

# ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

WO (NIVEAU 8 EN 8+)

**GENEESKUNDIG SPECIALIST BASIS EN GEVORDERD**

Versie 1 september 2021



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg

Dit programma wordt  
mogelijk gemaakt door



# INHOUDSOPGAVE WO (NIVEAU 8 EN 8+)

---

Inleiding	3
Leeswijzer	4
Werkgroepen	5
Interprofessioneel samenwerken	7
Overzicht Kerncompetenties basis en gevorderd	10
EPA Basis	11
EPA's Gevorderd	13
Onderwijsraamwerk competenties basis en gevorderd:	21
- Medisch expert: medisch handelen	21
- Communicator: communiceren	24
- Samenwerker: samenwerken	26
- Academicus: kennis en wetenschap	28
- Gezondheidsbevorderaar: maatschappelijk handelen	29
- Organisator: organisatie en leiderschap	31
- Professional: professionaliteit	33
Brondocumentatie	34
Colofon	35

---

# INLEIDING

**Met genoeg bieden we hierbij Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 aan. Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 beschrijft de competenties ten behoeve van de palliatieve zorgverlening voor zorgprofessionals op niveau 2 tot en met 8 zoals vastgesteld door het Nederlands Kwalificatieraamwerk (NLQF). Het kwalificatieraamwerk bestaat uit acht niveaus en één instroomniveau. De niveaus worden vastgesteld aan de hand van beschrijvingen van wat iemand weet en kan, na voltooiing van het leerproces. Deze beschrijvingen van de niveaus van kennis, vaardigheden en zelfstandigheid en verantwoordelijkheid noemen we leerresultaten.**

[www.nlqf.nl](http://www.nlqf.nl)

In Nederland wordt palliatieve zorg primair als generalistische zorg gezien: dit betekent dat alle zorgverleners zelf palliatieve zorg moeten kunnen verlenen aan mensen met palliatieve zorgbehoeften tot op een zeker niveau; zorgverleners met specialistische kennis van palliatieve zorg worden geraadpleegd als dit nodig is.

Voor een beschrijving van de benodigde competenties van generalistische zorgverleners is in opdracht van ZonMw Palliantie in 2016 het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 1.0 opgesteld. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 is een doorvertaling van dit document. Kennis, vaardigheden en houdingsaspecten zijn geïntegreerd beschreven. Ook zijn de kernbegrippen rondom palliatieve zorg en gedragsuitingen van de zorgverleners beschreven. De competenties geven aan wat er van de zorgprofessionals verwacht mag worden als het gaat om de zorg voor mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid.

In het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg (IKNL, 2017) zijn uitgangspunten voor kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland beschreven. Het is daarom van belang dat alle

zorgprofessionals in hun basisopleiding palliatieve zorg als één van de onderdelen van hun opleiding hebben gevolgd. Eén van de voorwaarden voor optimale palliatieve zorg is dat het onderwijs tussen de opleidingen op elkaar is afgestemd en voorzien van een basis van niet-vrijblijvende palliatieve termen. Het doel van het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 is dan ook om zorgverleners van alle deskundigheidsniveaus te bekwalen in het leveren van palliatieve zorg van goede kwaliteit. Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 kan gebruikt worden om onderwijs en bij- en nascholing te ontwikkelen. Zo draagt het bij aan het verbeteren van onderwijs en opleiding (interprofessionele) palliatieve zorg met als uiteindelijk doel om de kwaliteit van palliatieve zorg te verbeteren. Bovendien wordt hiermee een landelijk gedragen uitgangspunt geboden voor onderwijs en opleiding in generalistische palliatieve zorg door alle zorgprofessionals.

Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 kent een andere opbouw dan Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 1.0. In plaats van het beschrijven van kennis, vaardigheden en houdingsaspecten, zijn in Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 competenties met gedragsuitingen beschreven. Dit laat duidelijker zien wat in de praktijk verwacht mag worden van een zorgprofessional. Elk raamwerk niveau 2 t/m 8 heeft eenzelfde opbouw: competentie - gedragsuitingen - kwalificatiedossier (mbo) / Body of Knowledge and Skills (BoKS; hbo) / (Entrustable Professional Activities (EPA's; wo(+)) - kernbegrippen en de domeinen uit het kwaliteitskader. Dit maakt de vergelijkbaarheid tussen de competenties van de zorgprofessionals van de verschillende niveaus eenvoudiger en vergemakkelijkt het samenstellen van een doorlopende leerlijn.

Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 gaat uit van een interprofessionele benadering van palliatieve zorgverlening. Palliatieve zorg is bij uitstek zorg die interprofessioneel wordt verleend aan de patiënt en diens naasten, waarbij verschillende

zorgverleners als team samenwerken rondom de patiënt. Hierbij kunnen activiteiten door verschillende zorgprofessionals en het informeel netwerk worden uitgevoerd. Een interprofessionele benadering gaat in principe uit van zorg verleend door professionals uit meerdere disciplines en uit het informeel netwerk. Dit Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 beperkt zich tot de disciplines zorg, verpleegkunde en geneeskunde.

Om te kunnen definiëren welke interprofessionele activiteiten het team samen uitvoert, is de 'reis' die de patiënt in de palliatieve fasen aflegt, de zogenaamde 'patient journey', als uitgangspunt genomen. Per activiteit zijn de competenties van de verschillende zorgprofessionals geclusterd. Op deze manier wordt het ontwikkelen van interprofessioneel onderwijs gestimuleerd en ondersteund. Het interprofessionele samenwerkingsmodel is te lezen in het hoofdstuk Interprofessioneel samenwerken.

Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 is binnen het programma O<sup>2</sup>PZ tot stand gekomen met afgevaardigden uit het onderwijs- en werkveld. Om het ontwikkelde materiaal steeds te valideren, zijn er consultatierondes gehouden, mandaat- en klankbordgroepen geraadpleegd en expertmeetings georganiseerd met vertegenwoordigers van achterbannen van de diverse niveaus. Ook heeft de kwaliteitswerkgroep van het programma O<sup>2</sup>PZ feedback op de conceptproducten gegeven. Achterin het onderwijsraamwerk staan de bij de totstandkoming betrokken partijen en personen vermeld.

*Voor de leesbaarheid van de tekst wordt overal 'hij' en 'patiënt' gebruikt. Daar waar in dit document 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen en 'patiënt' kan vervangen worden door cliënt/klant/zorgvrager/bewoner of gast. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, wordt de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld.*

# LEESWIJZER

Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 bestaat uit verschillende delen:

1. Interprofessionele activiteiten palliatieve zorg
2. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 mbo niveau 2
3. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 mbo niveau 3
4. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 mbo niveau 4
5. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 hbo niveau 6
6. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 wo niveau 6
7. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 wo niveau 7
8. Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 wo niveau 8

Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 sluit aan bij het betreffende niveau.

Een opsomming van voornaamste verschillen:

- **Niveaus 2, 3 en 4** verwijzen naar het Kwalificatiedossier zoals dat binnen het mbo wordt toegepast.
- **Niveau 6 hbo** verwijst naar de zogenaamde Body of Knowledge and Skills (BoKS) uit het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020.
- **Niveau 6 wo geneeskunde bachelor** beschrijft de kennis en vaardigheden die nodig zijn om de competenties en de Entrustable Professional Activities (EPA) van niveau 7 te kunnen uitvoeren.
- **Niveaus 7 en 8** bevat naast de competenties ook de EPA's die bij uitstek bruikbaar zijn als hulpmiddel voor het leren in de praktijk.
- **Niveau 8** is opgedeeld in twee niveaus:
  1. Basis: bedoeld voor alle aios en artsen;
  2. Gevorderd: bedoeld voor specifieke specialismen, aios en artsen die relatief veel in aanraking komen met palliatieve zorg. Elke competentie is uitgewerkt in 'gedragsuitingen', die concreet observeerbaar gedrag beschrijven behorend bij de competentie. De gedragsuitingen aangegeven met • zijn voor niveau 8 'basis'. Bij de competenties en gedragsuitingen met + • zijn de aanvullende gedragingen voor niveau 'gevorderd' beschreven. Essentiële gedragscriteria zijn gebruikt in de EPA-beschrijvingen.

- Verschil in invalshoeken: bijvoorbeeld de term diagnosticeren wordt in elk specifiek raamwerk beschreven, maar de inhoud van het begrip is voor elk niveau anders en wordt vanuit de eigen opleidingen en professie gebezigd.

MBO en HBO	WO(+)
Zorgverlener	Medisch handelen
Communicator	Communiceren
Samenwerkingspartner	Samenwerken
Reflectieve EBP professional	Kennis en wetenschap
Gezondheidsbevorderaar	Maatschappelijk Handelen
Organisator	Organisatie en leiderschap
Professional en Kwaliteitsbevorderaar	Professionaliteit

Tot slot, het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 vraagt niet om een nieuw curriculum, maar om optimalisering van bestaand onderwijs richting palliatieve zorg waarbij onderwijs over palliatieve zorg ook als zodanig wordt benoemd en dus 'gelabeld' is.

**Bijvoorbeeld: In welke lessen/onderwijsonderdelen komt gezamenlijke besluitvorming al naar voren, zonder expliciet palliatieve zorg te noemen? Kunnen hierbij voorbeelden van patiënten met een palliatieve zorgbehoefte beschreven worden?**

# WERKGROEPEN

Deze betrokkenen hebben meegedacht en meegewerkt aan de totstandkoming van het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0:

## Projectteam O<sup>2</sup>PZ

Mw. drs. M.H.H. Bolk	- MB Onderwijskundig Ontwerp & Advies
Dhr. G.A. Castermans, MSc.	- ZorgSense BV
Mw. M. Dericks-Issing	- Amsterdam UMC/VUmc Academie
Mw. drs. J. Hoekstra	- HO-extra
Dhr. drs. W.J.J. Jansen	- Amsterdam UMC
Mw. R. Langezaal	- Amsterdam UMC/VUmc Academie
Mw. drs. M.A.E. Mentink	- Punt Vierkant marketing communicatie
Mw. dr. M.N. Pelgrum-Keurhorst	- Saxion Hogeschool
Mw. J. van Staveren	- Amsterdam UMC/VUmc Academie
Mw. W.M. Wagenaar	- Wies Innoveert
Mw. I. van Zuilekom, M.Ed	- Saxion Hogeschool

## Kwaliteitswerkgroep

Mw. dr. M.J.M. Adriaansen	- HAN
Mw. drs. M. Boddaert, MCs.	- Kwaliteitskader PZ
Mw. drs. M. van den Brand	- Radboudumc
Mw. E.M.J. Brummelhuis	- PZNL/Fibula
Mw. dr. A.M. Courtens	- MUMC+
Mw. A. Dassen	- Albeda College
Mw. dr. M. Dees	- NHG
Mw. drs. E.W. Dekker	- Patiëntenfederatie NL
Mw. A.M.M. Kuin	- VGVZ
Mw. C.H.M. Latour, PhD	- LOOV/HvA
Mw. A. Mooij, MSc.	- Patiëntenfederatie NL
Mw. C.M. Snel	- MBO Raad
Dhr. drs. P.J. Steltman (VZ)	- Amsterdam UMC/VUmc Amstel Academie
Mw. dr. M.J. Uitdehaag	- Saxion Hogeschool
Mw. M. Verkammen, MSc.	- PZNL/IKNL

## Werkgroep mbo

Mw. E. J. Hazelhorst	- Saxion Hogeschool
Mw. H. Koelewijn-Pierik	- Summa college Eindhoven
Mw. I. Meijer	- Alfa college Groningen
Dhr. A. Nieuwman, M SEN	- ROC Friese Poort Emmeloord
Dhr. W.H. Stekelenburg	- ROC Midden Nederland

## Werkgroep hbo

Mw. A.P.M. Clarijs - de Regt MSc	- Avans Hogeschool
Mw. B. I. Koekoek, MSc en RN	- Netwerk palliatieve zorg en Centrum voor Levensvragen Oost-Veluwe
Mw. J.E.E. Mollenbrok	- Avans Hogeschool
Mw. A.M. Rolink, MB	- Hogeschool Utrecht
Mw. dr. Ir. C. Roorda-Lukkien	- Hogeschool VIAA

## Werkgroep wo(+)

Mw. drs. P. Blommendaal	- Adviseur/docent Huisartsenopleiding
Mw. dr. H.M. Buiting	- Onderzoeker palliatieve zorg
Dhr. drs. J. Douma	- Medeauteur Kaliteitskader Palliatieve Zorg NL
Mw. drs.ir. H.W. Goderie-Plomp	- Verenso
Mw. drs. S.M.C.H. Langenberg	- Radboudumc
Mw. drs. E.J. Ravensbergen	- NVA
Mw. drs. J.C.M. Rooijackers	- jNVKG
Mw. drs. W. Segers	- jNVKG
Mw. J. Westen	- Pasemeco

# WERKGROEPEN

---

Deze betrokkenen hebben meegedacht en meegewerkt aan de totstandkoming van het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0:

## **Palliactief – Werkgroep Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg**

Mw. prof. dr. Y.M. van der Linden - NVRO

Mw. drs. F.J.S. Netters - NVMO

Mw. dr. L. Tulner - NVKG

## **Palliactief – Overleg werkgroepen en secties palliatieve zorg van wetenschappelijke verenigingen:**

Vertegenwoordigers van NVA, NVALT, NVMO, NVKG en NVRO,  
o.l.v. mw. prof. dr. C.C.D. van der Rijt, Erasmus MC

## **Klankbordgroep**

Mw. drs. M. Boddaert - IKNL/LUMC

Mw. drs. A. Dijkstra - FMS

Dhr. dr. A.H.J. Jaspar - NHG

Dhr. dr. M. Sosef - Zuyderland ziekenhuis

Mw. prof. dr. C. van Zuylen - Amsterdam UMC

Mw. drs.W. Göttgens-Jansen - KNMP

Mw. dr. A. Floor-Schreudering - SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy

## **Eindredactie**

Kirsten Karmiggelt

## **Vormgeving**

Nils Wijnstroot

# INTERPROFESSIELEEL SAMENWERKEN

## SAMEN WERKEN, SAMEN LEREN

### Naar een interprofessioneel samenwerkingsmodel palliatieve zorg: leren over, van en met elkaar

Zoals in de inleiding beschreven, gaat het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 uit van een interprofessionele benadering van palliatieve zorgverlening. Onder interprofessionele samenwerking wordt verstaan “Collaborative practice in health care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patient, their families, careers and communities to deliver the highest quality of care across settings.” (World Health Organization, 2010).

Het gaat om verschillende beroepsbeoefenaren, van verschillende disciplines en verschillende niveaus, die werken om tot een gezamenlijk zorgpad voor de patiënt te komen.

De interprofessionele benadering sluit aan bij de visie zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017).

Van belang is dat een dergelijk multidisciplinair samengesteld team in de praktijk functioneert als een interprofessioneel team c.q. netwerk. Dat wil zeggen: een georganiseerd samenwerkingsverband waarin verschillende professies met elkaar en samen met patiënt en naasten samenwerken en van, met en over elkaar leren om tot zorgverlening te komen die optimaal aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten. Een team dat functioneert als een entiteit met onder andere leiderschap, gedefinieerde taken en verantwoordelijkheden, coördinatie (wie vervult welke rol), coaching, het bewaken van het welzijn van het team en de teamleden (persoonlijke balans) en resultaatverantwoordelijkheid.

### Wie zijn betrokken bij palliatieve zorgverlening?

#### Samenwerkingsverbanden in de palliatieve zorg

De patiënt kan palliatieve zorg ontvangen in diverse contexten: thuis, in een hospice, verpleeghuis, verzorgingshuis, instelling voor psychiatrie, of een ziekenhuis. Samenwerkingsverbanden die palliatieve zorg verlenen, functioneren dan ook vanuit verschillende contexten en kunnen divers van samenstelling en intensiteit zijn, afhankelijk van de (zorg)vraag van patiënt en naasten. Ze verlenen zorg die onafhankelijk van de setting is, maar passend bij de vraag. Komt het generalistisch samenwerkingsverband (nog) competenties tekort, dan bestaat de mogelijkheid van consultatie van het gespecialiseerde advieszorgteam Palliatieve Zorg (PZ).

#### Generalisten versus specialisten

In Nederland is gesteld dat palliatieve zorg wordt geleverd door generalisten, zo nodig met ondersteuning van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners. Deze uitspraak heeft mede geleid tot een functionele verdeling tussen generalist, specialist en expert (zie ook Kwaliteitskader palliatieve zorg, 2017).

Het kwaliteitskader onderscheidt qua expertise twee ‘soorten’ zorgprofessionals:

#### Elke zorgverlener is een generalist palliatieve zorg

Elke zorgverlener heeft als generalist basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Vanuit zijn functie integreert hij de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Het gaat daarbij niet alleen om niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies voor symptoombestrijding, maar ook om effectieve communicatie met de patiënt, diens naasten en andere betrokken zorgverleners, in de

context van markering van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning. De generalist is in staat om zorgvragen op zowel lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel vlak te signaleren. De generalist palliatieve zorg kent daarin zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een specialist palliatieve zorg.

#### Specialist palliatieve zorg

De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Veelal is de specialist palliatieve zorg vanuit zijn functie werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is. De specialist palliatieve zorg is bij voorkeur ingebed in een gespecialiseerd team palliatieve zorg. De specialist palliatieve zorg kent zijn eigen beperkingen en consulteert zo nodig een expert palliatieve zorg.

#### Gespecialiseerd team palliatieve zorg

Een gespecialiseerd team palliatieve zorg is een team van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners dat multidisciplinair en waar mogelijk domeinonafhankelijk (of transmuriaal) is samengesteld en interprofessioneel samenwerkt.

### Rollen in het team dat generalistische palliatieve zorg verleent

In het team dat generalistische palliatieve zorg verleent, staan uiteraard de patiënt en naasten centraal:

#### Patiënt

In het kwaliteitskader wordt met ‘patiënt’ de patiënt/cliënt/bewoner/gast bedoeld. Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, wordt de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld.

# INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKEN

## SAMEN WERKEN, SAMEN LEREN

### Naasten

Het begrip 'naasten' wordt gedefinieerd als diegenen die ten aanzien van zorg, emotionele betrokkenheid en kennis de patiënt het meest nabij zijn. Naasten kunnen bloedverwanten zijn of verwanten door huwelijk of partnerschap, maar ook vrienden zijn. De patiënt bepaalt wie als zijn naasten moeten worden beschouwd.

Daarnaast worden diverse rollen onderscheiden, die door verschillende zorgprofessionals kunnen worden vervuld:

### Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid.

### Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar is de arts die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de zorgverlening (diagnostiek, behandeling en continuïteit van zorg) aan de patiënt. Wie dat is, kan wisselen tijdens het zorgpad van de patiënt.

### Zorgverlener

In het kwaliteitskader wordt met 'zorgverlener' de formele zorgverlener bedoeld.

### Mantelzorger

Mantelzorg is zorg die buiten de professionele zorgverlening om wordt gegeven aan een hulpbehoevende, door één of

meerdere leden vanuit diens directe omgeving. Dit kan een naaste zijn. Deze zorgverlening vloeit direct voort uit de sociale relatie. Mantelzorg overstijgt de gebruikelijke hulp die in redelijkheid verwacht mag worden van familie en naasten.

### Vrijwilliger

Een vrijwilliger in de palliatieve zorg is een persoon die, in georganiseerd verband, onbetaald en onverplicht, tijd, aandacht en ondersteuning biedt met de intentie om de kwaliteit van leven te verbeteren van een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en diens naasten. Bij de start van de inzet van de vrijwilliger is er geen persoonlijke relatie tussen de patiënt en vrijwilliger.

### Interprofessionele activiteiten in de palliatieve zorg

De professionals die generalistische palliatieve zorg verlenen, voeren gezamenlijk interprofessionele activiteiten uit om de palliatieve fasen van de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen en begeleiden. Om te kunnen definiëren welke interprofessionele activiteiten het team samen uitvoert, is de 'reis' die de patiënt in de palliatieve fasen aflegt, de zogenaamde 'patient journey', als uitgangspunt genomen. De volgende interprofessionele activiteiten zijn gedefinieerd:

### Signaleren, diagnosticeren en markeren

Verwachte levensduur en met name het verwachte effect van de ongeneeslijke, kwetsbare ziekte op de functionaliteit van de patiënt, incl. symptoomlast op vier dimensies. Markeren om palliatieve zorg in een vroege fase van het proces op te starten. Dit gebeurt bij mensen met een levensbedreigende ziekte of toenemende kwetsbaarheid.

### Proactief palliatieve zorg plannen

Proactieve zorgplanning is het proces van vooruitdenken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als

leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

### Uitvoeren en evalueren palliatieve zorg

Het uitvoeren van de in het behandel-/zorgplan afgesproken medische, verpleegkundige en verzorgende handelingen. O.a. het bestrijden van het lijden vanuit de vier dimensies. Het voortdurend monitoren, evalueren en zo nodig bijstellen van de zorg.

### Coördineren en continuïteit van palliatieve zorg

Hierbij gaat het om het verhelderen en verdelen van rollen en taken en het ervoor zorgen dat er voortdurend kwalitatief hoogwaardige zorg beschikbaar is.

### Markeren en begeleiden stervensfase

Bij de zorg rond het sterven komen alle aspecten van palliatieve zorg samen: het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg. De naasten ervaren ruimte om op een voor hen gepaste manier afscheid van hun dierbare te nemen. Hen wordt gevraagd of zij de laatste zorg aan hun dierbare willen verlenen.

### Nazorg verlenen

Omvat de zorg en ondersteuning aan de nabestaanden van de overleden patiënt direct na het overlijden. In de nazorg wordt ingespeeld op wat familie en naasten nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.

Deze interprofessionele activiteiten zijn vormgegeven in het (digitale) Interprofessioneel samenwerkingsmodel palliatieve zorg. In dit model kunnen per interprofessionele activiteit de

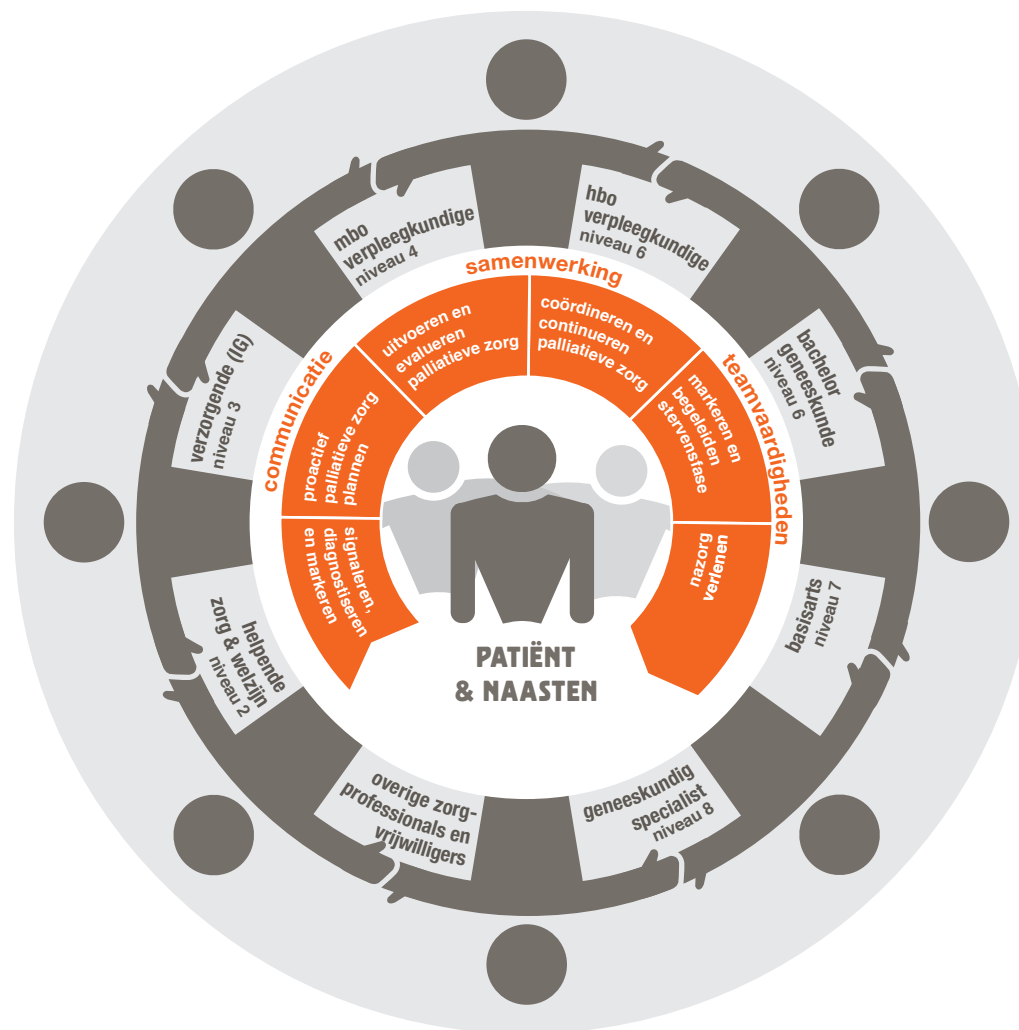


# INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKEN

## SAMEN WERKEN, SAMEN LEREN

gedragsuitingen van iedere professional zichtbaar worden gemaakt. Naast de gedragsuitingen per interprofessionele activiteit, zijn de concepten *communicatie*, *samenwerking* en *teamvaardigheden* opgenomen.

Communicatie is in elke fase van de patient journey essentieel en daarom als centraal begrip opgenomen. Evenals samenwerking, dat voor alle interprofessionele activiteiten van groot belang is. Voor deze twee concepten zijn alle gedragsuitingen van de zorgprofessionals zichtbaar te maken. Om als team goed te kunnen functioneren, zijn teamvaardigheden van belang. Een team is meer dan de optelsom van individuele mensen. Het gaat bij teamvaardigheden om het met elkaar samenwerken vanuit een gezamenlijke visie, een sfeer van vertrouwen en op elkaar kunnen bouwen om hiermee bij te dragen aan het bieden van persoonsgerichte passende zorg.



INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKINGSMODEL PALLIATIEVE ZORG (O²PZ)

# OVERZICHT KERNCOMPETENTIES GENEESKUNDIG SPECIALIST

Competentiegebied	Kerncompetenties	Basis	Gevorderd
<b>Medisch handelen</b>	<i>De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:</i>		
	• toont adequate kennis, inzicht en vaardigheid uit het vakgebied palliatieve zorg in de zorgverlening;	x	x
	• diagnosticeert en prognosticeert ziektebeelden, functiestoornissen en beperkingen;	x	x
	• signaleert en markeert de palliatieve- en stervensfase;	x	x
	• maakt actueel beleid en proactief beleid en zorgt voor uitvoering, evaluatie en zo nodig bijstelling van een individueel zorgplan; • handelt tijdig en adequaat bij problemen en in acute situaties in de palliatieve zorgverlening;	x	x
<b>Communiceren</b>	• communiceert in de palliatieve zorgverlening op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten;	x	x
	• bouwt behandelrelaties op met patiënten en hun naasten op passend bij de situatie;	x	x
	• voert gesprekken met de patiënt en naasten over ingrijpende gebeurtenissen en markeringsmomenten van de palliatieve fase en stervensfase;	x	x
	• is proactief in de zorgplanning;	x	x
	• komt in gezamenlijk overleg met de patiënt en/of diens naasten tot consensus in besluitvorming over de te verlenen zorg;	x	x
	• maakt optimaal gebruik van moderne informatietechnologie;	x	x
<b>Samenwerken</b>	• neemt de regie tot het in kaart brengen en versterken van het team van professionals en het netwerk van de patiënt ten behoeve van optimale palliatieve zorgverlening;	-	x
	• voert de palliatieve zorg uit samen met mantelzorgers, vrijwilligers en andere zorgverleners in een interdisciplinair team c.q. netwerk met de patiënt en diens naasten;	x	x
	• draagt zorg voor continuïteit door een goede zowel schriftelijke als mondelinge transmurale overdracht als de patiënt overgaat naar een andere leefomgeving;	x	x
<b>Kennis en wetenschap</b>	• maakt in de palliatieve zorgverlening oordeelkundig, zorgvuldig, doelmatig en objectief gebruik van het best beschikbare bewijs (EBP) en van expertise van experts in de palliatieve zorg;	x	x
<b>Maatschappelijk handelen</b>	• oefent de palliatieve zorgverlening uit naar de gebruikelijke ethische en juridische normen van het beroep en kernwaarden en principes van de palliatieve zorgverlening;	x	x
	• herkent situaties waar moreel beraad helpend kan zijn en weet deze te initiëren;	x	x
<b>Organisatie en leiderschap</b>	• draagt, indien hoofdbehandelaar, inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor zorgverlening (diagnostiek behandeling en continuïteit van zorg) aan de patiënt;	-	x
	• draagt actief bij aan de organisatie, coördinatie en continuïteit en kwaliteit van geleverde zorg in een interdisciplinair werkend zorgteam;	x	x
	• neemt een proactieve rol in een interdisciplinair werkend zorgteam;	-	x
<b>Professionaliteit</b>	• levert kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg op integrale en betrokken wijze;	-	x
	• toont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag in de palliatieve zorgverlening;	x	x
	• kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daar binnen en reflecteert.	x	x

# PALLIATIEVE ZORG VERLENEN

Deze EPA is geschikt voor alle artsen en aios van alle specialismen.

## Omschrijving

Bij het verlenen van palliatieve zorg (in eigen vakgebied) herkent en stelt de arts op klinische gronden bij de patiënt met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid (het ingaan van) de palliatieve en later de stervensfase vast. De arts spreekt met de patiënt en naasten over de palliatieve fase. De waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten worden op vier dimensies: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel in kaart gebracht. De arts consulteert zo nodig in palliatieve zorgverlening gespecialiseerde zorgverleners. De arts draagt vanuit het eigen vakgebied bij aan organisatie van proactieve zorgverlening en een waardig sterfbed in samenspraak met de patiënt, naasten en andere zorgverleners. De arts behandelt van veelvoorkomende ziektebeelden in het eigen vakgebied de problemen in de palliatieve fase en handelt adequaat samen met het team in acute situatie en spoedgevallen. De arts werkt samen met verschillende zorgprofessionals en mantelzorgers.

**Beperking:** De arts verleent generalistische palliatieve zorg vanuit het eigen vakgebied.

## Competenties

De voor deze EPA meest relevante competenties:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Kennis & wetenschap
- Maatschappelijk handelen
- Organisatie & leiderschap
- Professionaliteit

## Vereiste kennis

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- heeft basiskennis van de definitie palliatieve zorg en de volgende begrippen uit het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg NL': kernwaarden en principes, palliatieve en stervensfase, de vier dimensies in palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel, palliatief redeneren, persoonsgerichte communicatie, de wijze waarop palliatieve zorgverlening wordt uitgevoerd en is georganiseerd, interdisciplinaire-/interprofessionele samenwerking, hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener, de verschillende stadia in de palliatieve zorgverlening, de betekenis van palliatieve zorg vroeg in het ziekteproces, kwaliteit van leven en sterven, beïnvloedende factoren, (mogelijkheden van en samenwerking met de apotheker bij) palliatieve sedatie en euthanasie, markering, gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning, individueel zorgplan, ethisch handelen, moreel beraad, reflecteren;
- heeft basiskennis van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen, functiestoornissen en daarmee gerelateerde medicatie in **het eigen vakgebied** in de palliatieve fase, zoals dyspnoe, pijn, misselijkheid, braken, obstipatie, zwakte, gewichtsverlies, anorexie, vermoeidheid, angst, verwardheid en hoesten.

## Vereist gedrag

**Tijdig herkennen en markeren van de palliatieve en later de stervensfase**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- neemt een multidimensionale en functionele anamnese af;
- verricht lichamelijk onderzoek, rekening houdend met de belasting hiervan voor de patiënt;
- herkent mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en herkent en signaleert bij deze mensen progressie van symptomen, het optreden van complicaties en toename van functiestoornissen en kiest voor een ziektegerichte en/of symptoomgerichte aanpak c.q. behandeling;
- signaleert en markeert op klinische gronden tijdig de palliatieve fase en later de stervensfase en bespreekt dit met de patiënt en naasten met aandacht voor de verschillende accenten van beide fasen.

**Gesprekken voeren met patiënten en naasten over ongeneeslijk ziek zijn, prognose en de dood**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- overlegt met de patiënt en naasten welke zorg het beste bij de patiënt past, welke mogelijkheden en beperkingen met voor- en nadelen er zijn op zijn vakgebied, eigen verwachtingen en die van de patiënt over het verloop van ziekte en sterven en verwijst naar andere zorgverleners indien nodig;
- exploreert actief verwachtingen, wensen, waarden en behoeften van de patiënt en diens naasten op de vier dimensies rekening houdend met cultuur en diversiteit, ethiek en recht en met aandacht voor behoud van kwaliteit van leven voor de patiënt en naasten gedurende het gehele traject;

# PALLIATIEVE ZORG VERLENEN

Deze EPA is geschikt voor alle artsen en aios van alle specialismen.

## Vereist gedrag

- past het eigen handelen en de communicatie aan op de copingstrategieën en veerkracht van patiënt en naasten;
- toont empathie en biedt ruimte voor emoties van de patiënt en diens naasten;
- is zich bewust van de eigen opvattingen over leven en dood en ervaringen met ziekte en sterven en de invloed hiervan op het eigen functioneren in de rol van zorgverlener in de palliatieve zorg;
- borgt de gemaakte afspraken voortkomend uit het proces van gezamenlijke besluitvorming door informatieoverdracht.

## Bijdragen aan de organisatie van proactieve zorg

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- werkt proactief samen met het volledige zorgsysteem, inclusief patiënt, naasten, (informele) zorgverleners, collegae en paramedici en denkt, plant en organiseert vooruit om tot afgestemde zorg te komen;
- draagt, samen met de overige zorgverleners, zorg voor coördinatie, continuïteit en kwaliteit van de medische zorg, al naar gelang de gemaakte afspraken over instellingen heen;
- draagt bij aan gestructureerd en doelmatig intra- en interprofessioneel overleg, waaronder het multidisciplinair overleg (MDO);
- maakt zo nodig en tijdig gebruik van consultatie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners;
- draagt zorg voor tijdige en adequate informatie-uitwisseling en overdracht (o.a. stand van zaken, actueel beleid, uitkomst proactieve zorgplanning, medicatie en wat met patiënt is besproken) tussen patiënt, naasten, vrijwilligers en de betrokken zorgverleners met veilige gegevensuitwisseling conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

## Behandelen en begeleiden

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- inventariseert systematisch en behandelt de meest voorkomende symptomen en problematiek in de palliatieve fase, bijvoorbeeld pijn en benauwdheid, met aandacht voor tijdig saneren en aanpassen van toedieningswijzen van medicatie en stemt dit af met de apotheker;
- prioriteert, handelt en begeleidt gedurende het hele ziekte-traject wat voor de patiënt van belang is en handelt als zodanig, gericht op verlichten van lijden, optimaliseren van functioneren, verbetering van kwaliteit van leven;
- draagt zorg voor een waardig en goed sterfbed, met oog voor patiënt en naasten, inclusief nazorg;
- anticipeert op, signaleert en handelt c.q. verwijst tijdig en adequaat in geval van acute problemen in de vier dimensies, zoals bij mentale nood, zingevingsvraagstukken of sociale nood, massale bloeding, acute verstikking, delier, refractaire symptomen en acute dwarslaesie;

- werkt samen in interdisciplinair teamverband en kent de eigen persoonlijke- en zorginhoudelijke mogelijkheden en die van andere zorgverleners;
- is flexibel, tactvol en communicatief vaardig in samenwerking;
- reflecteert op de eigen waarden en normen op het gebied van palliatieve zorg.

## Suggesties (toets)instrumenten

Voor evaluatie voortgang en verantwoord summatief bekwaam verklaren.

### Suggesties voor in te zetten instrumenten

- Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360<sup>o</sup>-feedback, beoordeling brief, OSATS, CAT, KPB/KPE, CBD/EBD, directe-/video-observatie, kennistoets etc.

### Specifiek

- KPB/E-observatie van bijvoorbeeld: markeringsgesprek, gesprek over levenseinde, intake nieuwe patiënt met opstellen proactief palliatief beleid, beoordeling symptoom-last, behandelen ziektebeelden typisch voor het vakgebied, multidisciplinair overleg (MDO), overdracht (mondeling en schriftelijk) na een 1<sup>e</sup> consult en/of bij ontslag.
- Video-observatie (live of rollenspel, uitwerken op papier): gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning.
- Osats: uitvoeren lichamelijk onderzoek, uitvoeren invasieve handelingen in palliatieve fase.
- Korte theoretische test/toets (KTT).
- Case/Entrustment based discussion (C/EBD): proactieve zorgplanning.
- CAT over een onderwerp in de palliatieve zorgverlening.
- 360<sup>o</sup>-feedback: feedback verpleegkundigen e.a. zorgverleners, evt. patiënt/naasten over het gesprek rondom wensen, beleid, enz.
- Reflectieverslag.

### Bekwaamverklaring

- Opleidingsgroep (opleider/stagehouder en betrokken supervisors) geeft bekwaamheidsverklaring af op basis van genoeg, gevarieerd en voldoende beoordeeld bewijsmateriaal (zie bovenstaande set).

# SIGNALEREN, PROGNOSTICEREN EN MARKEREN VAN PALLIATIEVE- EN STERVENSFASE

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

## Omschrijving

Bij het signaleren, prognosticeren en markeren stelt de arts op klinische gronden bij de patiënt met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid (het ingaan van) de palliatieve - en later de stervensfase vast. De arts spreekt met de patiënt en naasten over de palliatieve fase en worden de waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten op vier dimensies in kaart gebracht. De arts spreekt in scenario's over de te verwachte prognose, beloop en behandeloptie. De arts consulteert zo nodig in palliatieve zorgverlening gespecialiseerde zorgverleners.

**Beperking:** De arts verleent generalistische palliatieve zorg vanuit het eigen vakgebied.

## Competenties

De voor deze EPA meest relevante competenties:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Professionaliteit

## Vereiste kennis

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- heeft basiskennis van de definitie palliatieve zorg en de volgende begrippen uit het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg NL': kernwaarden en principes, palliatieve en stervensfase, de vier dimensies in palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel, palliatief redeneren, persoonsgerichte communicatie, de verschillende stadia in de palliatieve zorgverlening, de betekenis van palliatieve zorg vroeg in het ziekteverloop, kwaliteit van leven en sterven, beïnvloedende factoren, markering, gezamenlijke besluitvorming, reflecteren;
- heeft basiskennis van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen en functiestoornissen in **het eigen vakgebied** in de palliatieve fase, zoals dyspnoe, pijn, misselijkheid, braken, obstipatie, zwakte, gewichtsverlies, anorexie, vermoeidheid, angst, verwardheid en hoesten;
- toont kennis van de epidemiologie, etiologie, pathogenese, pathofysiologie, verloop en behandelopties van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen, functiestoornissen en daarmee gerelateerde medicatie in de palliatieve fase.

## Vereist gedrag

**Afnemen anamnese, onderzoek verrichten en opstellen palliatieve diagnose en prognose**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- neemt een multidimensionale en functionele anamnese af waarin minimaal de vier dimensies (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel) van palliatieve zorgverlening aan bod komen, indien nodig gebruik makend van gevalideerde meetinstrumenten;
- verricht (aanvullend) lichamelijk onderzoek, rekening houdend met de belasting hiervan voor de patiënt;
- maakt bij het analyseren van gevolgen van levensbedreigende ziekten of kwetsbaarheid, zoals symptomen, complicaties en functiestoornissen gebruik van de methode palliatief redeneren op vier dimensies;
- herkent mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en herkent en signaleert bij deze mensen progressie van symptomen, het optreden van complicaties en toename van functiestoornissen en kiest voor een ziektegerichte en/of symptoomgerichte aanpak c.q. behandeling;
- maakt zo nodig en tijdig gebruik van consultatie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners.

# SIGNALEREN, PROGNOSTICEREN EN MARKEREN VAN PALLIATIEVE- EN STERVENSFASE

## Vereist gedrag

### Markeren van de palliatieve- en later de stervensfase

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- signaleert en markeert op klinische gronden tijdig de palliatieve fase en later de stervensfase en bespreekt dit met de patiënt en naasten met aandacht voor de verschillende accenten van beide fasen en exploreert met de patiënt zijn invulling van kwaliteit van leven;
- overlegt met de patiënt en naasten welke zorg het beste bij de patiënt past, welke mogelijkheden en beperkingen in scenario's met voor- en nadelen er zijn op zijn vakgebied, eigen verwachtingen en die van de patiënt over het verloop van ziekte en sterven en verwijst naar ander zorgverleners indien nodig;
- exploreert actief veerkracht, verwachtingen, wensen, waarden en behoeften van de patiënt en diens naasten op de vier dimensies rekening houdend met cultuur en diversiteit, ethiek en recht en met aandacht voor behoud van kwaliteit van leven voor de patiënt en naasten gedurende het gehele traject;
- past het eigen handelen en de communicatie aan op de copingstrategieën en veerkracht van patiënt en naasten;
- toont empathie en biedt ruimte voor emoties van de patiënt en diens naasten en creëert een omgeving van wederzijds vertrouwen, begrip en veiligheid;
- is zich bewust van de eigen opvattingen over leven en dood en ervaringen met ziekte en sterven en de invloed hiervan op het eigen functioneren in de rol van zorgverlener in de palliatieve zorg;
- realiseert zich de (emotionele) impact van het omgaan met patiënten met levensbedreigende aandoeningen of kwetsbaarheid op zichzelf en zoekt zo nodig ondersteuning.

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

## Suggesties (toets)instrumenten

Voor evaluatie voortgang en verantwoord summatief bekwaam verklaren.

### Suggesties voor in te zetten instrumenten

- Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360<sup>o</sup>-feedback, beoordeling brief, OSATS, CAT, KPB/KPE, CBD/EBD, directe-/video-observatie, kennistoets etc.

### Specifiek:

- KPB/E-observatie: bijv.: palliatieve anamnese & onderzoek, prognosticeren, markerings- of levenseindegesprek, gesprek over levenseinde.
- Osats: uitvoeren lichamelijk onderzoek in palliatieve fase.
- Korte theoretische test/toets (KTT): bijv.: over palliatieve diagnose en prognose, symptoombestrijding.
- Case/Entrustment based discussion (C/EBD): palliatief redeneren.
- CAT over een onderwerp in de palliatieve zorgverlening.

### Bekwaamverklaring

- Opleidingsgroep (opleider/stagehouder en betrokken supervisors) geeft bekwaamheidsverklaring af op basis van genoeg, gevarieerd en voldoende beoordeeld bewijsmateriaal (zie bovenstaande set).

# Entrustable Professional Activities | EPA **GEVORDERD** WO NIVEAU 8

## **PALLIATIEVE ZORG: PROACTIEVE ZORG PLANNEN**

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

### Omschrijving

Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Bij het proactief zorg plannen in de palliatieve fase denkt, plant en organiseert de arts, in samenspraak met de patiënt, naasten en andere zorgverleners, de palliatieve zorg vooruit. Vastgelegd beleid wordt regelmatig herijkt en zo nodig aangepast.

**Beperking:** De arts verleent generalistische palliatieve zorg vanuit het eigen vakgebied.

### Competenties

De voor deze EPA meest relevante competenties:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Maatschappelijk handelen
- Professionaliteit

### Vereiste kennis

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- heeft basiskennis van de definitie palliatieve zorg en de volgende begrippen uit het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg NL': kernwaarden en principes, de vier dimensies in palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel, palliatief redeneren, persoonsgerichte communicatie, de verschillende stadia in de palliatieve zorgverlening, de betekenis van palliatieve zorg vroeg in het ziekteverloop, kwaliteit van leven en sterven, beïnvloedende factoren, (mogelijkheden van en samenwerking met de apotheker bij) palliatieve sedatie en euthanasie, gezamenlijke besluitvorming, reflecteren, proactieve zorgplanning, individueel zorgplan.

### Vereist gedrag

**Gezamenlijke besluitvorming**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- neemt in gesprekken met patiënt en naasten de tijd, bewaakt deze en bespreekt onderwerpen op de vier dimensies in de palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden en houdt rekening met cultuur, diversiteit, ethiek en recht;
- zorgt dat informatie-uitwisseling gericht is op behoeften van de patiënt met diens naasten, achtergrond, copingstijl en vaardigheden en respecteert het niet (alles) willen weten;
- overlegt met de patiënt en naasten welke zorg het beste bij de patiënt past, welke mogelijkheden en beperkingen in scenario's met voor- en nadelen er zijn op zijn vakgebied, eigen verwachtingen en die van de patiënt over kwaliteit van leven, het verloop van ziekte en sterven en verwijst naar ander zorgverleners indien nodig;
- bespreekt expliciet met de patiënt en naasten de wensen rondom het einde van het leven, zoals al dan niet gewenste zorgtransfers, voorkeursplaats van overlijden, kwaliteit van sterven, zingeving en beleving, symptoombestrijding en behandelbeperkingen, wilsverklaring en wettelijke vertegenwoordiger, euthanasie, palliatieve sedatie, wensen rond donatie en nazorg voor naasten;
- heeft aandacht en respect voor en betreft de visie van de patiënt en naasten en wisselende wensen in alle (ziekte)fasen en werkt toe naar een besluit en duidelijke afspraken waarin patiënt, naasten en betrokken zorgverleners zich kunnen vinden;
- onderkent de invloed van de eigen attitude, bijvoorbeeld ten aanzien van sterven, in een advies en zorgrelatie en gaat daar op adequate wijze mee om;
- herkent problemen in de interactie tussen arts en patiënt met naasten, verschil van inzicht of conflict tussen familie en patiënt of tussen familieleden en bespreekt dit indien nodig.

# Entrustable Professional Activities | EPA **GEVORDERD** WO NIVEAU 8

## **PALLIATIEVE ZORG: PROACTIEVE ZORG PLANNEN**

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

### Vereist gedrag

#### Opstellen proactief zorgplan gericht op het individu

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- is proactief in zorgplanning (denkt, plant en organiseert vooruit) om met patiënt en naasten te komen tot passend beleid;
- denkt in scenario's met voor- en nadelen, belasting voor de patiënt en mogelijke acties en interventies, anticipeert op mogelijke veranderingen en weegt voortdurend af;
- denkt vanuit 'positieve gezondheid' en bespreekt met de patiënt wat er allemaal nog wel kan en wat voor de patiënt bijdraagt aan betekenisvol leven en sterven en stimuleert de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie te nemen;
- past evidence-based principes toe uit literatuur, protocollen, richtlijnen en zorgpaden van het vakgebied van de palliatieve zorg ten behoeve van de eigen klinische besluitvorming;
- borgt de gemaakte afspraken voortkomend uit het proces van gezamenlijke besluitvorming door informatieoverdracht indien mogelijk in een digitaal overdrachtsdocument of individueel zorgplan;
- kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daar binnen en reflecteert.

### Suggesties (toets)instrumenten

Voor evaluatie voortgang en verantwoord summatief bekwaam verklaren.

#### Suggesties voor in te zetten instrumenten

- Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360<sup>o</sup>-feedback, beoordeling brief, OSATS, CAT, KPB, CBD, directe-/video-observatie, kennistoets etc.

#### Specifiek:

- KPB observatie van bijvoorbeeld: intake nieuwe patiënt met opstellen proactief palliatief beleid, individueel zorgplan opstellen op met patiënt.
- Video-observatie (live of rollenspel, uitwerken op papier): gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning.
- 360<sup>o</sup>-feedback: feedback verpleegkundigen e.a. zorgverleners, evt. patiënt/naasten over het gesprek rondom wensen, beleid, enz.
- Case/entrustment based discussion (C/EBD): proactieve zorgplanning.
- Video-observatie/rollenspellen en uitwerken op papier.

#### Bekwaamverklaring

- Opleidingsgroep (opleider/stagehouder en betrokken supervisors) geeft bekwaamheidsverklaring af op basis van genoeg, gevarieerd en voldoende beoordeeld bewijsmateriaal (zie bovenstaande set).



# Entrustable Professional Activities | EPA **GEVORDERD** WO NIVEAU 8

## UITVOEREN VAN PALLIATIEVE ZORG EN NAZORG

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

### Omschrijving

Bij het uitvoeren van de afgesproken palliatieve zorg gaat het om het verlichten van lijden, kwaliteit van leven, waardig kunnen sterven en zorgdragen voor ondersteuning van rouw bij de nabestaanden. De arts voert mede het behandel- en zorgplan uit en optimaliseert samen met het team de zorg rondom patiënt vanuit de vier dimensies (somatisch, psychisch, sociaal en spiritueel), rekening houdend met cultuur, diversiteit en wet- en regelgeving en waakt voor uitvoering van verpleegkundige en verzorgende handelingen. De arts monitort, evalueert en stelt de zorg bij. Direct na het overlijden draagt de arts bij aan de zorg en ondersteuning aan de nabestaanden van de overleden patiënt.

**Beperking:** De arts verleent generalistische palliatieve zorg vanuit het eigen vakgebied.

### Competenties

De voor deze EPA meest relevante competenties:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Kennis & wetenschap
- Maatschappelijk handelen
- Professionaliteit

### Vereiste kennis

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- heeft basiskennis van de volgende begrippen uit het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg NL': kernwaarden en principes, persoonsgerichte communicatie, de verschillende stadia in de palliatieve zorgverlening, kwaliteit van leven en sterven, beïnvloedende factoren, (mogelijkheden van en samenwerking met de apotheker bij) palliatieve sedatie en euthanasie, interdisciplinaire-/interprofessionele samenwerking, hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener, ethisch handelen;
- heeft basiskennis van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen en functiestoornissen in het eigen vakgebied in de palliatieve fase, zoals dyspnoe, pijn, misselijkheid, braken, obstipatie, zwakte, gewichtsverlies, anorexie, vermoeidheid, angst, verwardheid en hoesten;
- toont kennis van de epidemiologie, etiologie, pathogenese, pathofysiologie, verloop en behandelopties van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen, functiestoornissen en daarmee gerelateerde medicatie in de palliatieve fase.

### Vereist gedrag

**Gezamenlijk uitvoeren behandel- en zorgplan: comfort en verlichting van lijden bieden**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- prioriteert en handelt in patiëntenbelang gericht op verlichten van lijden, optimaliseren van functioneren, verbetering van kwaliteit van leven en sterven in eigen regie van de patiënt en naasten;
- werkt flexibel, motiverend en communicatief vaardig samen in interdisciplinair teamverband en kent de eigen persoonlijke- en zorginhoudelijke mogelijkheden en die van andere zorgverleners;
- inventariseert systematisch en behandelt de meest voorkomende symptomen en problematiek in de palliatieve fase en maakt gebruik van ziektegerichte, symptoomgerichte, medicamenteuze, niet-medicamenteuze, en invasieve behandelingen gebaseerd op evidence- en experiencebased practice, specifiek voor het eigen vakgebied en verwijst gericht voor palliatieve interventies op de overige vakgebieden;
- heeft aandacht voor het tijdig saneren en aanpassen van toedieningswijzen van medicatie en stemt dit af met de apotheker;
- levert met gepaste distantie zorg op integere, open en (emotioneel) betrokken wijze;
- handelt professioneel met in achtname van zowel persoonlijke als professionele waarden en normen en wetgeving.

# Entrustable Professional Activities | EPA **GEVORDERD WO NIVEAU 8**

## **UITVOEREN VAN PALLIATIEVE ZORG EN NAZORG**

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

### **Vereist gedrag**

#### **Monitoren, evalueren en bijstellen behandel- en zorgplan**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- monitort en evalueert met betrokkenen de uitvoering van de palliatieve zorg continu, stelt deze indien nodig bij en heeft aandacht voor het tijdig saneren en aanpassen van toedieningswijzen van medicatie in de palliatieve- en stervensfase en stemt dit af met de apotheker;
- denkt buiten de gebaande paden, is creatief, flexibel en wijkt indien nodig, in het belang van en in overleg met de patiënt en diens naasten, na een zorgvuldige afweging, beargumenteerd af van professionele standaarden, protocollen, richtlijnen en zorgpaden;
- toont een kritische houding ten aanzien van de gegeven palliatieve zorg voor (kwaliteits) verbetering;
- reflecteert op de eigen waarden en normen op het gebied van palliatieve zorg.

#### **Handelen in acute situatie en bij problemen**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- anticipeert op, signaleert en handelt verantwoord c.q. verwijst tijdig en adequaat in geval van acute problemen in de vier dimensies, zoals bij mentale of sociale nood, zingevingsvraagstukken, massale bloeding, acute verstikking, delier, refractaire symptomen en acute dwarslaesie;
- maakt zo nodig en tijdig gebruik van consultatie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners;
- kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daar binnen en reflecteert.

#### **Begeleiden en nazorg verlenen**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- draagt zorg voor een waardig en goed sterfbed, met oog voor patiënt en naasten, inclusief toezien op nazorg door contact met nabestaanden na overlijden, begeleiding en eventueel verwijzing voor gerichte ondersteuning bij de rouw;
- heeft aandacht voor hen die afhankelijk zijn van de patiënt, onder andere ouderschap, voogdij, testament en informeren van minderjarige kinderen;
- begeleidt nabestaanden bij beloop van rouw en verwijst zo nodig;
- draagt zorg voor een goede begeleiding van (kleine) kinderen wanneer een naaste ernstig ziek is en verwijst zo nodig naar een deskundige op het gebied van verlies, verdriet en rouw.

### **Suggesties (toets)instrumenten**

Voor evaluatie voortgang en verantwoord summatief bekwaam verklaren.

#### **Suggesties voor in te zetten instrumenten**

- Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360<sup>o</sup>-feedback, beoordeling brief, OSATS, CAT, KPB/KPE, CBD, directe-/video-observatie, kennistoets etc.

#### **Specifiek:**

- KPB/KPE observatie van bijvoorbeeld: beoordeling symptoomlast, saneren en/of aanpassen medicatie (bijv. oraal niet meer mogelijk), voeren nagesprek met naasten, observatie interactie familie, monitoren en inzetten van gepaste zorg, voorzitten moreel beraad.
- Case/entrustment based discussion (C/EBD): uitvoeren palliatieve zorg, conflicthantering.
- Osats: uitvoeren invasieve handelingen in palliatieve fase.

#### **Bekwaamverklaring**

- Opleidingsgroep (opleider/stagehouder en betrokken supervisors) geeft bekwaamheidsverklaring af op basis van genoeg, gevarieerd en voldoende beoordeeld bewijsmateriaal (zie bovenstaande set).

# COÖRDINEREN EN ZORGEN VOOR CONTINUÏTEIT VAN INTERPROFESSIELE PALLIATIEVE ZORG

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

## Omschrijving

De arts werkt in een interprofessioneel werkend team samen met verschillende zorgprofessionals, vrijwilligers en mantelzorgers. Bij deze activiteit gaat het om de organiserende, coördinerende en leidende rol van de arts in het team met alle betrokken partijen. Er worden afspraken gemaakt over wie functioneert als hoofdbehandelaar, wie als centrale zorgverlener en hoe de zorg in gezamenlijkheid wordt uitgevoerd met mantelzorgers, vrijwilligers en andere zorgverleners. De behandelaar draagt zorg voor passend beleid, coördinatie en continuïteit door een goede gestandaardiseerde transmurale overdracht als de patiënt overgaat naar een andere leefomgeving.

**Beperking:** De arts verleent generalistische palliatieve zorg vanuit het eigen vakgebied.

## Competenties

De voor deze EPA meest relevante competenties:

- Organisatie en leiderschap
- Communicatie
- Samenwerking
- Maatschappelijk handelen
- Professionaliteit

## Vereiste kennis

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- heeft basiskennis van de volgende begrippen uit het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg NL': kernwaarden en principes, de vier dimensies in palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel, de verschillende stadia in de palliatieve zorgverlening, proactieve zorgplanning, individueel zorgplan, de wijze waarop palliatieve zorgverlening wordt uitgevoerd en is georganiseerd, interdisciplinaire-/interprofessionele samenwerking, hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener, ethisch handelen, moreel beraad.

## Vereist gedrag

**Bijdragen aan organisatie en coördinatie van interprofessionele (netwerk)zorg**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- brengt het bij de palliatieve zorg betrokken team van professionals en het netwerk van de patiënt in kaart en geeft duidelijkheid over de invulling van de regiefunctie, rollen en taken van de hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener, zorgverleners en eventuele andere betrokkenen;
- levert een proactieve bijdrage aan het verdelen van taken in het interdisciplinair werkend team is zich bewust van de financiële en organisatorische kaders van de palliatieve zorgverlening in de verschillende contexten van zorg en organiseert de zorg;
- draagt zorg voor ondersteuning van zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers en stimuleert zelfzorg;
- toont zelf effectieve coping-vaardigheden als het gaat om omgaan met patiënten in de palliatieve fase;

**Leveren van continuïteit en kwaliteit van interprofessionele zorg**

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- neemt als hoofdbehandelaar c.q. medisch supervisor inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg en neemt hierin de regie;
- draagt, samen met de centrale zorgverlener, zorg voor coördinatie, continuïteit en kwaliteit van de medische zorg, al naar gelang de gemaakte afspraken over instellingen heen;
- neemt verantwoordelijkheid vanuit specifieke vakinhoudelijk kennis en ervaring op gebied van palliatieve zorg, om samenwerking, kwaliteit van zorg en groei van kennis te bevorderen;
- organiseert en voert structureel en doelmatig intra- en interprofessioneel overleg;
- regelt, indien nodig, inbreng van Palliatieve thuiszorg (PaTz-groepen) en/of consultatie van een gespecialiseerd (transmuraal) team palliatieve zorg;
- onderhoudt samenwerkingsrelaties met (het management van) instellingen, samenwerkingsverbanden of beroepsorganisaties.

# COÖRDINEREN EN ZORGEN VOOR CONTINUÏTEIT VAN INTERPROFESSIONELE PALLIATIEVE ZORG

## Vereist gedrag

### Informatie uitwisselen en transmuraal overdragen van zorg

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- draagt zorg voor tijdige en adequate informatieuitwisseling en overdracht tussen patiënt, naasten, vrijwilligers en de betrokken zorgverleners met veilige gegevensuitwisseling conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- beschrijft compact voor de overdracht: de stand van zaken, actueel beleid, uitkomst proactieve zorgplanning, medicatie en wat met patiënt is besproken bijvoorbeeld in een levenseindegesprek;
- zorgt o.a. op indicatie van zorg voor een mondelinge toelichting naar de volgende zorgverleners.

### Inzetten moreel beraad

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- herkent en bespreekt ethische en morele dilemma's in de palliatieve zorgverlening, vooral rondom het levenseinde, en handelt naar de uitkomst van deze overwegingen;
- initieert, indien nodig, moreel beraad en levert hierin een actieve bijdrage.

Deze EPA's zijn bedoeld voor artsen en aios van specifieke specialismen die veel in aanraking komen met palliatieve zorg en daarvoor aanvullende competenties nodig hebben.

## Suggesties (toets)instrumenten

Voor evaluatie voortgang en verantwoord summatief bekwaam verklaren.

### Suggesties voor in te zetten instrumenten

- Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360<sup>o</sup>-feedback, beoordeling brief, OSATS, CAT, KPB, CBD, directe-/video-observatie, kennistoets etc.

### Specifiek:

- KPB/KPE observatie van bijvoorbeeld: multidisciplinair overleg (MDO), overdracht (mondeling en schriftelijk) na een 1e consult en/of bij ontslag.
- Presentatie casus (tijdens een multidisciplinaire casuïstiekbespreking, mondelinge overdracht, moreel beraad, begeleiding tijdens stervensproces).
- Reflectieverslag.

### Bekwaamverklaring

- Opleidingsgroep (opleider/stagehouder en betrokken supervisors) geeft bekwaamheidsverklaring af op basis van genoeg, gevarieerd en voldoende beoordeeld bewijsmateriaal (zie bovenstaande set).

## Kernbegrippen

---

### Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is 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. Gedurende het beloop van de ziekte heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden (IKNL/Palliactief, 2017).

### Kernwaarden en principes

Kernwaarden beschrijven de basiswaarden van goede zorg aan de patiënt in de palliatieve fase en diens naasten. Principes beschrijven houding en gedrag van zorgverleners waarmee de kernwaarden gerealiseerd kunnen worden (IKNL/Palliactief, 2017).

### Dimensies in de palliatieve zorg: fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie

De fysieke dimensie van palliatieve zorg verkent, onderzoekt en behandelt lichamelijke symptomen en maakt daarbij zo nodig gebruik van gevalideerde (meet)instrumenten. De psychische

dimensie van palliatieve zorg omvat zorg die betrekking heeft op het psychisch en emotioneel welbevinden van de patiënt en diens naasten. De sociale dimensie van palliatieve zorg omvat een breed scala aan voorzieningen en activiteiten die de patiënt en diens naasten mede in staat stellen het dagelijks leven vorm te kunnen geven. De spirituele c.q. existentiële dimensie gaat over gedachtes, gevoelens en vragen die problemen in de palliatieve fase oproepen ten aanzien van de zin- en betekenisgeving die verbonden zijn met het levensverhaal, ziekteverloop en het levenseinde (IKNL/Palliactief, 2017).

### Signaleren en markeren palliatieve fase

Markeren begint met vroegtijdig signaleren van de palliatieve fase, wat gedaan kan worden door elke betrokken zorgverlener in afstemming met de arts. De arts stelt vervolgens de palliatieve fase actief vast, benoemt en bespreekt dit met de overige betrokken zorgverleners. De arts exploreert in hoeverre zorgvrager (en diens naasten) open staan voor een gesprek over de palliatieve fase en of zij over de veerkracht beschikken de informatie te verwerken (O<sup>2</sup>PZ, 2020 op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

### Stervensfase

De stervensfase omvat de laatste dagen tot week van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is (IKNL/Palliactief, 2017).

### Palliatief redeneren

Palliatief redeneren is het klinische redeneren in de palliatieve fase; het betreft een toegepaste vorm van klinisch redeneren gecombineerd met de principiële uitgangspunten van palliatieve zorg rondom besluitvorming bij symptommanagement gericht op kwaliteit van leven (O<sup>2</sup>PZ, 2020).

### Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van vooruitdenken over situaties die zich kunnen voordoen (scenario-denken), plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad, is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past (IKNL/Palliactief, 2017).

# MEDISCH EXPERT: MEDISCH HANDELEN

- basis
- +• gevorderd

## Competentie

**1.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, toont adequate kennis, inzicht en vaardigheid uit het vakgebied palliatieve zorg in de zorgverlening.

**2.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, diagnosticeert en prognosticeert ziektebeelden, functiestoornissen en beperkingen.

## Gedragssuïtingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- toont (basis)kennis van palliatieve zorgverlening: de definitie palliatieve zorg en de volgende begrippen uit het kwaliteitskader palliatieve zorg NL:
    - kernwaarden en principes
    - de vier dimensies in palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel
    - palliatief redeneren
    - persoonsgerichte communicatie
    - de wijze waarop palliatieve zorgverlening wordt uitgevoerd en is georganiseerd interdisciplinaire-/interprofessionele samenwerking
    - hoofdbehandelaar
    - centrale zorgverlener
    - de verschillende stadia in de palliatieve zorgverlening
    - de betekenis van palliatieve zorg vroeg in het ziekteverloop
    - kwaliteit van leven en sterven, beïnvloedende factoren
    - (mogelijkheden van en samenwerking met de apotheker bij) palliatieve sedatie en euthanasie
    - markering
    - gezamenlijke besluitvorming
    - proactieve zorgplanning
    - individueel zorgplan
    - ethisch handelen
    - moreel beraad
    - reflecteren
  - toont kennis van de epidemiologie, etiologie, pathogenese, pathofysiologie, verloop en behandelopties van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen, functiestoornissen en daarmee gerelateerde medicatie in de palliatieve fase;
- 
- neemt een multidimensionale en functionele anamnese af;
  - verricht lichamelijk onderzoek, rekening houdend met de belasting hiervan voor de patiënt;
  - +• past indien nodig en passend aanvullend onderzoek toe en weegt dit af tegen de belasting voor en wensen en behoeften van de patiënt en naasten;
  - +• heeft in de anamnese aandacht voor de vier dimensies van palliatieve zorgverlening (fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel) aan bod komen, indien nodig gebruik makend van gevalideerde meetinstrumenten;
  - +• past evidence based principes toe uit literatuur, protocollen, richtlijnen en zorgpaden van het vakgebied palliatieve zorg ten behoeve van de eigen klinische besluitvorming;
  - +• maakt bij het analyseren van gevolgen van levensbedreigende ziekten of kwetsbaarheid, zoals symptomen, complicaties en functiestoornissen, gebruik van de methode palliatief redeneren op vier dimensies;

# MEDISCH EXPERT: MEDISCH HANDELEN

- basis
- +• gevorderd

## Competentie

**3.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, signaleert en markeert de palliatieve- en stervensfase.

**4.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, maakt actueel beleid en proactief beleid en zorgt voor uitvoering, evaluatie en zo nodig bijstelling van een individueel zorgplan.

**5.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, handelt tijdig en adequaat bij problemen en in acute situaties in de palliatieve zorgverlening.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- herkent mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en herkent en signaleert bij deze mensen progressie van symptomen, het optreden van complicaties en toename van functiestoornissen en kiest voor een ziektegerichte en/of symptoomgerichte aanpak c.q. behandeling;
  - markeert op klinische gronden tijdig de palliatieve fase en de stervensfase;
  - brengt waarden, wensen en behoeften van de patiënt en naasten in kaart, waaronder behoud van kwaliteit van leven voor de patiënt en naasten gedurende de gehele traject;
  - draagt zorg voor een waardig en goed sterfbed, met oog voor patiënt en naasten, inclusief nazorg;
  - +• exploreert in hoeverre patiënt en naasten openstaan en of zij over de veerkracht beschikken om informatie te verwerken over de palliatieve- en/of stervensfase en/of zij hiervoor openstaan;
- 
- maakt onderscheid tussen ziektegerichte behandeling en symptoomgerichte behandeling;
  - maakt gebruik van gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning om met patiënt en naasten te komen tot passend beleid;
  - prioriteert en handelt op wat voor patiënt van belang is en handelt als zodanig, gericht op verlichten van lijden, optimaliseren van functioneren, verbetering van kwaliteit van leven en sterven en onder eigen regie van de patiënt en naasten;
  - inventariseert systematisch en behandelt de meest voorkomende symptomen en problematiek in de palliatieve fase, bijvoorbeeld pijn en benauwdheid;
  - heeft aandacht voor het tijdig saneren en aanpassen van toedieningswijzen van medicatie in de palliatieve- en stervensfase en stemt dit af met de apotheker;
  - +• maakt actueel beleid inclusief anticiperende stappen en gebruikt palliatief redeneren bij het formuleren van proactief beleid;
  - +• denkt in scenario's met voor- en nadelen, belasting voor de patiënt en mogelijke acties en interventies, anticipeert op mogelijke veranderingen en weegt voortdurend af;
  - +• maakt gebruik van ziektegerichte, symptoomgerichte, medicamenteuze, niet-medicamenteuze, en invasieve behandelingen, specifiek voor het eigen vakgebied en verwijst gericht voor palliatieve interventies op de overige vakgebieden;
  - +• evalueert de uitvoering van de palliatieve zorg continu en stelt deze indien nodig bij;
- 
- anticipeert op, signaleert en handelt c.q. verwijst tijdig en adequaat in geval van acute problemen in de vier dimensies, zoals bij mentale nood, zingevingsvraagstukken, sociale nood, massale bloeding, acute verstikking, delier, refractaire symptomen en acute dwarslaesie.

**Domein kwaliteitskader:** Domein 2: Structuur en proces: 2.1 Markering, 2.2 Gezamenlijke besluitvorming, 2.3 Proactieve zorgplanning, 2.4 Individueel zorgplan, 2.6 Mantelzorg, 2.9 Deskundigheid, 2.10 Kwaliteit en onderzoek. Domein 7: Stervensfase

# COMMUNICATOR: COMMUNICEREN

- basis
- +• gevorderd

## Kernbegrippen

### Persoonsgerichte communicatie

Persoonsgerichte communicatie is het actief luisteren naar de patiënt en/of naasten afgestemd op diens waarden, wensen en behoeften en patiëntfactoren zoals leeftijd, taal en cognitie zodat de patiënt in staat is gericht keuzes te maken (O<sup>2</sup>PZ, 2020).

### Zelfmanagement

Zelfmanagement is het omgaan met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid op een manier dat de aandoening zo goed mogelijk een plek krijgt in het dagelijks leven. Zelfmanagement betekent: zelf kunnen kiezen in hoeverre

men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bereiken en te behouden (IKNL/Palliatief, 2017).

### Gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarin de zorgverlener en de patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt worden meegenomen (IKNL/Palliatief, 2017).

### Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het proces van vooruitdenken over situaties die zich kunnen voordoen (scenario-denken), plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past (IKNL/Palliatief, 2017).

## Competentie

**1.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, communiceert in de palliatieve zorgverlening op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten.

**2.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, bouwt behandelrelaties met patiënten en hun naasten op passend bij de situatie.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- toont empathie en biedt ruimte voor emoties van de patiënt en diens naasten;
  - zorgt dat informatie uitwisseling gericht is op behoeften van de patiënt met diens naasten, achtergrond, copingstijl en vaardigheden en respecteert het niet (alles) willen weten;
  - bespreekt met patiënt en naasten, ook proactief, datgene wat de patiënt bezighoudt, zorgen baart en van betekenis is en realiseerbare wensen en doelen;
  - +• neemt in gesprekken met patiënt en naasten de tijd, bewaakt deze en bespreekt onderwerpen op de vier dimensies in de palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden en houdt rekening met cultuur, diversiteit, ethiek en recht;
- 
- werkt samen met het volledige zorgsysteem, inclusief patiënt, naasten, (informele) zorgverleners, collegae en paramedici om tot afgestemde zorg te komen;
  - onderkent de invloed van de eigen attitude, bijvoorbeeld ten aanzien van ziek zijn en sterven, in een advies en zorgrelatie en gaat daar op adequate wijze mee om;
  - creëert een omgeving die gekenmerkt wordt door wederzijds vertrouwen, begrip, veiligheid en empathie;
  - +• herkent problemen in de interactie tussen arts en patiënt met naasten, verschil van inzicht of conflict tussen familie en patiënt of tussen familieleden en bespreekt dit indien nodig;
  - +• draagt zorg voor een goede begeleiding van (kleine) kinderen wanneer een naaste ernstig ziek is en verwijst zo nodig naar een deskundige op het gebied van verlies, verdriet en rouw;
  - +• begeleidt nabestaanden bij beloop van rouw en verwijst zo nodig;



# COMMUNICATOR: COMMUNICEREN

- basis
- +• gevorderd

## Competentie

## Gedragssuitingen

**3.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, voert gesprekken met de patiënt en naasten over ingrijpende gebeurtenissen en markeringsmomenten van de palliatieve fase en stervensfase.

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- past het eigen handelen en de communicatie aan op de copingstrategieën en veerkracht van patiënt en naasten;
- bespreekt met de patiënt en naasten het moment van het markeren van de palliatieve- en later de stervensfase met aandacht voor de verschillende accenten van beide fasen;

**4.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, is proactief in zorgplanning.

- denkt, plant en organiseert vooruit in overleg met de patiënt en naasten;
- +• geeft naar behoefte, wensen en veerkracht van de patiënt en naasten informatie over het te verwachte beloop, de mogelijke scenario's en behandel- en zorgmogelijkheden;
- +• bespreekt expliciet met de patiënt en naasten de wensen rondom het einde van het leven, zoals al dan niet gewenste zorgtransfers, voorkeursplaats van overlijden, kwaliteit van sterven, zingeving en beleving, symptoombestrijding en behandelbeperkingen, wilsverklaring en wettelijke vertegenwoordiger, euthanasie, palliatieve sedatie, wensen rond donatie en nazorg voor naasten;

**5.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, komt in gezamenlijk overleg met de patiënt en/of diens naasten tot consensus in besluitvorming over de te verlenen zorg.

- overlegt met de patiënt en naasten welke zorg het beste bij de patiënt past;
- bespreekt opties, voor- en nadelen, voorkeuren, omstandigheden van de patiënt en eigen verwachtingen en die van de patiënt over het verloop van ziekte en sterven en kwaliteit van leven;
- borgt de gemaakte afspraken voortkomend uit het proces van gezamenlijke besluitvorming door informatieoverdracht;
- +• werkt toe naar een besluit waarin patiënt, naasten en betrokken zorgverleners zich in kunnen vinden
- +• heeft aandacht en respect voor en betreft de visie van de patiënt en naasten en wisselende wensen in alle (ziekte) fasen;
- +• heeft aandacht voor hen die afhankelijk zijn van de patiënt, onder andere ouderschap, voogdij, testament en informeren van minderjarige kinderen;

**6.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, maakt optimaal gebruik van moderne informatietechnologie.

- maakt indien mogelijk gebruik van een digitaal beschikbaar overdrachtsdocument en/of individueel zorgplan (DigIZP).

**Domein kwaliteitskader:** Domein 1: Kernwaarden en principes, Domein 2: Structuur en proces: 2.2 *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.3 *Proactieve zorgplanning*, 2.4 *Individueel zorgplan*, 2.7 *Interdisciplinaire zorg*, Domein 3, 4, 5 en 6: Fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie, Domein 7: Stervensfase, Domein 8: Verlies en rouw, Domein 9: Cultuur, Domein 10: Ethisch en juridisch.

# SAMENWERKER: SAMENWERKEN

- basis
- + • gevorderd

## Kernbegrippen

### Interprofessionele samenwerking

Bij interprofessioneel samenwerken formuleren de verschillende disciplines een gezamenlijk doel en hanteren zij een gemeenschappelijke taal die voor alle betrokkenen toegankelijk en begrijpelijk is. Ook zien zij de kwaliteiten en perspectieven van de ander als complementair. De betrokken professionals leveren als het ware een deel van hun autonomie in ten behoeve van het gezamenlijke doel.

Uit Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017 waarbij de term interdisciplinair is omgezet

naar interprofessioneel op basis van Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

### Continuïteit van zorg

Er is sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd.

Continuïteit omvat ten minste:

1. persoonlijke continuïteit: een vaste zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de patiënt kent en volgt;

2. team-continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten;
3. transmurale continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten (IKNL/Palliactief, 2017).

## Competentie

**1(+)**. De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, neemt de regie tot het in kaart brengen en versterken van het team van professionals en het netwerk van de patiënt ten behoeve van optimale palliatieve zorgverlening.

**2.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, voert de palliatieve zorg uit samen met mantelzorgers, vrijwilligers en andere zorgverleners in een interdisciplinair team c.q. netwerk met de patiënt en diens naasten.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- +• draagt er zorg voor dat duidelijk is wie de centrale zorgverlener en de hoofdbehandelaar is;
- +• monitort samen met betrokken professionals welke zorg nodig is en past deze zo nodig aan;
- +• voegt indien nodig specialistische zorgverleners toe aan het interdisciplinaire team;
- +• brengt het bij de palliatieve zorg betrokken team van professionals en het netwerk van de patiënt in kaart;
- +• doet voorstellen aan de patiënt en zijn naasten tot versterking van het team en netwerk;

- is flexibel, motiverend, stimulerend, tactvol en communicatief vaardig in samenwerking;
- maakt zo nodig en tijdig gebruik van consultatie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners;
- kent de eigen persoonlijke- en zorginhoudelijke mogelijkheden en die van andere zorgverleners
- draagt zorg voor tijdige en adequate informatie-uitwisseling en overdracht tussen patiënt, naasten, vrijwilligers en de betrokken zorgverleners;
- werkt samen in interdisciplinair teamverband;
- +• deelt kennis en ervaring met collega's;
- +• motiveert collega's om kennis en ervaring te delen;
- +• maakt gebruik van de specifieke deskundigheid van elk van de teamleden;
- +• onderhoudt samenwerkingsrelaties met (het management van) instellingen, samenwerkingsverbanden of beroepsorganisaties;

# SAMENWERKER: SAMENWERKEN

- basis
- + • gevorderd

## Competentie

**3.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, draagt zorg voor continuïteit door een goede zowel schriftelijke als mondelinge transmurale overdracht als de patiënt overgaat naar een andere leefomgeving.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- zorgt in een gestandaardiseerd overdrachtsproces voor een tijdige overdracht;
- is proactief en maakt duidelijke afspraken met patiënt, naasten, apotheker en zorgverleners over wie, wat, hoe en wanneer;
- beschrijft compact voor de overdracht: de stand van zaken, actueel beleid, uitkomst proactieve zorgplanning, medicatie en wat met patiënt is besproken bijvoorbeeld in een levenseindegesprek;
- zorgt o.a. op indicatie van zorg voor een mondelinge toelichting naar de volgende zorgverleners.

**Domein kwaliteitskader:** Domein 2: Structuur en proces: 2.5 Interdisciplinaire zorg, 2.6 Mantelzorg, 2.7 Coördinatie en continuïteit van zorg, 2.8 Netwerk, 2.9 Deskundigheid

# ACADEMICUS: KENNIS EN WETENSCHAP

- basis
- +• gevorderd

## Kernbegrippen

### Evidence based practice (EBP)

Evidence based practice is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence based practice impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe

bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, in combinatie met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt (Verhoef, Cox, De Louw, & Kuiper, 2012).

Voor palliatieve zorg betekent dit het in samenspraak met de patiënt en diens naasten afwegen van (1) actief gezochte recente kennis uit wetenschappelijke literatuur, protocollen, richtlijnen en zorgpaden (2) professionele expertise en (3) persoonlijke kennis, waarden, wensen, voorkeuren en behoeften van de patiënt en diens naasten (O<sup>2</sup>PZ, 2020).

## Competentie

1. De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, maakt in de palliatieve zorgverlening oordeelkundig, zorgvuldig, doelmatig en objectief gebruik van het best beschikbare bewijs (EBP) en van expertise van experts in de palliatieve zorg.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- raadpleegt bij twijfel in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners;
- handelt in onzekere situaties op een verantwoorde manier;
- beoordeelt wetenschappelijke kennis en informatie over palliatieve zorg kritisch gebaseerd op evidence en/of experience (practice) op relevantie, significantie en toepasbaarheid voor de klinische praktijk;
- +• denkt buiten de gebaande paden, is creatief, flexibel en wijkt indien nodig, in het belang van en in overleg met de patiënt en diens naasten, na een zorgvuldige afweging, beargumenteerd af van professionele standaarden, protocollen, richtlijnen en zorgpaden;
- +• maakt gebruik van evidence- en experience based practice bij het bepalen van beleid.

**Domein kwaliteitskader:** Domein 2: Structuur en proces: 2.9 Deskundigheid en 2.10 Kwaliteit en onderzoek

# GEZONDHEIDSBEVORDERAAR: MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

- basis
- +• gevorderd

## Kernbegrippen

### Ethisch handelen

Bij ethisch handelen geeft de zorgverlener uitvoering aan de vier ethische principes 1) respect voor het individu en diens autonomie; 2) goed doen; 3) niet schaden; 4) rechtvaardigheid en gelijke verdeling van middelen (Beauchamp & Childress, 1979).

### Moreel beraad

In moreel beraad wordt in een groep zorgverleners een dilemma van (minimaal) één van de deelnemers besproken via een gestructureerde gespreksmethode, gefaciliteerd door een gespreksleider (een ethicus of een daartoe opgeleide professional). In moreel beraad worden alle perspectieven in kaart gebracht om een gewogen beslissing te nemen. Moreel beraad levert een bijdrage aan de verheldering van de besproken situatie

(de casus), de professionaliteit van zorgverleners en de wijze en cultuur van samenwerken (KNL/Palliatief, 2017).

### Morele sensitiviteit

Morele sensitiviteit is de gevoeligheid voor de waarden van de betrokkenen die in het geding zijn gebaseerd op de principebenadering in de ethiek (Beauchamp & Childress, 1979).

## Competentie

**1.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, oefent de palliatieve zorgverlening uit naar de gebruikelijke ethische en juridische normen van het beroep en kernwaarden en principes van de palliatieve zorgverlening.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- stelt patiënt en naasten centraal en respecteert waarden, wensen en behoeften c.q. doelen van de patiënt met naasten;
- praktiseert gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning;
- zet in op kwaliteit van leven en sterven en functionaliteit onder eigen regie in de eigen omgeving
- is zich bewust van de (on)mogelijkheden van wet- en regelgeving en eigen ethische kaders en komt tot een zorgvuldige afweging voor de patiënt en zichzelf;
- denkt vanuit 'positieve gezondheid', bespreekt met de patiënt wat er allemaal nog wel kan en wat voor de patiënt bijdraagt aan betekenisvol leven en sterven en stimuleert de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie te nemen;
- +• handelt naar beroepscode(s), wettelijke of anderszins gereguleerde aspecten van palliatieve zorg, waaronder: inzage in medisch dossier of verstrekken van persoonsgebonden medische informatie, informed consent (geïnformeerde toestemming), wilsverklaring; onderzoek naar wilsbekwaamheid, rol en verantwoordelijkheden van wettelijk vertegenwoordigers, orgaandonatie; palliatieve sedatie en euthanasie;
- +• gaat na of er een wilsverklaring is, of wensen anderszins op schrift zijn gesteld en of er een wettelijk vertegenwoordiger is aangewezen en bespreekt deze onderwerpen met de patiënt en naasten en maakt zich sterk voor deze wensen;
- +• maakt een doelmatige afweging bij inzet van middelen en mogelijkheden in de palliatieve fase en verricht bijvoorbeeld geen medisch zinloze handelingen;

# GEZONDHEIDSBEVORDERAAR: MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

- basis
- + • gevorderd

## Competentie

**2.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, herkent situaties waar moreel beraad helpend kan zijn en weet deze te initiëren.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- herkent en bespreekt ethische en morele dilemma's in de palliatieve zorgverlening, vooral rondom het levenseinde;
- + • initieert, indien nodig, moreel beraad;
- + • levert een actieve bijdrage in een moreel beraad.

**Domein kwaliteitskader:** Domein 3,4,5, 6: Fysieke, psychische, sociale, spirituele dimensie en Domein 10: Ethisch en juridisch.

# ORGANISATOR: ORGANISATIE EN LEIDERSCHAP

- basis
- +• gevorderd

## Kernbegrippen

### Hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar is de arts die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de zorgverlening (diagnostiek, behandeling en continuïteit van zorg) aan de patiënt. Wie dat is, kan wisselen tijdens het ziekteproces (IKNL/Palliactief, 2017).

### Centrale zorgverlener

De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg. In

samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een ander (in palliatieve zorg gespecialiseerd) teamlid (IKNL/Palliactief, 2017).

### Medisch leiderschap

Bij medisch leiderschap werken artsen continu aan persoonlijke groei, professionaliteit en effectiviteit, nemen de verantwoordelijkheid voor en geven sturing aan kwalitatief hoogwaardige zorg voor de patiënt, door de medische inhoud te verbinden met bestuurlijke, organisatorische, financiële en maatschappelijke thema's overeenkomstig de positie in het zorgsysteem (FMS, 2016).

### Continuïteit van zorg

Er is sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd. Continuïteit omvat ten minste: 1. persoonlijke continuïteit: een vaste zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de patiënt kent en volgt; 2. team-continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten; 3. transmurale continuïteit: communicatie van relevante patiënteninformatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten (IKNL/Palliactief, 2017).

## Competentie

**1(+)**. De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, draagt, indien hoofdbehandelaar, inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor zorgverlening (diagnostiek behandeling en continuïteit van zorg) aan de patiënt.

**2.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, draagt actief bij aan de organisatie, coördinatie en continuïteit en kwaliteit van geleverde zorg in een interdisciplinair werkend zorgteam.

## Gedragssuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- +• neemt als hoofdbehandelaar c.q. medisch supervisor inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg en neemt hierin de regie (NB. Dit kan verschillen per zorginstelling, eerste lijn of tweede lijn);
  - +• geeft duidelijkheid over de invulling van de regiefunctie, rollen en taken van de hoofdbehandelaar, centrale zorgverlener, zorgverleners en eventuele andere betrokkenen;
  - +• regelt, indien nodig, inbreng van Palliatieve thuiszorg (PaTz-groepen) en/of consultatie van een gespecialiseerd (transmuraal) team palliatieve zorg;
  - +• organiseert en voert structureel en doelmatig intra- en interprofessioneel overleg;
- 
- draagt, samen met de centrale zorgverlener, zorg voor coördinatie, continuïteit en kwaliteit van de medische zorg, al naar gelang de gemaakte afspraken over instellingen heen;
  - draagt bij aan gestructureerd en doelmatig intra- en interprofessioneel overleg, waaronder het multidisciplinair overleg (MDO);
  - draagt zorg voor een tijdige overdracht met veilige gegevensuitwisseling en werkt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
  - ziet toe op nazorg: contact met nabestaanden na overlijden, begeleiding en eventueel verwijzing voor gerichte ondersteuning bij de rouw;

# ORGANISATOR: ORGANISATIE EN LEIDERSCHAP

- basis
- +• gevorderd

## Competentie

## Gedragssuitingen

- +• signaleert knelpunten en onderneemt actie met betrekking tot de ondersteuning van zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers;
- +• heeft aandacht voor persoonlijke en teambalans;
- +• draagt zorg voor ondersteuning van zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers en stimuleert zelfzorg;

**3 (+).** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, neemt een proactieve rol in een interdisciplinair werkend zorgteam.

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- +• levert een proactieve bijdrage aan het verdelen van taken in het interdisciplinair werkend team is zich bewust van de financiële en organisatorische kaders van de palliatieve zorgverlening in de verschillende contexten van zorg en organiseert de zorg;
- +• neemt verantwoordelijkheid vanuit specifieke vakinhoudelijk kennis en ervaring op gebied van palliatieve zorg, om samenwerking, kwaliteit van zorg en groei van kennis te bevorderen.

**Domein kwaliteitskader:** Domein 2: Structuur en proces: 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.6 *Mantelzorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit*, 2.6 *Netwerk*, 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*, Domein 8: Verlies en rouw, Domein 10. Ethisch en juridisch



# PROFESSIONAL: PROFESSIONALITEIT

- basis
- +• gevorderd

## Kernbegrippen

### Zelfreflectie

Zelfreflectie is het onderzoeken van impact en effect van ervaringen waarbij op zowel de professionele als de persoonlijke positie (voortkomend uit het verleden, cultuur, normen en

waarden of onervarenheid) wordt gereflecteerd in relatie tot de zorgverlening aan patiënten met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Zelfreflectie wordt gezien als een intellectueel en emotioneel proces dat leidt tot meer inzicht in

eigen handelen, (zelf)kennis en zelfbeeld om dit vervolgens toe te passen in toekomstig handelen. Zelfreflectie kan zowel een individueel proces als een groepsproces zijn (IKNL/Palliactief, 2017).

## Competentie

**1(+)**. De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, levert kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg op integere en betrokken wijze.

**2.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, toont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag in de palliatieve zorgverlening.

**3.** De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg, kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daar binnen en reflecteert.

## Gedragsuitingen

*De geneeskundig specialist, die generalist is in de palliatieve zorg:*

- +• levert met gepaste distantie zorg op integere, open en (emotioneel) betrokken wijze;
- +• toont een kritische houding ten aanzien van de gegeven palliatieve zorg voor (kwaliteits)verbetering;

- is zich bewust van de eigen opvattingen over leven en dood en ervaringen met ziekte en sterven en de invloed hiervan op het eigen functioneren in de rol van zorgverlener in de palliatieve zorg;
- +• realiseert zich de (emotionele) impact van het omgaan met patiënten met levensbedreigende aandoeningen of kwetsbaarheid op zichzelf en anderen, zoekt zo nodig ondersteuning en stimuleert zelfzorg bij collega zorgverleners;
- +• toont zelf effectieve coping-vaardigheden als het gaat om omgaan met patiënten in de palliatieve fase, is zich bewust als eigen grenzen worden overschreden en maakt dit bespreekbaar;
- +• handelt professioneel met in achtname van zowel persoonlijke als professionele waarden en normen;

- kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daar binnen en reflecteert;
- reflecteert op de eigen waarden en normen op het gebied van palliatieve zorg (zelfreflectie).

**Domein kwaliteitskader:** Domein 2: Structuur en proces: 2.9 Deskundigheid en 2.10 Kwaliteit en onderzoek

# BRONDOCUMENTATIE

In beginsel dienden Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 1.0 en het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg als basisdocumenten voor alle onderdelen van Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0. Daarnaast heeft ieder opleidingsniveau specifieke brondocumenten geraadpleegd:

## **Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 niveaus 2, 3 en 4 is samengesteld op basis van de volgende brondocumenten:**

- Beroepsprofiel V&V 2020 (2012);
- Consortium Palliatieve zorg Limburg en Zuidoost Brabant: “Basiscompetenties palliatieve zorg voor verzorgenden en verpleegkundigen” (2018);
- Kwalificatiedossier Helpende Zorg en Welzijn, Crebonr. 25498 (2015);
- Kwalificatiedossier Mbo-Verpleegkundige, Crebonr. 23267 (2020);
- Kwalificatiedossier Verzorgende-IG, Crebonr. 23268 (2020);
- V&VN Palliatieve zorg Competentiebeschrijving verpleegkundige palliatieve zorg (2010).

## **Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 hbo niveau 6 is samengesteld op basis van de volgende brondocumenten:**

- CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists) zoals beschreven in Opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 (2015);
- Consortium Palliatieve zorg Limburg en Zuidoost Brabant: “Basiscompetenties palliatieve zorg voor verzorgenden en verpleegkundigen” (2018);
- Opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 (2015);
- V&VN Palliatieve zorg Competentiebeschrijving verpleegkundige palliatieve zorg (2010).

## **Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 wo niveaus 6, 7, 8 is samengesteld op basis van de volgende brondocumenten:**

- Amsterdam UMC, Gerion, NHG, Verenso. Cursus palliatieve zorg voor medisch specialisten; Doelstellingen. [www.opleidingpalliatievezorg.nl](http://www.opleidingpalliatievezorg.nl) Amsterdam, 2020;
- Amsterdam UMC, Gerion, NHG, Verenso. Kaderopleiding palliatieve zorg: Competenties. [www.opleidingpalliatievezorg.nl](http://www.opleidingpalliatievezorg.nl) Amsterdam, 2020;
- Beschrijvingen van diverse EPA's en andere onderdelen van landelijke opleidingsplannen van diverse wetenschappelijke verenigingen;
- Expertisecentrum Palliatieve Zorg Maastricht UMC & Universitair Pijncentrum Maastricht. DOO Cursus oncologische pijn en palliatieve zorg voor arts-assistenten. Maastricht, 2018;
- Federatie Medisch Specialisten. Individuele profilering en actuele thema's in de medische vervolgopleiding. Utrecht, 2016;
- Gamondi, C., Larkin, P., Payne S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC whitepaper on palliative care education – Part 1. *European Journal of Palliative care*, 2013; 20(2);
- IKNL en Palliatief. Kwaliteitskader Palliatieve zorg NL. Utrecht, 2017;
- KNMG. Algemene competenties van de medisch specialist. Utrecht, 2009;
- Pasemeco: Palliatieve zorg in medisch onderwijs. EPA-lijst Palliatieve zorg voor basisartsen. Maastricht, 2019;
- Quil, T.E., & Abernethy, A.P. (2013). Generalist plus Specialist Palliative Care – Creating a More Sustainable Model. *The New England Journal of Medicine*. 368(13), 1173-1175;

- Radboudumc e.a. expertisecentra palliatieve zorg. AIOS-2-daagse Palliatieve zorg. Nijmegen, 2019;
- SOON. Module palliatieve zorg aios specialist ouderengeneeskunde: Programma landelijke dagen. Utrecht, 2019.

Dit Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0  
is een uitgave van O<sup>2</sup>PZ

## Contact

Van der Boechorststraat 7  
1081 BT Amsterdam  
020 - 444 4272  
info@O2PZ.nl

[www.O2PZ.nl](http://www.O2PZ.nl)

© O<sup>2</sup>PZ



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg

## Eindredactie

Kirsten Karmiggelt

## Vormgeving

Nils Wijnstroot

## Disclaimer

De informatie in dit e-book is uitsluitend bedoeld voor algemeen gebruik. Ondanks het feit dat O<sup>2</sup>PZ de grootste zorgvuldigheid heeft betracht bij de vervaardiging en totstandkoming van deze publicatie is het niet uitgesloten dat de informatie in dit e-book op enig moment, bijvoorbeeld als gevolg van ontwikkelingen of gewijzigde inzichten, onjuistheden bevat of achterhaald is. O<sup>2</sup>PZ is voor eventuele onjuistheden en onvolkomenheden niet aansprakelijk.

## Nieuwsbrief

Wilt u naast het nieuws op de website ook graag op de hoogte gehouden worden van de ontwikkelingen binnen het O<sup>2</sup>PZ programma via een nieuwsbrief?

[AANMELDEN NIEUWSBRIEF](#)