedragsdeskundigen, geestelijk verzorgers en paramedici. Ook is er binnen alle deelnemende zorgorganisaties aandacht voor 'zorg voor zorgenden'.

Doordat een expliciet palliatief zorgbeleid in de meeste organisaties miste, is niet altijd duidelijk of de aanwezige standaarden voor het bieden van goede zorg ook worden benut in de palliatieve fase. Bij de Zelfevaluatie is het daarom belangrijk om verder te kijken dan de regulier geboden zorg en met een multidisciplinair team te reflecteren op specifieke werkwijzen in de palliatieve zorg. Bijvoorbeeld door bij ieder domein na te gaan of er in de palliatieve fase extra ondersteuning gewenst is, of dat er aanpassingen nodig zijn ten opzichte van de reguliere zorg. De Zelfevaluatie helpt op deze manier om een gezamenlijke visie op wat belangrijk is voor goede palliatieve zorg binnen de organisatie verder te ontwikkelen en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in de palliatieve fase en naasten te verbeteren.

Literatuur

- Brummelhuis, I., van Drielen, E. & Tummers, R.M. Zelfevaluatie-instrument. Meer bewustwording palliatieve zorg. *Pallium* 23(1), 16–19, 2021. <https://doi.org/10.1007/s12479-020-0839-0>
- Galesloot C., van Boekel, R., Krol, R., Nogarede, R. & Verschuur, E. Zorgconsulent Palliatieve Zorg. Handleiding voor implementatie. Nijmegen: IKNL, 2013.
- Handreiking zelfevaluatie palliatieve zorg, IKNL/Fibula, 2018. Geraadpleegd via <https://palliaweb.nl/publicaties/handreiking-zelfevaluatie-palliatieve-zorg>
- Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017. Geraadpleegd via <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>
- Signalering in de palliatieve fase. Een denk- en werkmethode om stapsgewijs zorgproblemen in kaart te brengen en te bespreken. IKNL, 2020. Geraadpleegd via <https://palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/signalering-in-de-palliatieve-fase,-digitale-set>
- Wagemans, A., & Slort, W. Palliatieve zorg bij mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap*, 64(4), 51-53, 2021. doi: 10.1007/s12445-021-1080-8
-

Het onderzoek

Dit onderzoek is onderdeel van het project “Gereedschapskist: Aan de slag in de palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking”, gesubsidieerd door ZonMw (projectnummer 80-84400-98-701). In dit project implementeren tien zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking bestaande instrumenten om de palliatieve zorg te verbeteren. Voorafgaand aan de implementatie voerden een werkgroep in elke organisatie de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg uit en vulden professionals een vragenlijst in over hun ervaringen met palliatieve zorg. Het doel van de Zelfevaluatie binnen dit project was om te kijken welke instrumenten uit de “Gereedschapskist” het beste aansluiten bij de verbeterwensen.

Methode

De Zelfevaluaties zijn in de tien organisaties in samenwerking met het betrokken regionale Netwerk Palliatieve Zorg uitgevoerd in de periode september 2020 – december 2021. Na het invullen van de Zelfevaluatie is met betrokkenen van iedere organisatie en/of de netwerkcoördinator contact geweest over de ervaringen met het invullen van de Zelfevaluatie. De resultaten van de Zelfevaluaties zijn geanalyseerd met behulp van een extractieformulier, waardoor de belangrijkste informatie uit de documenten werd gehaald. De extractie is onafhankelijk uitgevoerd door twee onderzoekers. De ingevulde extractieformulieren zijn verwerkt in Excel en werden continue besproken en vergeleken, totdat overeenstemming over de geëxtraheerde informatie was bereikt. De tips voor de Zelfevaluatie Palliatieve Zorg zijn opgesteld naar aanleiding van de ervaringen en zijn ter validering voorgelegd aan coördinatoren van de Netwerken Palliatieve Zorg (n=6). Op basis van de aanvullingen van vier coördinatoren zijn de tips aangescherpt.

Meer weten

U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Meer informatie over het project “Gereedschapskist: Aan de slag in de palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking” is te vinden via www.gereedschapskistpz.nl.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: Voss, H., Brummelhuis, I., Francke, A., de Veer, A. Zelfevaluatie Palliatieve Zorg in zorgorganisaties voor mensen met een verstandelijke beperking. Ervaringen en tips voor gebruik van het instrument. Utrecht: Nivel, 2022.
