

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

Versie 19 november 2020



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg

MBO (NIVEAU 2)
HELPEDE ZORG & WELZIJN

MBO (NIVEAU 3)
VERZORGENDE (IG)

MBO (NIVEAU 4)
VERPLEEGKUNDIGE

HBO (NIVEAU 6)
VERPLEEGKUNDIGE

WO (NIVEAU 6)
BACHELOR GENEESKUNDE

WO (NIVEAU 7)
BASISARTS

WO (NIVEAU 8 EN 8+)
GENEESKUNDIG SPECIALIST
BASIS EN GEVORDERD



INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
Leeswijzer	4
Werkgroepen van het complete Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0	5
Interprofessioneel samenwerken	7
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Mbo niveau 2	11
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Mbo niveau 3	21
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Mbo niveau 4	33
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Hbo niveau 6	47
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 WO niveau 6	65
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 WO niveau 7	75
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 WO niveau 8 en 8+	91
Bronnen van het complete Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0	118
Colofon	119

INLEIDING

Met genoegen 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

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 O²PZ 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 O²PZ 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 O²PZ

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

INTERPROFESSIONEEL 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 transmuraal) 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.

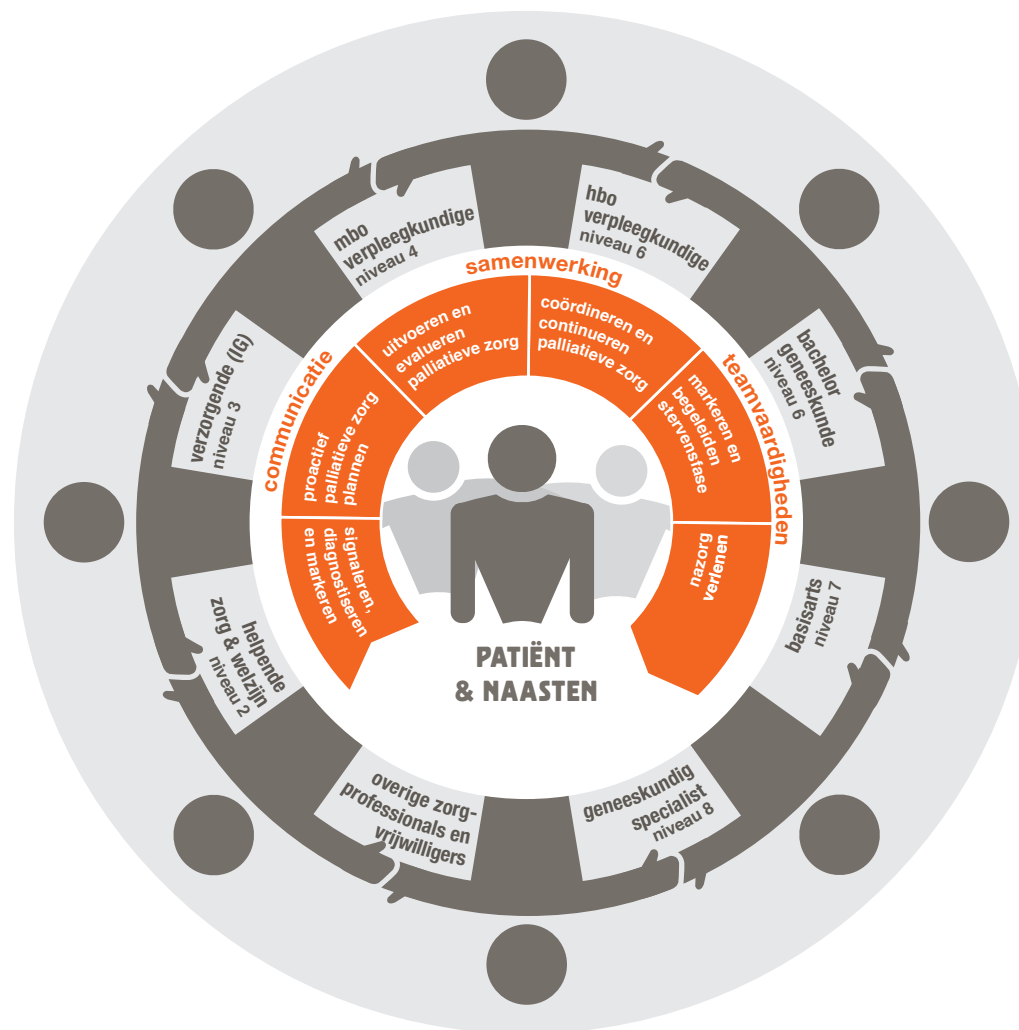
Deze interprofessionele activiteiten zijn vormgegeven in het (digitale) Interprofessioneel samenwerkingsmodel palliatieve zorg. In dit model kunnen per interprofessionele activiteit de

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)

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

MBO (NIVEAU 2)
HELPEDE ZORG
& WELZIEN



INHOUDSOPGAVE MBO (NIVEAU 2)

Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Zorgverlener	13
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Communicator	14
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Samenwerkingspartner	15
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Reflectieve EBP professional	16
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Gezondheidsbevorderaar	17
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Organisator	18
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Professional en Kwaliteitsbevorderaar	19
Overige attitudeaspecten	20

ZORGVERLENER

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).

Competentie

De helpende zorg & welzijn integreert zijn vakinhoudelijke kennis en vaardigheden en een professionele attitude in de zorg aan patiënten met een palliatieve zorgbehoefte.

De helpende zorg & welzijn signaleert de behoefte aan zorg in de palliatieve fase op lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel en functioneel gebied. Verleent deze zorg in laag-complexe situaties op basis van procedures, protocollen en richtlijnen.

De helpende zorg & welzijn ondersteunt de eigen regie van de patiënt en versterkt indien mogelijk de zelfredzaamheid van patiënten in hun sociale omgeving. Houdt rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.

Gedragssuitingen

De helpende zorg & welzijn:

- legt uit wat palliatieve zorg inhoudt;
- benoemt basisprincipes en kernwaarden van palliatieve zorg;
- legt de verschillende begrippen rondom het levenseinde uit;
- legt uit welke sociale gevolgen en veranderingen kunnen optreden in de palliatieve fase;
- benoemt de verschillende rouwtaken en licht deze toe;
- benoemt wat complementaire zorg is en beschrijft de mogelijke meerwaarde hiervan;
- bespreekt bevindingen en werkt samen met relevante zorgprofessionals;
- herkent de kenmerken van laag-complexe palliatieve zorgsituaties en past het handelen daarop aan door zo nodig andere zorgprofessionals te consulteren;
- consulteert waar nodig andere relevante zorgprofessionals;
- stelt vast welke waarden, wensen en behoeften patiënten en naasten hebben;
- verleent palliatieve zorg volgens het individueel zorgplan;
- handelt actief in voorspelbare situaties;
- past complementaire zorg toe op laag-complex niveau;
- begeleidt en ondersteunt de patiënt en diens naasten met als doel het inzicht en de draagkracht van de patiënt en diens naasten te behouden en te bevorderen;
- benoemt mogelijke uitingen van overbelasting en problemen van naasten;
- verwoordt de wijze waarop de naasten met overbelasting en problemen omgaan;
- toont respect en heeft empathie voor de patiënt en naasten en handelt vanuit de beroepscode;
- komt op voor belangen en noden van de patiënt en neemt deze als uitgangspunt bij het handelen;
- heeft een professionele houding en brengt evenwicht aan in afstand en nabijheid in de zorgverlening;
- continueert de zorgverlening aan zorgvragers door middel van schriftelijke en mondelinge rapportage;
- biedt ruimte voor gebruiken en rituelen van de patiënt.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W1: Bereidt werkzaamheden voor en stemt af.

B1-K1-W6: Draagt bij aan een veilige situatie.

P2-K1-W1: Ondersteunt bij wonen en huishouden.

P2-K1-W2: Ondersteunt bij persoonlijke zorg en ADL.

P2-K1-W3: Assisteert bij de uitvoering van sociale en recreatieve activiteiten.

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes, Domein 2: Structuur en proces: 2.1 Markering, 2.2 Gezamenlijke besluitvorming, 2.3 Proactieve zorgplanning, 2.4 Individueel zorgplan, 2.5 Interdisciplinaire zorg, 2.6 Mantelzorg, 2.7 Coördinatie en continuïteit, 2.8 Netwerk, 2.9 Deskundigheid, 2.10 Kwaliteit en onderzoek, Domein 3: Fysieke dimensie, Domein 4: Psychische dimensie, Domein 5: Sociale dimensie, Domein 6: Spirituele dimensie, Domein 7: Stervensfase, Domein 8: Verlies en rouw, Domein 9: Cultuur, Domein 10: Ethisch en juridisch.

COMMUNICATOR

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).

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 2020).

Competentie

De helpende zorg & welzijn communiceert met de patiënt, diens naaste(n) en andere professionals om de kwaliteit van palliatieve zorg te waarborgen.

De helpende zorg & welzijn heeft kennis van sociale vaardigheden die nodig zijn voor het communiceren op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten in laag-complexe situaties op basis van procedures, protocollen en richtlijnen.

De helpende zorg & welzijn signaleert ethische en zingevingsvraagstukken bij de patiënt en naasten en bespreekt bevindingen binnen het team.

Gedragsuitingen

De helpende zorg & welzijn:

- beschrijft de vier dimensies van palliatieve zorg en verwerkt dit in een individueel zorgplan;
- benoemt de basis sociale vaardigheden die noodzakelijk zijn voor het omgaan met de patiënt en diens naasten in de palliatieve fase en past dit toe in een gesprek met de patiënt en diens naasten;
- herkent verschillende manieren waarop mensen met lijden en ziekte omgaan en stemt hierop zijn gedrag af;
- toont empathie door te luisteren naar de patiënt en diens naasten en stelt de juiste vragen;
- communiceert actief met directe collega's binnen het team;
- rapporteert bevindingen en bespreekt bevindingen met de patiënt, diens naasten en binnen het eigen team;
- rapporteert bevindingen ten aanzien van de palliatieve zorg zowel mondeling als schriftelijk.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W3: Treedt op als aanspreekpunt.

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes, Domein 2: Structuur en proces: 2.2: *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.3: *Proactieve zorgplanning*, 2.5: *Interdisciplinaire zorg*, Domein 3: Fysieke dimensie, Domein 4: Psychische dimensie, Domein 5: Sociale dimensie, Domein 6: Spirituele dimensie, Domein 8: Verlies en rouw. Domein 9: Cultuur.

SAMENWERKINGSPARTNER

Kernbegrippen

Interprofessioneel samenwerken

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 het Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization, 2010).

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).

Competentie

De helpende zorg & welzijn werkt effectief samen binnen het eigen team ten behoeve van optimale palliatieve zorg.

De helpende zorg & welzijn werkt samen met andere professionals binnen het eigen team en bespreekt bevindingen ten aanzien van de zorg voor de patiënt en naasten en stemt daarbij de eigen zorg af op de andere professionals in laag-complexe zorgsituaties.

Gedragssuitingen

De helpende zorg & welzijn:

- kan laag-complexe problemen van de patiënt signaleren, binnen het team bespreken en rapporteert bevindingen in het individueel zorgplan;
- kent de taken en bevoegdheden van zijn eigen discipline en die van andere teamleden;
- werkt samen met andere zorgprofessionals en vrijwilligers;
- neemt actief deel aan overlegsituaties over de patiënten;
- houdt rekening met waarden en normen, wensen en gewoonten, gevoelens en persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt en diens naasten;
- toont maximale professionele nabijheid zonder passende verhoudingen uit het oog te verliezen en rekening houdend met de kwetsbaarheid van de patiënt;
- signaleert leemtes in de samenwerking binnen het eigen team.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W3: Treedt op als aanspreekpunt.

B1-K1-W9: Evalueert de werkzaamheden.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.2 *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.4 *Individueel zorgplan*, 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.6 *Mantelzorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit van zorg*, 2.8 *Netwerk*, 2.9 *Deskundigheid*.

CanMEDS-rol MBO NIVEAU 2

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Kernbegrippen

Deze CanMEDS-rol is niet van toepassing bij de helpende zorg & welzijn.

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 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/Palliactief, 2017).

Gezond gedrag bevorderen

Het bieden van ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek.

Competentie

De helpende zorg & welzijn gebruikt op een verantwoorde wijze de expertise en invloed ten voordele van de gezondheid en het welzijn van palliatieve patiënten en hun naasten.

De helpende zorg & welzijn draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van patiënten en diens naasten met een palliatieve zorgvraag in laag-complexe zorgsituaties.

De helpende zorg & welzijn zet de gestelde interventies in om problematiek op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied te voorkomen.

Gedragsuitingen

De helpende zorg & welzijn:

- signaleert actuele problemen van patiënten met een laag-complexe zorgvraag en past interventies toe.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W8: Voert werkzaamheden uit gericht op voeding.

P2-K1-W2: Ondersteunt bij persoonlijke zorg en ADL.

Domein kwaliteitskader: Domein 3: Fysieke dimensie, Domein 4: Psychische dimensie, Domein 5: Sociale dimensie, Domein 6: Spirituele dimensie, Domein 9: Cultuur.

ORGANISATOR

Kernbegrippen

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/Palliatief, 2017).

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/Palliatief, 2017 waarbij de term interdisciplinair is omgezet naar interprofessioneel op basis van het Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization, 2010).

Veiligheid bevorderen

Het continu en methodisch bijdragen aan het bevorderen en borgen van de veiligheid van de patiënt en medewerkers.

Competentie

De helpende zorg & welzijn draagt als teamlid bij aan de coördinatie en continuïteit om kwaliteit en patiëntveiligheid van de palliatieve patiënt binnen de afdeling te bevorderen.

De helpende zorg & welzijn neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken en middelen voor de laag-complexe zorgsituatie met als doel de coördinatie en continuïteit van zorg te bewaken.

Gedragssuitingen

De helpende zorg & welzijn:

- stemt de zorgverlening en de taakverdeling af met andere professionals om de continuïteit van zorg te bevorderen;
- past risicosignalering toe, handelt volgens procedures en schakelt zo nodig andere zorgprofessionals in;
- gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om teneinde de gezondheidszorg betaalbaar te houden;
- heeft een actieve rol bij het bevorderen van de veiligheid van de patiëntenzorg.

Kwalificatiedossier

- B1-K1-W4:** Voert eenvoudige administratieve werkzaamheden uit.
- B1-K1-W5:** Assisteert bij voorraadbeheer.
- B1-K1-W6:** Draagt bij aan een veilige situatie.
- B1-K1-W7:** Voert eenvoudige onderhouds- en herstelwerkzaamheden uit.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit*, Domein 10: Ethisch en juridisch.

PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Professioneel gedrag

Het handelen en zich gedragen naar de professionele standaard en de beroepscode, verantwoordelijkheid nemen in al het eigen handelen en het uitdragen van de beroepstrots.

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

De helpende zorg & welzijn handelt ethisch en integer volgens professionele standaarden.

De helpende zorg & welzijn is transparant over de wijze waarop hij permanent werkt aan de ontwikkeling van de eigen deskundigheid.

Gedragsuitingen

De helpende zorg & welzijn:

- reflecteert en vraagt feedback aan collega's over het eigen handelen;
- geeft feedback op het handelen van collega's binnen het eigen team;
- benoemt ondersteuningsmogelijkheden voor de professional zelf;
- biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team;
- benoemt beperkingen in de eigen deskundigheid en onderneemt actie;
- handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving;
- functioneert zelfstandig binnen de grenzen van het beroepsdomein.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W3: Draagt bij aan goede kwaliteit van zorg.

B1-K1-W9: Evalueert de werkzaamheden.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*. Domein 10: Ethisch en juridisch.

OVERIGE ATTITUDEASPECTEN

Onderstaande attitudeaspecten zijn daarnaast (ook) generiek onderdeel van de helpende zorg & welzijn:

- Toont respect voor (de visie van) de patiënt en naasten in elke fase.
 - Heeft oog voor de naasten.
 - Heeft aandacht voor patiënten en naasten.
 - Toont empathie.
 - Heeft aandacht voor de inbreng en ervaringsdeskundigheid van naasten.
 - Heeft respect voor culturele aspecten en verschillende levensbeschouwingen.
 - Past sensitiviteit, flexibiliteit en creativiteit toe waar nodig.
 - Neemt verantwoordelijkheid en toont zelfstandigheid.
 - Opereert zelfstandig binnen alle fasen, binnen de grenzen van het beroepsdomein.
-

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

MBO (NIVEAU 3)
VERZORGENDE (IG)



INHOUDSOPGAVE MBO (NIVEAU 3)

Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Zorgverlener	23
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Communicator	26
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Samenwerkingspartner	27
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Reflectieve EBP professional	28
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Gezondheidsbevorderaar	29
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Organisator	30
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Professional en Kwaliteitsbevorderaar	31
Overige attitudeaspecten	32

ZORGVERLENER

Kernbegrippen

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).

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/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 symptoommanagement gericht op kwaliteit van leven (O²PZ, 2020).

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).

Proactieve zorgplanning

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).

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 patiënt (en diens naasten) open staan voor gesprek over de palliatieve fase en of zij over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken (O²PZ, 2020 op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

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/Palliactief, 2017).

Competentie

De verzorgende (IG) is gericht op ondersteunen van de zelfredzaamheid van de patiënt. Het gaat om een methodisch en cyclisch proces. Hij observeert, stelt mede een plan op, voert zorg en ondersteuning en verpleegtechnische handelingen uit en stelt indien nodig bij (KD, 2020).

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- legt uit wat palliatieve zorg inhoudt;
- benoemt basisprincipes en kernwaarden van palliatieve zorg;
- beschrijft de vier dimensies van palliatieve zorg;
- licht toe hoe deze dimensies zich tot elkaar verhouden;
- beschrijft de vier fasen van palliatieve zorg;
- benoemt kenmerken van verschillende zorgcategorieën in de palliatieve fase;
- benoemt kenmerken van verschillende signaleringsinstrumenten om de palliatieve fase te markeren;
- benoemt en registreert de veel voorkomende symptomen in de palliatieve fase;

Kwalificatiedossier

B1-K1-W3: Draagt mede zorg voor het individuele plan van de patiënt.

ZORGVERLENER

Competentie

De verzorgende (IG) signaleert de behoefte aan zorg in de palliatieve fase op lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel en functioneel gebied. Verleent deze zorg in laag- en middencomplexe situaties op basis van procedures, protocollen en richtlijnen.

De verzorgende (IG) ondersteunt de eigen regie van de patiënt en versterkt indien mogelijk de zelfredzaamheid van patiënten in hun sociale omgeving. Stelt in overleg met patiënt en naasten vast welke vragen, klachten, wensen en behoeften men heeft. En houdt hierbij rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.

De verzorgende (IG) voert verpleegtechnische (voorbehouden) handelingen uit op basis van zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid zoals beschreven in de wet BIG.

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- verklaart de oorzaak van de meest voorkomende symptomen;
 - benoemt veel voorkomende medicijnen in de palliatieve fase;
 - benoemt wat Advanced Care Planning (ACP) inhoudt;
 - legt uit welke sociale gevolgen en veranderingen kunnen optreden in de palliatieve fase;
 - benoemt de verschillende rouwtaken en licht deze toe;
 - benoemt wat complementaire zorg is en beschrijft de mogelijke meerwaarde van complementaire zorg;
 - beschrijft de fasen van de methodiek van besluitvorming in de palliatieve fase (palliatief redeneren);
 - signaleert de palliatieve fase bij de patiënt door signaleringsinstrumenten in te zetten om deze fase te markeren;
 - bespreekt zijn bevindingen met relevante zorgprofessionals;
 - hanteert de methodiek signalering in de palliatieve fase;
 - beschrijft specifieke gebruiken en voorschriften in de palliatieve fase/na overlijden van deze doelgroepen;
 - verzamelt en beschrijft op systematische wijze gegevens van de patiënt en naasten;
 - stelt vast welke waarden, wensen en behoeften patiënten en naasten hebben;
 - herkent en beschrijft de sociale kaart van de patiënt en betreft dit waar mogelijk bij de zorgverlening;
 - benoemt mogelijke uitingen van overbelasting en problemen van naasten;
 - herkent zorgbehoeften en specifieke levensvragen van verschillende doelgroepen (leeftijdsgelinkte zorg, culturele en religieuze voorschriften en gebruiken);
 - benoemt verschillende relevante en betrouwbare meetinstrumenten;
 - biedt ruimte voor gebruiken en rituelen van de patiënt;
-
- legt uit wat de werking van de veel voorkomende medicijnen is;
 - legt de verschillende begrippen rondom het levenseinde uit;
 - verwoordt de eigen rol in de fase rondom het levenseinde;
 - benoemt mogelijke copingmechanismen en verwoordt de wijze waarop de patiënt met lijden en ziekte omgaat;
 - herkent de kenmerken van laag- en middencomplexe palliatieve zorgsituaties en past zijn handelen daarop aan door zo nodig andere zorgprofessionals te consulteren;
 - geeft gevolg aan zorgbehoeften en gebruiken;
 - consulteert waar nodig andere relevante zorgprofessionals;
 - zet met betrekking tot palliatieve zorg VAI (voorlichting, advies en instructie) in;
 - stemt met de patiënt en naasten de verwachtingen rondom de zorgverlening af;
 - past Advanced Care Planning op microniveau toe en beschrijft dit in een individueel zorgplan;
 - zet in overleg met patiënt en andere zorgprofessionals het transmuraal zorgpad in;
 - zet in overleg met patiënt en andere zorgprofessionals het individuele zorgplan in;
 - zet interventies in die aansluiten bij de vastgestelde diagnoses en zorgdoelen, in overleg met de patiënt, naasten en andere zorgprofessionals;
 - verleent palliatieve zorg volgens het individueel zorgplan en stelt bij veranderingen het zorgplan bij in overleg met de patiënt, naasten en betrokken zorgprofessionals;

Kwalificatiedossier

B1-K1-W4:

Voert zorg/begeleidingsactiviteiten uit.

Gedragsoeningen

De verzorgende (IG):

- handelt actief in voorspelbare situaties;
 - zet meetinstrumenten op de juiste wijze in de juiste context in;
 - past complementaire zorg toe binnen de verzorgende kaders op laag- en middencomplex niveau;
 - voert interventies uit teneinde de kwaliteit van leven van de patiënt en naasten te optimaliseren;
 - begeleidt en ondersteunt de patiënt en diens naasten met als doel het inzicht en de draagkracht van de patiënt en diens naasten te behouden en te bevorderen;
 - gebruikt passende meetinstrumenten om overbelasting bij naasten te signaleren en voert passende interventies toe;
 - verwoordt de wijze waarop de naasten met overbelasting en problemen omgaan;
 - bespreekt zijn bevindingen met andere relevante zorgprofessionals;
 - hanteert relevante wet- en regelgeving rondom levenseindebeslissingen;
 - zet in overleg met andere zorgprofessionals het zorgpad stervensfase in;
 - werkt volgens de principes van zorgpad stervensfase;
 - toont respect en heeft empathie voor de patiënt en naasten en handelt vanuit de beroepscode;
 - komt op voor de belangen en noden van de patiënt en neemt deze als uitgangspunt bij het handelen;
 - heeft een professionele houding en brengt evenwicht aan in afstand en nabijheid in de zorgverlening;
 - continueert de zorgverlening aan zorgprofessionals door middel van schriftelijke en mondelinge rapportage;
 - neemt actief deel aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met patiënten, hun naasten en andere zorgverleners;
 - biedt psychische, sociale en spirituele begeleiding en ondersteuning aan de patiënt en diens naasten;
 - intervenueert in overleg met de arts niet, als dat in het belang is van de patiënt;
-
- voert interventies uit aan de hand van geldende richtlijnen en protocollen.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W4:

Voert zorg/begeleidingsactiviteiten uit.

B1-K1-W5:

Voert verpleegtechnische handelingen uit.

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: 2.1 Markering 2.2 Gezamenlijke besluitvorming, 2.3 Proactieve zorgplanning, 2.4 Individueel zorgplan, 2.5 Interdisciplinaire zorg, 2.6 Mantelzorg, 2.7 Coördinatie en continuïteit, 2.8 Netwerk, 2.9 Deskundigheid, 2.10 Kwaliteit en onderzoek. Domein 3: Fysieke dimensie. Domein 4: Psychische dimensie. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 6: Spirituele dimensie. Domein 7: Stervensfase. Domein 8: Verlies en rouw. Domein 9: Cultuur. Domein 10: Ethisch en juridisch.

COMMUNICATOR

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).

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 2020).

Proactieve zorgplanning

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).

Competentie

De verzorgende (IG) communiceert 'op maat', met inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier met de patiënt en het sociale netwerk. Hij is zich bewust van de impact van zijn verbale en non-verbale communicatie. De communicatie met patiënten die zich verbaal of non-verbaal niet goed kunnen uiten is complex en vraagt bijzondere aandacht. Technologische middelen maken het mogelijk om ook op afstand te communiceren met patiënten (KD, 2020).

De verzorgende (IG) heeft kennis van sociale vaardigheden die nodig zijn voor het communiceren op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten.

De verzorgende (IG) bespreekt ethische en zingevingsvraagstukken met de patiënt en naasten en ondersteunt hen hierbij in afstemming binnen het team met andere professionals (multidisciplinair overleg).

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- beschrijft de vier dimensies van de kwaliteit van leven en verwerkt dit in het individueel zorgplan;
- benoemt de basis sociale vaardigheden die noodzakelijk zijn voor het omgaan met de patiënt en diens naasten in de palliatieve fase en past dit toe in een gesprek met de patiënt en diens naasten;
- definieert beïnvloedende factoren bij de communicatie en past deze toe tijdens een gesprek;
- herkent verschillende manieren waarop mensen met lijden en ziekte omgaan en stemt hierop zijn gedrag af;
- bespreekt verschillende gesprekstechnieken welke ingezet kunnen worden bij slecht-nieuwsgesprekken/zorggesprekken/ familiegesprekken enzovoort;
- toont empathie door te luisteren naar de patiënt en diens naasten en stelt de juiste vragen;
- geeft voorlichting, advies en instructies aan patiënt en diens naasten zodat zij keuzes kunnen maken voor gewenste palliatieve zorgverlening;
- informeert de patiënt en diens naasten over het zorgplan, licht dit toe zodanig dat de patiënt en diens naasten weloverwogen keuzes kunnen maken;
- geeft adequaat invulling aan de signaleringsmethodiek;
- communiceert actief met andere disciplines, zoals de Specialist Ouderengeneeskunde en huisarts (MDO);
- rapporteert bevindingen en bespreekt bevindingen met de patiënt, diens naasten en binnen het eigen multidisciplinaire team;
- rapporteert bevindingen ten aanzien van de palliatieve zorg zowel mondeling als schriftelijk;
- neemt actief deel aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met patiënten hun naasten en andere zorgverleners.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W6:

Communiqueert met de patiënt en het sociale netwerk.

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: 2.2 *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.3 *Proactieve zorgplanning*. Domein 3: Fysieke dimensie. Domein 4: Psychische dimensie. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 6: Spirituele dimensie. Domein 7: Stervensfase. Domein 8: Verlies en rouw. Domein 9: Cultuur.

SAMENWERKINGSPARTNER

Kernbegrippen

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/Palliactief, 2017).

Interprofessioneel samenwerken

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).

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).

Competentie

De verzorgende (IG) werkt vanuit zijn deskundigheid en op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt, sociale netwerk, eigen en andere disciplines. Hij deelt kennis en informatie en is gericht op samenwerking in de keten. Dit vraagt om continue afstemming (KD, 2020).

De verzorgende (IG) werkt samen met andere professionals binnen en buiten het eigen team, rapporteert en bespreekt zijn bevindingen ten aanzien van de zorg voor de patiënt en naasten en stemt daarbij de eigen zorg af op de andere professionals.

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- kan laag- en middencomplexe problemen van de patiënt signaleren, hierop interveniëren, binnen het team bespreken en rapporteert bevindingen, doelen en acties in het zorgplan;
- past de sociale kaart (ketenzorg) gericht op de palliatieve zorg (hospice, palliatieve units, netwerken palliatieve zorg, consultatieteams, vrijwilligersorganisaties en mantelzorg-ondersteuningsorganisaties) toe;
- stuurt vrijwilligers aan op hun taken;
- presenteert eigen patiënten vanuit de lichamelijke, psychische, sociale en spirituele dimensies tijdens een teamoverleg (MDO);
- biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team;
- neemt actief deel aan overlegsituaties over de patiënten en stemt hierbij de zorg af;
- houdt rekening met waarden en normen, wensen en gewoonten, gevoelens en persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt en diens naasten;
- toont maximale professionele nabijheid zonder passende verhoudingen uit het oog te verliezen en rekening houdend met de kwetsbaarheid van de patiënt;
- signaleert leemtes in de samenwerking binnen het eigen team;
- vraagt de patiënt en naasten om wensen, waarden en behoeften te noemen;
- verklaart wensen, waarden en behoeften van de patiënt en naasten en geeft informatie op maat;
- helpt de patiënt en naasten bij het stellen van haalbare doelen en neemt gezamenlijk besluiten;
- helpt de patiënt en naasten bij persoonlijke barrières en gaat na of er behoefte is aan extra ondersteuning.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W2:

Werkt samen met andere beroepsgroepen in de keten.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.2 Gezamenlijke besluitvorming, 2.3 Proactieve zorgplanning, 2.5 Interdisciplinaire zorg, 2.6 Mantelzorg, 2.7 Coördinatie en continuïteit van zorg, 2.8 Netwerk, 2.9 Deskundigheid. Domein 5: Sociale dimensie.

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Kernbegrippen

Deskundigheidsbevordering

Het tonen van actief en kritisch gedrag om de verzorgende / verpleegkundige kennisontwikkeling in de palliatieve zorg van zichzelf en anderen op peil te brengen en houden en het actief bijdragen aan het zoeken, ontwikkelen en delen van nieuwe (vormen van) kennis over palliatieve zorg.

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 (O²PZ, 2020).

Competentie

De verzorgende (IG) werkt aan de ontwikkeling van zijn eigen deskundigheid en die van collega's. EBP staat voor evidence based practice (KD, 2020).

De verzorgende (IG) streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doelmatigheid effectief gebleken is.

De verzorgende (IG) reflecteert voortdurend en methodisch op zijn eigen handelen in de samenwerking met de patiënt en andere zorgverleners.

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- zoekt gericht informatie over palliatieve zorg;
- benoemt en herkent de sociale kaart van de palliatieve patiënt;
- past nieuwe inzichten toe in de zorgverlening rondom de palliatieve zorg;
- schakelt expertise van andere zorgprofessionals in als de eigen deskundigheid tekort schiet.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W1:

Zorgt voor professionele ontwikkeling.

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

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Gezond gedrag bevorderen

Het bieden van ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek.

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 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/Palliactief, 2017).

Competentie

De verzorgende (IG) draagt bij aan het bevorderen van de gezondheid en het welbevinden van mensen door het ondersteunen van hun zelfmanagement. Hij denkt vanuit gedrag en gezondheid i.p.v. zorg en ziekte (KD, 2020).

De verzorgende (IG) draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van laag- en middencomplexe patiënten en diens naasten met een palliatieve zorgvraag door het ondersteunen van zelfmanagement (autonomie) en het stimuleren van de mogelijkheden in het sociaal netwerk rondom de patiënt, rekening houdend met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl in relatie met de veiligheid van de patiënt.

De verzorgende (IG) zet actief interventies in om problematiek op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied te voorkomen.

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- signaleert actuele en potentiële problemen van de laag- en middencomplexe patiënten en past passende interventies toe;
 - brengt actuele en potentiële problemen in kaart met behulp van gepaste meetinstrumenten;
 - maakt verantwoord gebruik van gemeentelijke en maatschappelijke instanties gericht op preventie;
-
- draagt bij aan een voorlichtingsprogramma gericht op microniveau.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W1:

Onderkent de gezondheidstoestand op somatisch en psychosociaal gebied.

B1-K1-W2:

Adviseert en instrueert over preventie

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*. Domein 3: Fysieke dimensie. Domein 4: Psychische dimensie. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 6: Spirituele dimensie.

ORGANISATOR

Kernbegrippen

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).

Coördinatie van zorg

Het nemen van initiatief in het organiseren van de zorg om deze in samenspraak met de patiënt en in onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgverleners en zorgorganisaties soepel volgens het zorgplan te laten verlopen.

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 inter-

professioneel op basis van het Framework for Action on Inter-professional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

Veiligheid bevorderen

Het continu en methodisch bijdragen aan het bevorderen en borgen van de veiligheid van de patiënt en medewerkers.

(Verpleegkundig) leiderschap

Het samen met collega's van eigen en andere disciplines én met patiënten en familie werken aan waardevolle zorg, passend bij de situatie. (Verpleegkundig) leiderschap hoort bij het dagelijks werk, waarbij invloed wordt uitgeoefend op zowel de zorg dichtbij de patiënt als de strategische richting van de zorgorganisatie waarin je werkt en daarbuiten (Vermeulen et al., 2020).

Competentie

De verzorgende (IG) werkt in verschillende sectoren van de zorg. Hij is ondernemend en initiatiefrijk. Hij stemt de zorgverlening af met de patiënt en betrokkenen en coördineert primaire processen (KD, 2020).

De verzorgende (IG) neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken, beleid (prioritering) en middelen voor de laag- en middencomplexe individuele patiëntenzorg met als doel de coördinatie en continuïteit van zorg te bewaken.

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- stemt de zorgverlening en de taakverdeling af met andere professionals om de continuïteit van zorg te bewaken;
 - gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om, teneinde de gezondheidszorg betaalbaar te houden;
 - organiseert actief de zorg rondom de patiënt met een palliatieve zorgvraag teneinde een veilige overgang van de ene naar de andere zorgorganisatie dan wel thuissituatie te waarborgen;
 - realiseert een warme en koude overdracht van een patiënt ten behoeve van de continuïteit van zorg;
 - benoemt de wettelijke en juridische regelingen en bepalingen met betrekking tot het palliatief zorgtraject, de WGBO, beslissingen rondom het levenseinde, wilsverklaringen, reanimatiebeleid en euthanasie;
 - informeert de palliatieve patiënt en diens naasten over zorgvoorzieningen in de ketenzorg;
-
- past risicosignalering toe, handelt volgens procedures en schakelt zo nodig collega's in;
 - heeft een actieve rol bij het bevorderen van de veiligheid van de patiëntenzorg.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W7: Stelt de zorgverlening af met de patiënt en betrokkenen.

B1-K1-W6: Organiseert en coördineert de zorgverlening van de patiënten.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.5 Interdisciplinaire zorg, 2.7 Coördinatie en continuïteit. 2.10 Kwaliteit en onderzoek. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 10: Ethisch en juridisch.

PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Deskundigheidsbevordering

Het tonen van actief en kritisch gedrag om de verzorgende/ verpleegkundige kennisontwikkeling in de palliatieve zorg van zichzelf en anderen op peil te brengen en houden en het actief bijdragen aan het zoeken, ontwikkelen en delen van nieuwe (vormen van) kennis over palliatieve zorg.

Morele sensitiviteit

Morele sensitiviteit is de gevoeligheid voor de waarden van de betrokkenen die in het geding zijn, gebaseerd op de principe-

benadering in de ethiek (Beauchamp & Childress, 1979).

Professioneel gedrag

Het handelen en zich gedragen naar de professionele standaard en de beroepscode, verantwoordelijkheid nemen in al het eigen handelen en het uitdragen van de beroepstrots.

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/Palliatief, 2017).

Competentie

De verzorgende (IG) biedt zorg passend binnen wet- en regelgeving. Hij zet zijn kennis van het vakgebied in bij verbetertrajecten. Hij let op de kwaliteit van zijn werkzaamheden (KD, 2020).

De verzorgende (IG) is transparant over de wijze waarop hij permanent werkt aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid en een bijdrage levert aan die van collega's op micro- (binnen het eigen team) niveau.

Gedragssuitingen

De verzorgende (IG):

- betreft andere zorgprofessionals bij eigen morele vraagstukken en ethische dilemma's;
- bespreekt de invloed van de eigen waarden en normen op het eigen handelen bij de palliatieve patiënt en diens naasten met relevante collega's/zorgprofessionals;
- reflecteert en vraagt feedback aan collega's over het eigen handelen;
- geeft feedback op het handelen van collega's binnen het eigen team;
- benoemt ondersteuningsmogelijkheden voor de professional zelf;
- biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team;
- werkt mee aan deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing in de palliatieve zorg;
- benoemt beperkingen in de eigen deskundigheid en onderneemt actie;
- handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving;
- functioneert zelfstandig binnen alle fasen van de zorgverlening binnen de grenzen van het beroepsdomein.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W3:

Draagt bij aan goede kwaliteit van zorg.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*. Domein 10: Ethisch en juridisch.

OVERIGE ATTITUDEASPECTEN

Onderstaande attitudeaspecten zijn daarnaast (ook) generiek onderdeel van de verzorgende en verpleegkundige opleidingen:

- Toont respect voor (de visie van) de patiënt en naasten in elke fase.
 - Heeft oog voor de naasten.
 - Heeft aandacht voor patiënten en naasten.
 - Toont empathie.
 - Heeft aandacht voor de inbreng en ervaringsdeskundigheid van naasten.
 - Heeft respect voor culturele aspecten en verschillende levensbeschouwingen.
 - Past sensitiviteit, flexibiliteit en creativiteit toe waar nodig.
 - Neemt verantwoordelijkheid en toont zelfstandigheid.
 - Opereert zelfstandig binnen alle fasen, binnen de grenzen van het beroepsdomein.
-

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

MBO (NIVEAU 4)
VERPLEEGKUNDIGE



INHOUDSOPGAVE MBO (NIVEAU 4)

Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Zorgverlener	35
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Communicator	38
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Samenwerkingspartner	40
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Reflectieve EBP professional	41
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Gezondheidsbevorderaar	42
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Organisator	43
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Professional en Kwaliteitsbevorderaar	44
Overige attitudeaspecten	45

ZORGVERLENER

Kernbegrippen

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).

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/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 symptoommanagement gericht op kwaliteit van leven (O²PZ, 2020).

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).

Proactieve zorgplanning

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).

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 patiënt (en diens naasten) open staan voor gesprek over de palliatieve fase en of zij over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken (O²PZ, 2020 op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

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/Palliactief, 2017).

Competentie

De mbo-verpleegkundige is gericht op het versterken van het zelfmanagement van de patiënt. Het gaat om het vaststellen van de behoefte aan zorg door middel van klinisch redeneren. Het uitvoeren van interventies en persoonlijke verzorging en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen (KD, 2020).

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- legt uit wat palliatieve zorg inhoudt;
- benoemt kernwaarden en principes van palliatieve zorg;
- beschrijft de vier dimensies van palliatieve zorg;
- licht toe hoe deze dimensies zich tot elkaar verhouden;
- beschrijft de vier fasen van palliatieve zorg;
- benoemt kenmerken van verschillende categorieën in de palliatieve fase;
- benoemt kenmerken van verschillende signaleringsinstrumenten om de palliatieve fase te markeren;
- benoemt en registreert de veel voorkomende symptomen in de palliatieve fase;

Kwalificatiedossier

B1-K1-W2:

Stelt de verpleegkundige diagnose en stelt het individuele plan van de patiënt op.

ZORGVERLENER

Competentie

De mbo-verpleegkundige signaleert de behoefte aan zorg in de palliatieve fase op lichamenlijk, psychisch, sociaal, spiritueel en functioneel gebied. Verleent deze zorg in laag-, midden- en hoogcomplexiteit op basis van procedures, protocollen en richtlijnen.

De mbo-verpleegkundige ondersteunt de eigen regie van de patiënt en versterkt indien mogelijk de zelfredzaamheid van patiënten in hun sociale omgeving. Stelt in overleg met patiënt en naasten vast welke vragen, klachten, wensen en behoeften men heeft. En houdt hierbij rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.

De mbo-verpleegkundige voert verpleegtechnische (voorbehouden) handelingen uit op basis van zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid zoals beschreven in de wet BIG.

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- benoemt veel voorkomende medicijnen in de palliatieve fase;
- legt de verschillende begrippen rondom het levenseinde uit;
- verwoordt de eigen rol en die van andere zorgverleners in de fase rondom het levenseinde;
- benoemt wat Advanced Care Planning (ACP) inhoudt;
- benoemt de verschillende rouwtaken en licht deze toe;
- benoemt wat complementaire zorg is en beschrijft de mogelijke meerwaarde van complementaire zorg;
- legt uit wat de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase inhoudt en welke bijdrage het heeft voor de zorgverlening;
- beschrijft de fasen van de methodiek van besluitvorming in de palliatieve fase (palliatief redeneren);
- hanteert de methodiek signalering in de palliatieve fase;
- hanteert de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase;
- beschrijft specifieke gebruiken en voorschriften in de palliatieve fase/na overlijden van deze doelgroepen;
- verzamelt en beschrijft op systematische wijze gegevens van de patiënt en naasten;
- stelt vast welke waarden, wensen en behoeften patiënten en naasten hebben;
- stemt met de patiënt en naasten de verwachtingen rondom de zorgverlening af;
- benoemt verschillende relevante en betrouwbare meetinstrumenten;
- benoemt mogelijke uitingen van overbelasting en problemen van naasten;
- herkent en beschrijft de sociale kaart van de patiënt;
- herkent de kenmerken van laag-, midden- en hoogcomplexiteit palliatieve zorgsituaties en past zijn handelen daarop aan door zo nodig andere zorgprofessionals te consulteren;
- herkent zorgbehoeften en specifieke levensvragen van verschillende doelgroepen (leeftijdsgelinkte zorg, culturele en religieuze voorschriften en gebruiken);
- biedt ruimte voor gebruiken en rituelen van de patiënt;

- verklaart de oorzaak van de meest voorkomende symptomen;
- legt uit welke sociale gevolgen en veranderingen kunnen optreden in de palliatieve fase;
- legt uit wat de werking van de veel voorkomende medicijnen is;
- benoemt mogelijke coping mechanismen en verwoordt de wijze waarop de patiënt met lijden en ziekte omgaat;
- signaleert de palliatieve fase bij de patiënt door signaleringsinstrumenten in te zetten om deze fase te markeren;
- bespreekt zijn bevindingen met relevante zorgprofessionals;
- geeft gevolg aan zorgbehoeften en gebruiken;
- consulteert waar nodig andere relevante zorgprofessionals;
- maakt gebruik van de sociale kaart van de patiënt bij de zorgverlening;
- zet met betrekking tot palliatieve zorg VAI (voorlichting, advies en instructie) in;
- past Advanced Care Planning op microniveau toe en beschrijft dit in een individueel zorgplan;

Kwalificatiedossier

B1-K1-W2:

Stelt de verpleegkundige diagnose en stelt het individuele plan van de patiënt op.

B1-K1-W3:

Voert interventies uit.

ZORGVERLENER

Competentie

Gedragssuitingen

Kwalificatiedossier

De verpleegkundige:

- zet in overleg met patiënt en andere zorgprofessionals het transmuraal zorgpad in;
 - zet in overleg met patiënt en andere zorgprofessionals het individuele zorgplan in;
 - zet verpleegkundige interventies in die aansluiten bij de vastgestelde verpleegkundige diagnoses en zorgdoelen, in overleg met de patiënt, naasten en andere zorgprofessionals;
 - verleent palliatieve zorg volgens het individueel zorgplan en stelt bij veranderingen het zorgplan bij in overleg met de patiënt, naasten en betrokken zorgprofessionals;
 - zet meetinstrumenten op de juiste wijze in de juiste context in;
 - past complementaire zorg toe binnen de verpleegkundige kaders op laag-, midden- en hoogcomplex niveau;
 - voert interventies uit teneinde de kwaliteit van leven van de patiënt en naasten te optimaliseren;
 - begeleidt en ondersteunt de patiënt en diens naasten met als doel het inzicht en de draagkracht van de patiënt en diens naasten te behouden en te bevorderen;
 - gebruikt passende meetinstrumenten om overbelasting bij naasten te signaleren en voert passende interventies toe;
 - verwoordt de wijze waarop de naasten met overbelasting en problemen omgaan;
 - bespreekt zijn bevindingen met andere relevante zorgprofessionals;
 - hanteert relevante wet- en regelgeving rondom levenseindebeslissingen;
 - zet in overleg met andere zorgprofessionals het zorgpad stervensfase in;
 - werkt volgens de principes van het zorgpad stervensfase;
 - toont respect en heeft empathie voor de patiënt en naasten en handelt vanuit de beroepscode;
 - komt op voor de belangen en noden van de patiënt en neemt deze als uitgangspunt bij het handelen;
 - heeft een professionele houding en brengt evenwicht aan in afstand en nabijheid in de zorgverlening;
 - continueert de zorgverlening aan zorgprofessionals door middel van schriftelijke en mondelinge rapportage;
 - neemt actief deel aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met patiënten, hun naasten en andere zorgverleners;
 - biedt psychosociale en spirituele begeleiding en ondersteuning aan de patiënt en diens naasten;
 - intervenueert in overleg met de arts niet, als dat in het belang is van de patiënt;
-
- voert interventies uit aan de hand van geldende richtlijnen en protocollen;
 - handelt actief in voorspelbare en onvoorspelbare situaties.

B1-K1-W3:

Voert interventies uit.

B1-K1-W4:

Voert verpleegtechnische handelingen uit.

Domein kwaliteitskader: Domein 1: kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: 2.1 *Markering*, 2.2 *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.3 *Proactieve zorgplanning*, 2.4 *Individueel zorgplan*, 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.6 *Mantelzorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit*, 2.8 *Netwerk*, 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*. Domein 3: Fysieke dimensie. Domein 4: Psychische dimensie. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 6: Spirituele dimensie. Domein 7: Stervensfase. Domein 8: Verlies en rouw. Domein 9: Cultuur. Domein 10: Ethisch en juridisch.

COMMUNICATOR

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).

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 2020).

Proactieve zorgplanning

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

De mbo-verpleegkundige communiceert 'op maat', met een groot inlevingsvermogen en op een open en respectvolle manier met de patiënt en het sociale netwerk. Hij is zich bewust van de impact van zijn verbale en non-verbale communicatie. De communicatie met patiënten die zich verbaal of non-verbaal niet goed kunnen uiten is complex en vraagt bijzondere aandacht. Het moeilijk kunnen interpreteren van zorgvragen door een gebrek aan verificatiemogelijkheden bij de patiënt kan leiden tot extra complicaties. Technologische middelen maken het mogelijk om ook op afstand te communiceren met patiënten (KD, 2020).

De mbo-verpleegkundige heeft kennis van sociale vaardigheden die nodig zijn voor het communiceren op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten.

De mbo-verpleegkundige bespreekt ethische en zingevingsvraagstukken met de patiënt en naasten en ondersteunt hen hierbij in afstemming binnen het team met andere professionals (multidisciplinair overleg).

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- beschrijft de vier dimensies van palliatieve zorg en verwerkt dit in het zorgplan;
- benoemt de basis sociale vaardigheden die noodzakelijk zijn voor het omgaan met de patiënt en diens naasten in de palliatieve fase en past dit toe in een gesprek met de patiënt en diens naasten;
- definieert beïnvloedende factoren bij de communicatie en past deze toe tijdens een gesprek;
- herkent verschillende manieren waarop mensen met lijden en ziekte omgaan en stemt hierop zijn gedrag af;
- bespreekt verschillende gesprekstechnieken welke ingezet kunnen worden bij slecht-nieuwsgesprekken/zorggesprekken/familiegesprekken enzovoort en beslist welke vorm aansluit bij de patiënt;
- voert samen met de arts een slecht-nieuws- en een advanced care gesprek met de patiënt en diens naasten;
- toont empathie door te luisteren naar de patiënt en diens naasten en stelt de juiste vragen;
- Geeft voorlichting, advies en instructies aan patiënt en diens naasten zodat zij keuzes kunnen maken voor gewenste palliatieve zorgverlening;
- informeert de patiënt en diens naasten over het zorgplan, licht dit toe zodanig dat de patiënt en diens naasten weloverwogen keuzes kunnen maken;
- geeft adequaat invulling aan de signaleringsmethodiek;
- communiceert (pro)actief met andere disciplines, zoals de Specialist Ouderengeneeskunde en huisarts (MDO);
- rapporteert bevindingen en bespreekt bevindingen met de patiënt, diens naasten en binnen het eigen multidisciplinaire team;
- rapporteert bevindingen ten aanzien van de palliatieve zorg zowel mondeling als schriftelijk;
- geeft voorlichting, adviseert en instrueert patiënten en diens naasten;
- voert technologische handelingen uit om de communicatie met de patiënt te optimaliseren;
- neemt actief deel aan gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) met patiënten hun naasten en andere zorgverleners.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W5:

Communiceert met de patiënt en het sociale netwerk.

COMMUNICATOR

Competentie

De mbo-verpleegkundige kijkt welke informatie de patiënt in zijn situatie nodig heeft en houdt hierbij rekening met de culturele achtergrond, begripsniveau, draagkracht en taalbeheersing.

De mbo-verpleegkundige maakt gebruik van technologische middelen om communicatie met de patiënt te optimaliseren.

Gedragssuitingen

Kwalificatiedossier

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: *2.2 Gezamenlijke besluitvorming, 2.3 Proactieve zorgplanning*. Domein 3: Fysieke dimensie. Domein 4: Psychische dimensie. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 6: Spirituele dimensie. Domein 7: Stervensfase. Domein 8: Verlies en rouw. Domein 9: Cultuur.

SAMENWERKINGSPARTNER

Kernbegrippen

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/Palliactief, 2017).

Interprofessioneel samenwerken

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 het Framework for Action on

Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

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).

Competentie

De mbo-verpleegkundige werkt vanuit zijn eigen deskundigheid en op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt, het sociale netwerk, eigen en andere disciplines. Hij deelt kennis en informatie en is gericht op samenwerking in de keten. Dit vraagt om continue afstemming (KD, 2020).

De mbo-verpleegkundige werkt samen met andere professionals binnen en buiten het eigen team, rapporteert en bespreekt zijn bevindingen ten aanzien van de zorg voor de patiënt en naasten en stemt daarbij de eigen zorg af op de andere professionals.

De mbo-verpleegkundige werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met, ondersteunt en informeert de patiënt, naasten, en overige informele zorgverleners, is gericht op het versterken van de zelfmanagement, stemt de zorgverlening af en rapporteert en bespreekt zijn bevindingen binnen het (multidisciplinaire) team.

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- kan laag-, midden- en hoogcomplex problemen van de patiënt signaleren, hierop interveniëren, binnen het team bespreken en rapporteert bevindingen, doelen en acties in het zorgplan;
- past de sociale kaart (ketenzorg) gericht op de palliatieve zorg (hospice, palliatieve units, netwerken palliatieve zorg, consultatieteams, vrijwilligersorganisaties en mantelzorg-ondersteuningsorganisaties) toe.
- stuurt vrijwilligers aan op hun taken;
- presenteert eigen patiënten vanuit de lichamelijke, psychosociale en spirituele dimensies tijdens een teamoverleg (MDO);
- biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team;
- neemt actief deel aan overlegsituaties over de patiënten en stemt hierbij de zorg af;
- houdt rekening met waarden, wensen en behoeften, gevoelens en persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt en diens naasten;
- toont maximale professionele nabijheid zonder passende verhoudingen uit het oog te verliezen en rekening houdend met de kwetsbaarheid van de patiënt;
- signaleert leemtes in de samenwerking binnen het eigen team;
- betreft andere zorgprofessionals bij morele vraagstukken en ethische dilemma's;
- vraagt de patiënt en naasten om wensen, waarden en behoeften te noemen;
- verklaart wensen, waarden en behoeften van de patiënt en naasten en geeft informatie op maat;
- helpt de patiënt en naasten bij het stellen van haalbare doelen en neemt gezamenlijk besluiten;
- helpt de patiënt en naasten bij persoonlijke barrières en gaat na of er behoefte is aan extra ondersteuning;
- maakt samen met de patiënt en naasten een specifiek plan voor (vervolg)ondersteuning.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W1:

Werkt aan professionele ontwikkeling.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.2 Gezamenlijke besluitvorming, 2.3 Proactieve zorgplanning, 2.5 Interdisciplinaire zorg, 2.6 Mantelzorg, 2.7 Coördinatie en continuïteit van zorg, 2.8 Netwerk, 2.9 Deskundigheid. Domein 5: Sociale dimensie.

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Kernbegrippen

Deskundigheidsbevordering

Het tonen van actief en kritisch gedrag om de verzorgende/verpleegkundige kennisontwikkeling in de palliatieve zorg van zichzelf en anderen op peil te brengen en houden en het actief bijdragen aan het zoeken, ontwikkelen en delen van nieuwe (vormen van) kennis over palliatieve zorg.

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 (O²PZ, 2020).

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).

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/Palliatief, 2017).

Competentie

De mbo-verpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn. Hij werkt continu aan de ontwikkeling van zijn eigen deskundigheid en die van collega's. Hij begeleidt studenten en verpleegkundigen. EBP staat voor evidence based practice (KD, 2020).

De mbo-verpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doelmatigheid effectief gebleken is door kennis te nemen en het bespreekbaar maken van resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

De mbo-verpleegkundige reflecteert voortdurend en methodisch op zijn eigen handelen in de samenwerking met de patiënt en andere zorgverleners.

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- zoekt gericht informatie over palliatieve zorg;
- benoemt en herkent de sociale kaart van de palliatieve patiënt;
- neemt deel aan bijeenkomsten rondom wetenschappelijke onderwerpen ten aanzien van de palliatieve zorg;
- past nieuwe inzichten toe in de zorgverlening rondom de palliatieve zorg;
- schakelt expertise van andere zorgprofessionals in als de eigen deskundigheid tekort schiet;
- reflecteert op de gekozen en uitgevoerde zorgverlening en de gevonden resultaten;
- kan kritische vragen formuleren en prioriteren bij casuïstiek van de individuele patiënten.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W1:

Werkt aan professionele ontwikkeling.

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

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Gezond gedrag bevorderen

Het bieden van ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek.

diens waarden, wensen en behoeften en patiëntfactoren zoals leeftijd, taal en cognitie, zodat de patiënt in staat is gericht keuzes te maken (O²PZ, 2020).

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/Palliactief, 2017).

Persoonsgerichte communicatie

Het actief luisteren naar de patiënt en/of naasten afgestemd op

Zelfmanagement

Zelfmanagement is het omgaan met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid op een manier dat de

Competentie

De mbo-verpleegkundige draagt bij aan het bevorderen van de gezondheid en het welbevinden van mensen door het ondersteunen van hun zelfmanagement. Hij denkt vanuit gedrag en gezondheid i.p.v. zorg en ziekte (KD, 2020).

De mbo-verpleegkundige draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van laag-, midden- en hoogcomplexen patiënten en diens naasten met een palliatieve zorgvraag door het ondersteunen van zelfmanagement (autonomie) en het stimuleren van de mogelijkheden in het sociaal netwerk rondom de patiënt, rekening houdend met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl in relatie met de veiligheid van de patiënt.

De mbo-verpleegkundige zet (pro)actief interventies in om problematiek op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied te voorkomen.

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- signaleert actuele en potentiële problemen die invloed hebben op de gezondheidstoestand van de laag-, midden- en hoogcomplexen patiënten;
- past passende verpleegkundige interventies toe om de gezondheid van de patiënt te bevorderen;
- brengt actuele en potentiële problemen in kaart met behulp van gepaste meetinstrumenten;
- maakt verantwoord gebruik van gemeentelijke en maatschappelijke instanties gericht op preventie;
- draagt bij aan een voorlichtingsprogramma gericht op micro- en mesoniveau.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W1:

Onderkent bestaande of dreigende gezondheidsproblemen.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.3 Proactieve zorgplanning. Domein 3: Fysieke dimensie. Domein 4: Psychische dimensie. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 6: Spirituele dimensie. Domein 9: Cultuur.

ORGANISATOR

Kernbegrippen

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).

Coördinatie van zorg

Het nemen van initiatief in het organiseren van de zorg om deze in samenspraak met de patiënt en in onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgverleners en zorgorganisaties soepel volgens het zorgplan te laten verlopen.

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 het Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

Veiligheid bevorderen

Het continu en methodisch bijdragen aan het bevorderen en borgen van de veiligheid van de patiënt en medewerkers.

Verpleegkundig leiderschap

Het samen met collega's van eigen en andere disciplines én met patiënten en familie werken aan waardevolle zorg, passend bij de situatie. Verpleegkundig leiderschap hoort bij het dagelijks werk, waarbij invloed wordt uitgeoefend op zowel de zorg dichtbij de patiënt als de strategische richting van de zorgorganisatie waarin je werkt en daarbuiten (Vermeulen et al., 2020).

Competentie

De mbo-verpleegkundige werkt in verschillende sectoren van de zorg. Hij is ondernemend en initiatiefrijk. Hij coördineert de zorg van patiënten en draagt zorg voor de randvoorwaarden en prioriteiten binnen de werkzaamheden (KD, 2020).

De mbo-verpleegkundige neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken, beleid (prioritering) en middelen voor de laag-, midden- en hoogcomplexiteit individuele patiëntenzorg met als doel de coördinatie en continuïteit van zorg te bewaken en de kwaliteit van zorg te bevorderen.

Gedragssuitingen

De verpleegkundige:

- stemt de zorgverlening en de taakverdeling af met andere professionals om de coördinatie en continuïteit van zorg te bewaken;
 - legt uit op welke wijze zorg gefinancierd wordt;
 - gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om teneinde de gezondheidszorg betaalbaar te houden;
 - organiseert (pro)actief de zorg rondom de patiënt met een palliatieve zorgvraag teneinde een veilige overgang van de ene naar de andere zorgorganisatie dan wel thuissituatie te waarborgen;
 - benoemt de wettelijke en juridische regelingen en bepalingen met betrekking tot het palliatief zorgtraject, de WGBO, beslissingen rondom het levenseinde, wilsverklaringen, reanimatiebeleid en euthanasie;
 - informeert de palliatieve patiënt en diens naasten over zorgvoorzieningen in de ketenzorg;
-
- past risicosignalering toe, handelt volgens procedures en schakelt zo nodig collega's in;
 - heeft een (pro)actieve rol bij het bevorderen van de veiligheid van de patiëntenzorg.

Kwalificatiedossier

B1-K1-W6:

Organiseert en coördineert de zorgverlening van de patiënten.

B1-K1-W7:

Reageert op onvoorziene en crisissituaties.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 10: Ethisch en juridisch.

PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Deskundigheidsbevordering

Het tonen van actief en kritisch gedrag om de verzorgende/verpleegkundige kennisontwikkeling in de palliatieve zorg van zichzelf en anderen op peil te brengen en houden en het actief bijdragen aan het zoeken, ontwikkelen en delen van nieuwe (vormen van) kennis over palliatieve zorg.

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).

Professioneel gedrag

Het handelen en zich gedragen naar de professionele standaard en de beroepscode, verantwoordelijkheid nemen in al het eigen handelen en het uitdragen van de beroepstrots.

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

De mbo-verpleegkundige levert zorg passend binnen wet- en regelgeving. Hij monitort de zorg systematisch met oog op kwaliteitsverbetering. Hij levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie (KD, 2020).

De mbo-verpleegkundige is transparant over de wijze waarop hij permanent werkt aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid en een bijdrage levert aan die van collega's op micro- (binnen het eigen team)/mesoniveau.

Gedragsuitingen

De verpleegkundige:

- betreft andere zorgprofessionals bij eigen morele vraagstukken en ethische dilemma's;
- bespreekt de invloed van de eigen waarden en normen op het eigen handelen bij de palliatieve patiënt en diens naasten met relevante collega's/zorgprofessionals;
- reflecteert en vraagt feedback aan collega's over het eigen handelen;
- geeft feedback op het handelen van collega's binnen het eigen team en zorgprofessionals buiten het eigen team;
- benoemt ondersteuningsmogelijkheden voor de professional zelf;
- biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team en adviseert waar verdere ondersteuning geboden kan worden;
- werkt mee aan deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing in de palliatieve zorg;
- analyseert problemen in de samenwerking en draagt oplossingen aan;
- benoemt beperkingen in de eigen deskundigheid/in het multidisciplinaire team en onderneemt actie;
- handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving;
- functioneert zelfstandig binnen alle fasen van de zorgverlening binnen de grenzen van het beroepsdomein.

Kwalificatiedossier

B1-K2-W3:

Draagt bij aan goede kwaliteit van zorg.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.9 Deskundigheid, 2.10 Kwaliteit en onderzoek. Domein 10: Ethisch en juridisch.

OVERIGE ATTITUDEASPECTEN

Onderstaande attitudeaspecten zijn daarnaast (ook) generiek onderdeel van de verzorgende en verpleegkundige opleidingen:

- Toont respect voor (de visie van) de patiënt en naasten in elke fase.
 - Heeft oog voor de naasten.
 - Heeft aandacht voor patiënten en naasten.
 - Toont empathie.
 - Heeft aandacht voor de inbreng en ervaringsdeskundigheid van naasten.
 - Heeft respect voor culturele aspecten en verschillende levensbeschouwingen.
 - Past sensitiviteit, flexibiliteit en creativiteit toe waar nodig.
 - Neemt verantwoordelijkheid en toont zelfstandigheid.
 - Opereert zelfstandig binnen alle fasen, binnen de grenzen van het beroepsdomein.
-

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

HBO (NIVEAU 6)
VERPLEEGKUNDIGE



INHOUDSOPGAVE HBO

Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Zorgverlener	49
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Communicator	52
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Samenwerkingspartner	54
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Reflectieve EBP professional	56
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Gezondheidsbevorderaar	60
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Organisator	61
Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 Professional en Kwaliteitsbevorderaar	63
Overige attitudeaspecten	64

ZORGVERLENER

Kernbegrippen

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 gedachten, 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).

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/Palliactief, 2017).

Indiceren van zorg

Het vaststellen, beschrijven en organiseren van aard, duur, omvang en doel van de benodigde (verpleegkundige) zorg, in samenspraak met de patiënt, op basis van gediagnosticeerde of potentiële, nader te onderzoeken en te diagnosticeren patiëntproblemen (O²PZ, 2020).

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 symptoommanagement gericht op kwaliteit van leven (O²PZ, 2020).

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).

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 patiënt (en diens naasten) open staan voor gesprek over de palliatieve fase en of zij over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken (O²PZ, 2020 op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

Uitvoeren van zorg

Het verlenen van integrale zorg door zelfstandig alle voorkomende verpleegkundige handelingen in complexe zorgsituaties uit te voeren met inachtneming van de geldende wet- en regelgeving vanuit een holistisch perspectief (O²PZ, 2020).

Zelfmanagement

Zelfmanagement is het omgaan met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid op een zodanige 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/Palliactief, 2017).

ZORGVERLENER

Competentie

1. De hbo-verpleegkundige die betrokken is bij het verlenen van palliatieve zorg stelt op basis van klinisch redeneren aan de hand van de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase de behoefte aan verpleegkundige zorg vast op lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel en functioneel gebied, indiceert en verleent deze zorg in complexe situaties op basis van evidence based practice.

2. De hbo-verpleegkundige ondersteunt de eigen regie van de patiënt en versterkt indien mogelijk het zelfmanagement van mensen in hun sociale context. Hij richt zich daarbij op gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en diens naasten en houdt hierbij rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.

Gedragssuitingen

Palliatief redeneren

De verpleegkundige:

- hanteert de methodiek besluitvorming in de palliatieve fase:
 - brengt situatie in kaart a.d.h.v. vier dimensies;
 - vat problematiek samen en maakt proactief beleid;
 - maakt afspraken over evaluatie van beleid;
 - stelt beleid zo nodig bij en blijft evalueren.
- beschrijft en signaleert veel voorkomende ziektebeelden in de palliatieve zorg (bijv. mogelijk verloop en levensverwachting);
- beschrijft en signaleert veel voorkomende symptomen in de palliatieve zorg;
- kent werking en bijwerking van veel voorkomende geneesmiddelen in de palliatieve fase;
- initieert de markering van de palliatieve fase;
- past relevante meetinstrumenten (zoals NRS, USD, lastmeter)² toe;
- signaleert en initieert de markering van de palliatieve fase.

² Meetinstrumenten in de palliatieve zorg (IKNL, 2017).

Uitvoeren van zorg

De verpleegkundige:

- gebruikt relevante richtlijnen en protocollen (bijv. Pallialine.nl);
- draagt actief bij aan verlagen van symptoomlast;
- signaleert, draagt actief bij aan verlagen van psychosociale problematiek en doorverwijzen (bijv. ABC-model);
- kan beargumenteerd afwijken van protocollen en standaarden en legt verantwoording af over de keuze van interventies aan de patiënt en betrokkenen;
- past complementaire zorg toe die is afgestemd op waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten;
- voert (verpleegkundige) interventies uit teneinde de kwaliteit van leven van de patiënt en naasten te optimaliseren.

BoKS

Palliatief redeneren

- Dimensies palliatieve zorg
- Veel voorkomende ziektebeelden
- Veel voorkomende symptomen
- Veel voorkomende geneesmiddelen (bijv. opiaten en benzodiazepinen)
- Methodiek besluitvorming in de palliatieve fase (vier stappen)
- Markering van de palliatieve fase (suprise question, RADPAC, SPIC-T-NL)
- Vier fasen van palliatieve zorg (ziektegerichte, symptoomgerichte palliatie en palliatie in de stervensfase, nazorg)
- Beslissingen rondom het levenseinde
- Relevante meetinstrumenten

Uitvoeren van zorg

- Richtlijnen en zorgpaden palliatieve zorg
- Complementaire zorg
- Verpleegtechnische vaardigheden

ZORGVERLENER

Competentie

3. De hbo-verpleegkundige indiceert en voert verpleeg-technische (voorbehouden) handelingen uit op basis van zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid zoals beschreven in de wet BIG.

Gedragsuitingen

Indiceren van zorg

De verpleegkundige:

- past interventies aan de complexiteit van de situatie (laag-, midden-, hoogcomplex) aan en stemt verwachtingen af;
- stelt vast welke waarden, wensen en behoeften patiënt en naasten hebben, gebruikmakend van: gestandaardiseerde en (wetenschappelijk) onderbouwde observatie- en diagnoseschema's, gegevens uit protocollen, landelijke (palliatieve) richtlijnen, tests en onderzoeken.

Zelfmanagement

De verpleegkundige:

- past gezamenlijke besluitvorming toe met patiënt, diens naasten en overige zorgprofessionals;
- begeleidt de patiënt en diens naasten met als doel het inzicht, de draagkracht en de authenticiteit van de patiënt te behouden en te bevorderen;
- informeert zich over draagkracht en draaglast van patiënt en naasten;
- ondersteunt collega-zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers en stimuleert 'zelfzorg';
- stemt de zorg af op verschillende (coping)-stijlen waarmee patiënten en hun naasten met lijden en ziekte omgaan.

BoKS

Indiceren van zorg

- Complexiteit van zorg
- Zorgbehoeften

Zelfmanagement

- Gezamenlijke besluitvorming
- Copingstijlen

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 3: Fysieke domein, Domein 4: Psychische domein, Domein 5: Sociale domein, Domein 6: Spirituele domein.

COMMUNICATOR

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).

Inzet informatie- en communicatietechnologie

Het toepassen van de nieuwste informatie- en communicatie-technologieën en het bieden van zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt (O²PZ, 2020).

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 2020).

Proactieve zorgplanning

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).

Competentie

1. De hbo-verpleegkundige communiceert op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten, waarbij het levenseinde, levensvragen (spiritueel, psychosociaal), rouw en verlies veel besproken thema's zijn, in aansluiting bij de fase waarin de patiënt verkeert.

2. De hbo-verpleegkundige geeft voorlichting, advies en instructie aan de patiënt en/of naasten teneinde hen in staat te stellen keuzes te maken voor gewenste palliatieve zorgverlening en daarbij een weloverwogen besluit te nemen ten aanzien van behandeling en zorgverlening.

Gedragssuitingen

Persoonsgerichte communicatie

De verpleegkundige:

- past verschillende gespreksmethodieken toe (zoals opvang na slecht nieuws; gesprekvoering m.b.t. zingevingsvragen/spiritualiteit) en sluit aan bij de situatie waarin de patiënt en diens naasten verkeert;
- kan adequaat aandacht schenken aan levens- en zingevingsvragen en stemt hierbij af op culturele aspecten;
- past principes van conflicthantering toe bij optredende tegenstellingen tussen patiënt en/of naasten.

Proactieve zorgplanning

De verpleegkundige:

- bespreekt met de patiënt en diens naasten wat waarden, wensen en behoeften zijn met betrekking tot kwaliteit van leven in de palliatieve fase en het levenseinde;
- initieert (interprofessioneel) een gesprek met de patiënt en diens naasten over beslissingen rondom het levenseinde (niet reanimeren/niet beademen, stoppen met eten en drinken, sterven op de plaats van voorkeur, palliatieve sedatie, euthanasie) en handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving.

BoKS

Persoonsgerichte communicatie

- Gespreksmethodieken
- Interculturele communicatie
- Conflicthantering

Proactieve zorgplanning

- Levenseindebeslissingen
- Wilsverklaring

COMMUNICATOR

Competentie

Gedragssuitingen

BoKS

Inzet van informatie- en communicatietechnologie

De verpleegkundige:

- past de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën toe, zoals bij het bieden van zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de zorgvrager en bij het omgaan met elektronische cliëntdossiers.

Inzet informatie- en communicatietechnologie

- Communicatie- en ICT-hulpmiddelen.

Morele sensitiviteit

De verpleegkundige:

- is betrokken en begaan met de palliatieve patiënt en diens naasten vanuit oprecht medeleven;
- past passende gesprekstechnieken toe ter ondersteuning van het uiten van de emoties van de palliatieve patiënt en diens naasten;
- reageert passend en begripvol op emoties van de palliatieve patiënt en diens naasten met explorerende en erkennende responsen;
- is voortdurend opmerkzaam op emoties van de palliatieve patiënt en diens naasten;
- is zich bewust van eigen morele en ethische waarden;
- toont eigen emoties op passende wijze en is zich bewust van het gevaar van projectie van eigen emoties;
- ziet en erkent de professionele zorg als morele praktijk.

Morele sensitiviteit

- Toont een voortdurende gevoeligheid vanuit compassie voor de wensen en noden en daarbij behorende emoties van de zorgvrager en het daarop reageren met passend en persoonsgericht gedrag waarin de zorgvrager zich gehoord en begrepen voelt.

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: 2.2 *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.3 *Proactieve zorgplanning*. Domein 3: Fysieke domein, Domein 4: Psychische domein, Domein 5: Sociale domein, Domein 6: Spirituele domein, Domein 8: Verlies en rouw. Domein 9: Cultuur.

SAMENWERKINGSPARTNER

Kernbegrippen

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/Palliactief, 2017).

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 het Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (World Health Organization 2010).

Professionele relatie

Het aangaan en onderhouden van professionele samenwerkingsrelatie met de patiënt, diens naasten/ mantelzorgers en sociale netwerk, het onderhouden van langdurige zorgrelaties en het zorgvuldig afbouwen van de relatie daar waar dit noodzakelijk is (O²PZ, 2020).

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 hbo-verpleegkundige gaat een vertrouwens- en samenwerkingsrelatie aan met de palliatieve patiënt en diens naasten/mantelzorgers, ondersteunt hen in het zelfmanagement en werkt effectief samen vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming.

Gedragssuitingen

Professionele relatie

De verpleegkundige:

- houdt rekening met waarden en normen, wensen en gewoonten, gevoelens, persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt en diens naasten;
- is maximaal professioneel nabij, zonder passende verhoudingen uit het oog te verliezen en houdt rekening met de kwetsbaarheid van de patiënt en diens naasten;
- kan in dialoog met de patiënt gevoelsreflecties geven, parafraseren en spiegelen;
- is op de hoogte van de sociale kaart van de patiënt en informeert de patiënt over de regionale sociale kaart.

BoKS

Professionele relatie

- Zorgrelatie en zorgethische benadering
- Sociaal netwerk/kaart

SAMENWERKINGSPARTNER

Competentie

2. De hbo-verpleegkundige werkt zowel binnen als buiten de eigen organisatie samen met andere beroepsbeoefenaren of instanties waarin hij proactief als autonome professional zijn bijdrage levert aan de kwaliteit en continuïteit van palliatieve zorg.

Gedragssuitingen

Interprofessionele samenwerking

De verpleegkundige:

- werkt inter- en multidisciplinair samen en stemt zorg af met patiënt en naasten en collega's in de palliatieve (keten)zorg/het palliatieve netwerk;
- behartigt de belangen van de patiënt en diens naasten in samenwerkingsprocessen en schuwt daarbij de confrontatie niet;
- communiceert doelgericht op basis van in de context en beroepspraktijk geldende conventies met patiënt en naasten en collega's in de palliatieve (keten)zorg/het palliatieve netwerk.
- beïnvloedt zorglogistieke processen ten gunste van een soepel lopend zorgproces;
- heeft kennis van relevante, actuele wetgeving zoals: Wbp (wet bescherming persoonsgegevens), Wet op de privacy en de meldcode huiselijk geweld, wet BIG, WGBO en euthanasiewet.

Gezamenlijke besluitvorming

De verpleegkundige:

- heeft oog voor etnische/culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.
- zorgt ervoor dat de patiënt en diens naasten voldoende geïnformeerd zijn om gefundeerde besluiten te kunnen nemen.
- gebruikt de verschillende fasen binnen het gezamenlijke besluitvormingsproces en daarbij passende gesprekstechnieken en hulpmiddelen.
- heeft oog voor veranderende context en onzekerheden van de patiënt en biedt ruimte om gemaakte besluiten te herzien.

BoKS

Interprofessionele samenwerking

- MDO/PaTZ
- Regiefunctie
- Centrale zorgverlener
- Belangenbehartiger patiënt en naasten
- Coördinatie van zorg
- Continuïteit van zorg

Gezamenlijke besluitvorming

- Exploratie waarden, wensen en behoeften
- Methodiek gezamenlijke besluitvorming in de palliatieve fase
- Passende zorg (verleners/plek/tijd)
- Passende (gespreks-) hulpmiddelen
- Passende informatie

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: 2.2 *Gezamenlijke besluitvorming*, 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.6 *Mantelzorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit van zorg*, 2.8 *Netwerk*, 2.9 *Deskundigheid*. Domein 5: Sociale dimensie. Domein 9: Cultuur.

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Kernbegrippen

Deskundigheidsbevordering

Het tonen van actief en kritisch gedrag om de verpleegkundige kennisontwikkeling in de palliatieve zorg van zichzelf en anderen op peil te brengen en houden en het actief bijdragen aan het zoeken, ontwikkelen en delen van nieuwe (vormen van) kennis over palliatieve zorg (O²PZ, 2020).

Inzet 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 (O²PZ, 2020).

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).

Onderzoekend vermogen

Het in palliatieve zorgsituaties en bij palliatieve zorg- en organisatievraagstukken tonen van een kritisch onderzoekende en reflectieve (basis)houding, het verantwoorden van het handelen vanuit (verschillende) kennisbronnen, het hanteren van een methodische aanpak met een gedegen probleemanalyse en het doorlopen van de onderzoekscyclus gericht op het verbeteren van een specifieke palliatieve beroepssituatie (O²PZ, 2020).

Professionele reflectie

Het kritisch beschouwen van het eigen verpleegkundig gedrag in relatie tot 1) de verpleegkundige beroepscode

en beroepswaarden; 2) de richtlijnen; 3) protocollen en zorgpaden; 4) het (in mono- en interprofessioneel verband) bespreken van patiënten met een palliatieve zorgbehoefte en diens naasten/mantelzorgers voorzien van zorgvuldige argumentatie. Hierbij houdt de verpleegkundige rekening met de emotionele belangen van de patiënt en naasten/mantelzorgers vanuit het besef dat palliatieve zorg een moreel-ethische praktijk behelst (O²PZ, 2020).

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 hbo-verpleegkundige handelt vanuit onderzoekend vermogen. Dit leidt tot reflectie, evidence based practice en innovatie in de palliatieve beroepspraktijk.

Gedragsuitingen

Onderzoekend vermogen

De verpleegkundige:

- formuleert en prioriteert kritische vragen bij casuïstiek van palliatieve patiënten en bij palliatieve zorg- en organisatievraagstukken;
- past modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van anderen toe in de palliatieve beroepspraktijk;
- signaleert leemtes in de palliatieve zorg die zich lenen voor het aanpassen van richtlijnen, standaarden, protocollen, zorgpaden en voor nader onderzoek;
- levert een bijdrage aan het ontwikkelen, evalueren en bijstellen van richtlijnen, standaarden, protocollen en zorgpaden;
- levert een bijdrage aan praktijkgericht onderzoek in de palliatieve zorg;

BoKS

Onderzoekend vermogen

- Praktijkgericht onderzoek
- Kwalitatief onderzoek
- Kwantitatief onderzoek
- Actieonderzoek
- Literatuuronderzoek
- Onderzoekscyclus
- Verslaglegging van (praktijk)onderzoek
- Beschrijvende statistiek
- Kwaliteit van onderzoek
- Argumenteren

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Competentie

Gedragssuitingen

BoKS

De verpleegkundige:

- zet methoden van praktijkgericht kwantitatief en kwalitatief onderzoek in voor de verbetering van zorg aan palliatieve patiënten en hun naasten;
- voert een praktijkgerichte onderzoekscyclus uit met een rode draad van vraag naar antwoord;
- verantwoordt/reflecteert op de gekozen aanpak en de resultaten van het zelf uitgevoerde onderzoek in de palliatieve zorg;
- realiseert een vernieuwing in een palliatieve beroepssituatie;
- voert een kritisch inhoudelijke dialoog en discussie in woord, (luisteren, samenvatten en doorvragen) en geschrift (argumentatief schrijven);
- toont proactief gedrag (wil begrijpen, delen, weten en vernieuwen) in het onderzoeken van praktische vraagstukken in de palliatieve zorg;
- toont begrip, onderzoekend gedrag bij de uitwisseling van opvattingen en verschillen van inzicht in de palliatieve beroepspraktijk;
- heeft een kritische houding ten aanzien van modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van anderen in de palliatieve zorg.

2. De hbo-verpleegkundige werkt permanent aan de kennisontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep, zijn eigen kennisontwikkeling en die van zijn directe (toekomstige) collega's door voortdurend actief (verschillende vormen van) kennis over palliatieve zorg te zoeken en te delen en, indien van toepassing, in praktijkgericht onderzoek in de palliatieve zorg te participeren.

Inzet EBP

De verpleegkundige:

- houdt vakliteratuur over palliatieve zorg bij;
- doorloopt de stappen van evidence based practice (vraag stellen, zoeken, beoordelen, toepassen en evalueren) bij het toepassen van modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van theoriegericht en praktijkgericht onderzoek in de palliatieve beroepspraktijk;
- vertaalt de inzichten uit theoriegericht en praktijkgericht onderzoek (vakliteratuur) naar betekenisvolle informatie voor de palliatieve patiënt en diens naasten;
- hanteert professionele en persoonlijke kennis om wensen en voorkeuren van de patiënt te achterhalen (luistert actief, informeert en deelt kennis);
- ondersteunt de palliatieve patiënt en diens naasten bij het nemen van beslissingen inzake behandeling en zorg (gezamenlijke besluitvorming);
- vraagt zich in het eigen handelen voortdurend af of dit aansluit bij de meest recente inzichten en kennis in de palliatieve zorg;
- toont oprecht aandacht voor wensen en voorkeuren van de palliatieve patiënt en diens naasten;
- wijkt indien nodig, in het belang van de palliatieve patiënt en diens naasten, na een zorgvuldige afweging, beargumenteerd af van professionele richtlijnen, standaarden, protocollen en zorgpaden;
- denkt out of the box, is creatief en flexibel in het belang van de patiënt (bijv. t.a.v. protocollen, gebruikmaken van naasten);
- consulteert indien nodig collega's en andere zorgverleners in een specifieke palliatieve beroeps-situatie;
- ontwikkelt samen met collega's en wetenschappers evidence based practice in de palliatieve zorg.

Inzet EBP

- Principes evidence based practice (EBP)
- Vakgroepen en vakliteratuur
- Zoeken, vinden, beoordelen en toepassen van (wetenschappelijk) onderzoek (CAT, DDO en PICO)
- Standaarden, richtlijnen, zorgpaden en protocollen

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Competentie

3. De hbo-verpleegkundige reflecteert voortdurend en methodisch op zijn eigen handelen in de samenwerking met de palliatieve patiënten, diens naasten/mantelzorgers, collega's en andere zorgverleners en betreft hierbij inhoudelijke, procesmatige en moreel-ethische aspecten van zijn keuzes en beslissingen.

Gedragssuitingen

Deskundigheids bevordering

De verpleegkundige:

- toont deskundigheid in de palliatieve zorg en beheerst competenties zoals beschreven in het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0;
- signaleert een tekort aan kennis bij zichzelf en collega's rondom palliatieve zorg in de beroepspraktijk en onderneemt dan actie;
- werkt permanent aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid rondom palliatieve zorg en levert een bijdrage aan die van collega's;
- toont zich voortdurend nieuwsgierig naar nieuwe kennis die het vakgebied kan versterken;
- beseft het belang van kennisdeling met de beroepspraktijk;
- deelt met zijn collega's kennis uit modellen, theorieën, resultaten van theoriegericht en praktijkgericht onderzoek, richtlijnen, standaarden, protocollen, zorgpaden, wet- en regelgeving in de palliatieve zorg;
- ondersteunt en bevordert de beroepsdeskundigheid van collega zorgverleners door te coachen op de zelfverantwoordelijkheid en het leerproces van de medewerker in de palliatieve zorg;
- is zich bewust van het belang van het begeleiden van leerlingen, stagiaires en nieuwe medewerkers in de palliatieve zorg;
- treedt op als werk- en/of praktijkbegeleider bij het inwerken van nieuwe collega's en stagiaires in de palliatieve verpleegkunde;
- fungeert en handelt als rolmodel voor (aankomend) verpleegkundigen in de palliatieve zorg;
- is zich bewust van het belang van deelname aan beroepsverenigingen en professionele netwerken in de palliatieve zorg;
- maakt gebruik van lokale, nationale en internationale organisaties voor palliatieve zorg (bijvoorbeeld V&VN PV, Palliactief, Associatie Hospicezorg Nederland (AHzN) het landelijk steunpunt palliatieve zorg PZNL, de European Association for Palliative Care (EAPC), IKNL en de kenniscentra palliatieve zorg);
- is zich bewust van economische, juridische en politieke factoren verbonden met het aanbod van palliatieve zorg.

Professionele reflectie

De verpleegkundige:

- kan ethische vragen en zingevingsvraagstukken in de palliatieve zorg herkennen, benoemen, hanteren, bespreken met collega's en patiënt en hen daarin begeleiden;
- heeft een reflectieve beroepshouding, d.w.z. dat hij de keuzes die hij maakt en de beslissingen die hij neemt in de palliatieve zorg zorgvuldig overdenkt, inhoudelijk, procesmatig en moreel-ethisch;
- hanteert zo nodig beslissingsmodellen in de palliatieve zorg;
- is zich bewust van bestaande taboes over de dood;
- is zich bewust van de eigen visie (bijv. op leven en dood) en hoe anderen hiernaar kijken;

BoKS

Deskundigheids bevordering

- Professionele netwerken
- Werkbegeleiding en coaching
- Kwaliteitsregister V&VN

Professionele reflectie

- Nationale en internationale verpleegkundige beroepscodes
- Reflectievaardigheden waaronder reflectietechnieken, interview

REFLECTIEVE EBP PROFESSIONAL

Competentie

Gedragssuitingen

BoKS

De verpleegkundige:

- is zich bewust van de eigen normen waarden en de mogelijke invloed daarvan op het professionele handelen in de palliatieve zorg;
- kan het eigen functioneren, de eigen motieven, normen en emoties herkennen, kritisch onderzoeken en bespreekbaar maken;
- kan de eigen grenzen, sterktes en zwaktes ten aanzien van palliatieve zorg aangeven;
- reflecteert op zijn eigen aanpak en rol in de palliatieve zorg;
- treedt zo nodig buiten het eigen referentiekader;
- toetst eigen handelen aan richtlijnen in de palliatieve zorg;
- ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelfbeoordeling van eigen resultaten;
- integreert feedback van collega's en leidinggevenden in eigen handelen in een palliatieve beroepssituatie;
- geeft collega's en studenten feedback op hun handelen en professioneel gedrag in de palliatieve zorg;
- organiseert zorg voor de zorgprofessional;
- neemt deel aan en organiseert intervisie binnen het team/de afdeling over palliatieve beroepssituaties;
- neemt deel aan en organiseert moreel beraad waarin ethische vraagstukken en morele dilemma's die in de palliatieve beroepspraktijk voorkomen bespreekbaar te maken in overlegsituaties op patiënten- en afdelings-, organisatie- en instellingsniveau (moreel beraad);
- participeert in ethische commissies.

Morele sensitiviteit

(zie Communicator)

Morele sensitiviteit

- Vraaggestuurde versus aanbodgerichte zorg in moreel-ethische context van zorgverlening met morele en ethische waarden

Domein kwaliteitskader: Domein 1: Kernwaarden en principes. Domein 2: Structuur en proces: 2.6 *Mantelzorg*, 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*. Domein 7: Stervensfase. Domein 10: Ethisch en juridisch.

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Gezond gedrag bevorderen

Het bieden van ondersteuning bij het realiseren van een gezonde leefstijl in relatie tot (potentiële) gezondheidsproblematiek (O²PZ, 2020).

Preventiegericht analyseren

Het analyseren van het gedrag en de omgeving van de patiënt die leiden tot gezondheidsproblemen van patiënten en doelgroepen (O²PZ, 2020).

Kernbegrippen die ook relevantie zijn voor deze rol

- Persoonsgerichte communicatie
- Professionele reflectie
- Onderzoekende houding
- Zelfmanagement bevorderen

Competentie

1. De hbo-verpleegkundige bevordert de gezondheid van de patiënt of groepen patiënten door het organiseren van passende vormen van preventie, die zich ook richten op het bevorderen van het zelfmanagement en het gebruik van het eigen netwerk van de patiënt.

Gedragsuitingen

Preventiegericht analyseren

De verpleegkundige:

- beschrijft en signaleert veel voorkomende complicaties in de palliatieve fase.

Gezond gedrag bevorderen

De verpleegkundige:

- zet gezondheidsbevorderende en preventieve interventies in, zoals het voorkomen van overbelasting van de mantelzorger;
- betreft, waar mogelijk, het sociale netwerk van de patiënt.

BoKS

Preventiegericht analyseren

- Veel voorkomende complicaties in de palliatieve zorg

Gezond gedrag bevorderen

- Gezondheidsbevorderende en preventieve interventies
- Sociale netwerk

Domein kwaliteitskader: Domein 3: Fysieke domein, Domein 4: Psychische domein, Domein 5: Sociale domein, Domein 6: Spirituele domein.

ORGANISATOR

Kernbegrippen

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).

Continuïteit van zorg

Er is sprake van een ononderbroken samenhang van alle elementen waaruit het gehele zorgproces is opgebouwd. Continuïteit omvat ten minste (IKNL/Palliactief, 2017):

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

Coördinatie van zorg

Het nemen van initiatief in het organiseren van de zorg om deze in samenspraak met de patiënt en in onderlinge afstemming tussen de verschillende zorgverleners en zorgorganisaties soepel volgens het zorgplan te laten verlopen (O²PZ, 2020).

Veiligheid bevorderen

Het continu en methodisch bijdragen aan het bevorderen en borgen van de veiligheid van de patiënt en medewerkers (O²PZ, 2020).

Verpleegkundig leiderschap

Het samen met collega's van eigen en andere disciplines én met patiënten en familie werken aan waardevolle zorg, passend bij de situatie. Verpleegkundig leiderschap hoort bij het dagelijks werk, waarbij invloed wordt uitgeoefend op zowel de zorg dichtbij de patiënt als de strategische richting van de zorgorganisatie waarin je werkt en daarbuiten (Vermeulen et al., 2020).

Verpleegkundig ondernemerschap

Het overzien van en handelen naar financieel-economische en organisatiebelangen binnen de verschillende contexten van zorg (O²PZ, 2020).

Kernbegrippen die ook relevant zijn voor deze rol

- Continuïteit van zorg
- Multidisciplinair samenwerken
- Professioneel gedrag

Competentie

1. De hbo-verpleegkundige toont leiderschap in het verpleegkundig handelen en in de samenwerking met anderen en weegt de verschillende belangen, waarbij het belang van de patiënt voorop staat.

2. De hbo-verpleegkundige plant en coördineert de zorg rondom de patiënt/groep patiënten.

Gedragssuitingen

Verpleegkundig leiderschap

De verpleegkundige:

- volgt ontwikkelingen op het gebied van palliatieve zorg en draagt zorg voor inbedding binnen de organisatie.

Coördinatie en continuïteit van zorg

De verpleegkundige:

- beschrijft de organisatie van palliatieve zorg (structuur en functie van verschillende organisaties);
- coördineert palliatieve zorg en initieert hierbij zo nodig multidisciplinaire overlegsituaties en participeert in deze overlegsituaties;
- verwijst zo nodig door naar andere disciplines.

BoKS

Verpleegkundig leiderschap

- Ontwikkelingen binnen de palliatieve zorg

Coördinatie en continuïteit van zorg

- Organisatie van palliatieve zorg
- Voorzieningen van palliatieve zorg
- Financiering van palliatieve zorg

ORGANISATOR

Competentie

3. De hbo-verpleegkundige neemt verantwoordelijkheid voor de veiligheid van patiënten en medewerkers binnen de organisatie.

Gedragssuitingen

Veiligheid bevorderen

De verpleegkundige:

- zorgt voor een veilige overgang van de ene naar de andere zorginstelling of thuissituatie.

Verpleegkundig ondernemerschap

De verpleegkundige:

- is bewust van de heersende financiële kaders en kan daarbinnen de palliatieve zorg organiseren;
- stemt af binnen de interprofessionele samenwerking wie de rol van centrale zorgverlener vervult.

BoKS

Veiligheid bevorderen

- Ketenzorg (*komt ook terug bij Samenwerkingspartner*)

Verpleegkundig ondernemerschap

- Financiële kaders

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

PROFESSIONAL EN KWALITEITSBEVORDERAAR

Kernbegrippen

Kwaliteit van palliatieve zorg leveren

Het op een methodische en kritische wijze bewaken, uitvoeren en borgen van de kwaliteit van de verpleegkundige palliatieve zorg volgens de kernwaarden en principes.

Participeren in kwaliteitszorg

Het leveren van een proactieve bijdrage aan de kwaliteitszorg van de zorgorganisatie.

Professioneel gedrag

Het handelen en zich gedragen naar de professionele standaard en de beroepscode, verantwoordelijkheid nemen in al het eigen handelen en het uitdragen van de beroepstrots.

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).

Kernbegrippen die ook relevant zijn voor deze rol

- Onderzoekende houding
- Inzet EBP

Competentie

1. De hbo-verpleegkundige monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin hij werkt om goede kwaliteit van de palliatieve zorg te borgen dan wel te verbeteren.

2. De hbo-verpleegkundige levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie en is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden, richtlijnen, protocollen en zorgtechnologie, signaleert het ontbreken en draagt bij aan de ontwikkeling hiervan binnen de palliatieve zorg.

3. De hbo-verpleegkundige levert een positieve en actieve bijdrage aan de beeldvorming en de ontwikkeling van palliatieve zorg vanuit een historisch, institutioneel en maatschappelijk perspectief.

Gedragssuitingen

Kwaliteit van palliatieve zorg leveren

De verpleegkundige:

- handelt vanuit de principes van het kwaliteitskader palliatieve zorg;
- schakelt tijdig gespecialiseerde palliatieve zorg in om deskundigheid en vaardigheid toe te voegen.

Participeren in kwaliteitszorg

De verpleegkundige:

- signaleert leemtes in de palliatieve zorg die zich lenen voor nader onderzoek en legt deze voor aan o.a. kenniscentra- en netwerken palliatieve zorg, en organisaties palliatieve zorg;
- werkt mee aan intercollegiale ondersteuning en toetsing in de palliatieve zorg.

Professioneel gedrag

De verpleegkundige:

- geeft advies en instructie aan verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren met betrekking tot palliatieve zorg;
- handelt vanuit normen en waarden van de beroepscode;
- handelt vanuit een professionele houding ten aanzien van afstand en betrokkenheid;
- geeft advies aan verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren met betrekking tot (eigen) morele vraagstukken en ethische dilemma's;
- bespreekt de invloed van de eigen waarden en normen op het eigen handelen bij de patiënt en diens naasten met betrokken zorgprofessionals;
- biedt ondersteuning aan de leden van het eigen team en adviseert waar verdere ondersteuning geboden kan worden.

BoKS

Kwaliteit van palliatieve zorg leveren

- Kwaliteitskader palliatieve zorg

Participeren in kwaliteitszorg

- Kenniscentra- en netwerken palliatieve zorg, organisaties, palliatieve zorg

Professioneel gedrag

- Beroepscode professionele afstand en betrokkenheid

OVERIGE ATTITUDEASPECTEN

Onderstaande attitudeaspecten zijn daarnaast (ook) generiek onderdeel van de verpleegkundige opleidingen:

- Toont respect voor (de visie van) de patiënt en naasten in elke fase.
 - Heeft oog voor de naasten.
 - Neemt de tijd voor patiënten en naasten.
 - Toont empathie.
 - Heeft aandacht voor de inbreng en ervaringsdeskundigheid van naasten.
 - Heeft respect voor culturele aspecten en verschillende levensbeschouwingen.
 - Past sensitiviteit, flexibiliteit en creativiteit toe waar nodig.
 - Verantwoordelijkheid en zelfstandigheid.
 - Opereert zelfstandig binnen alle fasen, binnen de grenzen van het beroepsdomein.
-

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

WO (NIVEAU 6)
BACHELOR
GENEESKUNDE



INHOUDSOPGAVE WO (NIVEAU 6)

Onderwijsraamwerk competenties bachelor geneeskunde (niveau 6):	67
- Medisch expert: medisch handelen	67
- Communicator: communiceren	69
- Samenwerker: samenwerken	70
- Academicus: kennis en wetenschap	71
- Gezondheidsbevorderaar: maatschappelijk handelen	72
- Organisator: organisatie en leiderschap	73
- Professional: professionaliteit	74

MEDISCH EXPERT: MEDISCH HANDELEN

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, ziektebeloop 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) openstaan voor een gesprek over de palliatieve fase en of zij over de veerkracht beschikken om de informatie te verwerken (O²PZ, 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 klinisch 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 (O²PZ, 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

Competenties basisarts niveau 7

1. De basisarts toont adequate kennis, inzicht en vaardigheid uit het vakgebied palliatieve zorg in de zorgverlening.
2. De basisarts diagnosticeert en prognosticeert ziektebeelden, functiestoornissen en beperkingen.
3. De basisarts signaleert en markeert de palliatieve- en stervensfase.
4. De basisarts maakt actueel beleid en proactief beleid en zorgt voor uitvoering, evaluatie en zo nodig bijstelling van een individueel zorgplan.
5. De basisarts handelt tijdig en adequaat bij problemen en in acute situaties in de palliatieve zorgverlening.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- kent de volgende begrippen uit het kwaliteitskader palliatieve zorg NL:
 - definitie palliatieve zorg
 - 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
- heeft kennis van de epidemiologie, etiologie, pathogenese, pathofysiologie, beloop en behandelopties van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen, functiestoornissen en daarmee gerelateerde medicatie in de palliatieve fase;
- kan de aspecten van een multidimensionale en functionele anamnese benoemen waarin minimaal de vier dimensies van palliatieve zorgverlening aan bod komen;
- kan aan de hand van casuïstiek de gevolgen van ziekten, symptomen en functiestoornissen inschatten;
- kan aan de hand van casuïstiek palliatief redeneren op vier dimensies;
- beheerst de epidemiologie, etiologie, pathogenese, pathofysiologie en behandelopties van de meest voorkomende ziektebeelden, symptomen en functiestoornissen met betrekking tot de palliatieve fase;
- past evidence based principes uit literatuur, protocollen, richtlijnen en zorgpaden van het vakgebied palliatieve zorg toe ten behoeve van de besluitvorming in casuïstiek;
- kan de begrippen ziektegerichte behandeling en symptoomgerichte behandeling beschrijven;
- beheerst de kennis over markeren van de palliatieve fase en de stervensfase en kent het onderscheid;
- kan het begrip gezamenlijke besluitvorming en het belang ervan in de palliatieve fase benoemen;
- maakt gebruik van evidence based practice bij het bepalen van beleid;
- gebruikt kennis van oorzaakgerichte, symptoomgerichte, medicamenteuze, niet-medicamenteuze en invasieve behandelingen in de palliatieve fase bij de meest voorkomende ziektebeelden;
- kan de rol van de apotheker benoemen bij het saneren en aanpassen van toedieningswijzen van medicatie in de palliatieve- en stervensfase.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.1 Markerings, 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

Kernbegrippen

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 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/Palliactief, 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/Palliactief, 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/Palliactief, 2017).

Competenties basisarts niveau 7

1. De basisarts communiceert in de palliatieve zorgverlening op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten.
2. De basisarts bouwt behandelrelaties met patiënten en hun naasten op passend bij de situatie.
3. De basisarts voert gesprekken met de patiënt en naasten over ingrijpende gebeurtenissen en markerings-momenten van de palliatieve fase en stervensfase.
4. De basisarts is proactief in zorgplanning.
5. De basisarts komt in gezamenlijk overleg met de patiënt en/of diens naasten tot consensus in besluitvorming over de te verlenen zorg.
6. De basisarts maakt optimaal gebruik van moderne informatietechnologie.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- kan in een gesimuleerde situatie de basisvaardigheden communicatie toepassen: luistert actief, accepteert stiltes, stelt op de juiste manier vragen en heeft respect voor wensen, waarden en behoeften van de patiënt met diens naasten en betreft hen;
- kan onderwerpen bespreken op de vier dimensies in de palliatieve zorg: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden en houdt rekening met cultuur, diversiteit, ethiek en recht;
- kan de informatie-uitwisseling aanpassen op de behoeften van de patiënt met diens naasten, achtergrond, copingstijl en vaardigheden en respecteert het niet (alles) willen weten;
- toont empathie en kan de emotionele toestand van de patiënt en diens naasten ondersteunen in een gesimuleerde situatie;
- kan in een gesimuleerde situatie overleggen met andere zorgprofessionals en mantelzorgers;
- kan in een gesimuleerde situatie het proces van gezamenlijke besluitvorming toepassen;
- heeft kennis van het belang van samenwerking met het volledige zorgsysteem, inclusief patiënt, naasten, (informele) zorgverleners, collegae en paramedici om tot afgestemde zorg te komen;
- heeft kennis van het beloop van anticiperende rouw, normale (normatieve) en abnormale (niet-normatieve) rouw;
- heeft kennis van het belang van het hebben van aandacht en respect voor de visie van de patiënt en naasten en wisselende wensen in alle (ziekte)fasen;
- is zich bewust van de eigen attitude ten aanzien van ziekte en sterven en kan dit bespreekbaar maken.

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

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).

Competenties basisarts niveau 6

1. De basisarts 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.

2. De basisarts draagt zorg voor continuïteit door een goede zowel schriftelijke als mondelinge transmurale overdracht als de patiënt overgaat naar een andere leefomgeving.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- kent het belang van optimale interprofessionele samenwerking in de palliatieve zorg en de verschillende rollen;
- benoemt het belang van gezamenlijke besluitvorming in de palliatieve zorg;
- kent het belang van flexibel, tactvol en communicatief aardig zijn in de samenwerking;
- kent de eigen persoonlijke- en zorginhoudelijke mogelijkheden en grenzen en die van collega-zorgverleners;
- beschrijft in een gesimuleerde situatie een schriftelijke overdracht: de stand van zaken, actueel beleid, uitkomst proactieve zorgplanning, medicatie en wat met patiënt is besproken bijvoorbeeld in een levenseindegesprek;
- kan in een gesimuleerde situatie samenwerken en overleggen in een interdisciplinair teamverband.

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

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 bewijs-

materiaal 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 (O²PZ, 2020).

Competenties basisarts niveau 7

1. De basisarts 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.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- beoordeelt wetenschappelijke kennis en informatie over palliatieve zorg kritisch, gebaseerd op evidence, op relevantie, significantie en toepasbaarheid voor de klinische praktijk.

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

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR: MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

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 situa-

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

Morele sensitiviteit

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

Competenties basisarts niveau 7

1. De basisarts oefent de palliatieve zorgverlening uit naar de gebruikelijke ethische en juridische normen van het beroep en kernwaarden en principes van de palliatieve zorgverlening.

2. De basisarts herkent situaties waar moreel beraad helpend kan zijn en weet deze te initiëren.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- heeft kennis van de beroepscode(s), wettelijke of anderszins gereuleerde aspecten van palliatieve zorg, waaronder: inzage in medisch dossier of verstrekken van persoonsgebonden medische informatie; informed consent (geïnformeerde toestemming); wilsverklaring; onderzoek naar wilsbekwaamheid; bewust stoppen met eten en drinken; rol en verantwoordelijkheden van wettelijke vertegenwoordigers; orgaandonatie; palliatieve sedatie; euthanasie;
- kan ethische en morele dilemma's in de palliatieve zorgverlening en vooral rondom het levenseinde bespreken in een onderwijssituatie;
- kan actief deelnemen aan een moreel beraad in een onderwijssituatie;
- kan omgaan met het begrip kwaliteit van leven en sterven en functionaliteit onder eigen regie;
- is zich bewust van de (on)mogelijkheden van wet- en regelgeving en is zich bewust van eigen ethische kaders;
- denkt vanuit 'positieve gezondheid' en bespreekt met de patiënt wat er allemaal nog wel kan, wat voor de patiënt bijdraagt aan betekenisvol leven en sterven en stimuleert de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie te nemen;
- is op de hoogte van de beroepscode(s), wettelijke of anderszins gereuleerde 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 wettelijke vertegenwoordigers, orgaandonatie; palliatieve sedatie en euthanasie.

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

ORGANISATOR: ORGANISATIE EN LEIDERSCHAP

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 verschillen 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 wor-

den 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).

Competenties basisarts niveau 7

1. De basisarts draagt actief bij aan de organisatie, coördinatie en continuïteit en kwaliteit van geleverde zorg in een interdisciplinair werkend zorgteam.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- beheerst de kennis en basisvaardigheden voor het participeren in een MDO of interprofessionele setting;
- kent het begrip interprofessionele samenwerking en kan het belang ervan in de palliatieve zorg benoemen;
- heeft kennis over de organisatie van de palliatieve zorg;
- is op de hoogte van de veilige gegevensuitwisseling en kent de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- weet weke aspecten aan de orde zijn om adequate nazorg vorm te geven;
- kan in een gesimuleerde situatie samenwerken in een interdisciplinair verband.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.6 *Mantelzorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit*, 2.8 *Netwerk*, 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*, Domein 8: Verlies en rouw, Domein 10: Ethisch en juridisch

PROFESSIONAL: PROFESSIONALITEIT

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).

Competenties basisarts niveau 7

1. De basisarts toont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag in de palliatieve zorgverlening.
2. De basisarts kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daarbinnen en reflecteert.

Kennis en vaardigheden bachelor geneeskunde niveau 6

De student:

- is op de hoogte van het door de beroepsgroep opgestelde professioneel statuut;
- is zich bewust van de eigen opvattingen over leven en dood en eigen ervaringen met ziekte en sterven, kan het eigen perspectief hierop plaatsen naast het perspectief van een ander en onderkent de betekenis hiervan voor de eigen rol;
- realiseert zich de (emotionele) impact van het omgaan met patiënten met levensbedreigende aandoeningen of kwetsbaarheid op zichzelf;
- is zich bewust van distantie en nabijheid in de relatie met de patiënt;
- kent de eigen verantwoordelijkheid als zorgprofessional;
- kan de eigen spirituele en existentiële belevingen bespreekbaar maken;
- kan reflecteren op distantie en nabijheid in relaties;
- kan reflecteren 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.

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

WO (NIVEAU 7)
BASISARTS



INHOUDSOPGAVE WO (NIVEAU 7)

Overzicht Kerncompetenties basisarts	77
EPA Basis	78
Onderwijsraamwerk competenties basisarts (niveau 7):	81
- Medisch expert: medisch handelen	81
- Communicator: communiceren	84
- Samenwerker: samenwerken	86
- Academicus: kennis en wetenschap	87
- Gezondheidsbevorderaar: maatschappelijk handelen	88
- Organisator: organisatie en leiderschap	89
- Professional: professionaliteit	90

OVERZICHT KERNCOMPETENTIES BASISARTS

Competentiegebied

Kerncompetenties

Medisch handelen	<p><i>De basisarts:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• toont adequate kennis, inzicht en vaardigheid uit het vakgebied palliatieve zorg in de zorgverlening;• diagnosticeert en prognosticeert ziektebeelden, functiestoornissen en beperkingen;• signaleert en markeert de palliatieve en stervensfase;• 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;
Communiceren	<ul style="list-style-type: none">• communiceert in de palliatieve zorgverlening op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten;• bouwt behandelrelaties op met patiënten en hun naasten passend bij de situatie;• voert gesprekken met de patiënt en naasten over ingrijpende gebeurtenissen en markeringsmomenten van de palliatieve fase en stervensfase;• is proactief in zorgplanning;• komt in gezamenlijk overleg met de patiënt en/of diens naasten tot consensus in besluitvorming over de te verlenen zorg;• maakt optimaal gebruik van moderne informatietechnologie;
Samenwerken	<ul style="list-style-type: none">• 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;• draagt zorg voor continuïteit door een goede zowel schriftelijke als mondelinge transmurale overdracht als de patiënt overgaat naar een andere leefomgeving;
Kennis en wetenschap	<ul style="list-style-type: none">• 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;
Maatschappelijk handelen	<ul style="list-style-type: none">• oefent de palliatieve zorgverlening uit naar de gebruikelijke ethische en juridische normen van het beroep en kernwaarden en principes van de palliatieve zorgverlening;• herkent situaties waar moreel beraad helpend kan zijn en weet deze te initiëren;
Organisatie en leiderschap	<ul style="list-style-type: none">• draagt actief bij aan de organisatie, coördinatie, continuïteit en kwaliteit van geleverde zorg in een interdisciplinair werkend zorgteam;• neemt een proactieve rol in een interdisciplinair werkend zorgteam;
Professionaliteit	<ul style="list-style-type: none">• toont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag in de palliatieve zorgverlening;• kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daarbinnen en reflecteert.

PALLIATIEVE ZORG VERLENEN

Deze EPA is geschikt voor de basisarts. De opleiding bepaalt tot op welk niveau de coassistent de EPA moet beheersen. De basisarts zal na de opleiding geneeskunde de EPA waarschijnlijk maximaal op niveau 3 beheersen: 'Uitvoeren onder indirecte, reactieve supervisie'.

Omschrijving

Bij het verlenen van palliatieve zorg (in eigen vakgebied) herkent, signaleert en markeert de arts op klinische gronden bij de patiënt met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid (het ingaan van) de palliatieve en later de stervensfase. De arts spreekt met de patiënt en naasten over de palliatieve fase, zingeving en kwaliteit van leven. De arts zorgt ervoor dat waarden, wensen en behoeften van patiënt en naasten op vier dimensies: fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel in kaart worden 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 situaties en spoedgevallen. De arts werkt samen met verschillende zorgprofessionals en mantelzorgers uit diverse instellingen en contexten.

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 basisarts:

- 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 ziektraject, 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 de palliatieve fase, zoals dyspnoe, pijn, misselijkheid, braken, obstipatie, zwakte, gewichtsverlies, anorexie, vermoeidheid, angst, verwardheid en hoesten.

Vereist gedrag

Herkennen en markeren van de palliatieve en later de stervensfase

De basisarts:

- 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.

Entrustable Professional Activities | EPA BASIS WO NIVEAU 7

PALLIATIEVE ZORG VERLENEN

Vereist gedrag

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

De basisarts:

- 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;
- 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.

Zorgdragen voor de organisatie van proactieve zorg

De basisarts:

- 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.

Deze EPA is geschikt voor de basisarts. De opleiding bepaalt tot op welk niveau de coassistent de EPA moet beheersen. De basisarts zal na de opleiding geneeskunde de EPA waarschijnlijk maximaal op niveau 3 beheersen: 'Uitvoeren onder indirecte, reactieve supervisie'.

Behandelen en begeleiden

De basisarts:

- 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 ziekteproces 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.

Entrustable Professional Activities | EPA BASIS WO NIVEAU 7

PALLIATIEVE ZORG VERLENEN

Deze EPA is geschikt voor de basisarts. De opleiding bepaalt tot op welk niveau de coassistent de EPA moet beheersen. De basisarts zal na de opleiding geneeskunde de EPA waarschijnlijk maximaal op niveau 3 beheersen: 'Uitvoeren onder indirecte, reactieve supervisie'.

Suggesties (toets)instrumenten

Informatiebronnen voor evaluatie voortgang en bepaling beheersingsniveau

Suggesties voor in te zetten instrumenten

- Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360°-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 symptoomlast, behandelen ziektebeelden typisch voor het vakgebied, multidisciplinair overleg (MDO), overdracht (mondeling en schriftelijk) na een 1e 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 graden feedback: feedback verpleegkundigen e.a. zorgverleners, evt. patiënt/naasten over het gesprek rondom wensen, beleid, enz.;
- Reflectieverslag.

MEDISCH EXPERT: MEDISCH HANDELEN

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 psy-

chische 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 zinnen 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 (O²PZ, 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).

Palliactief redeneren

Palliactief 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 symptoommanagement gericht op kwaliteit van leven (O²PZ, 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

Competenties

Gedragssuitingen

1. De basisarts toont adequate kennis, inzicht en vaardigheid uit het vakgebied palliatieve zorg in de zorgverlening.

De basisarts:

- 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;

2. De basisarts diagnosticeert en prognosticeert ziektebeelden, functiestoornissen en beperkingen.

- neemt een multidimensionale en functionele anamnese af;
- verricht lichamelijk onderzoek, rekening houdend met de belasting hiervan voor de patiënt;

3. De basisarts signaleert en markeert de palliatieve- en stervensfase.

- herkent mensen met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid en herkent en signaleert bij deze mensen progressie van symptomen, het optreden van complicaties, 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;

4. De basisarts maakt actueel beleid en proactief beleid en zorgt voor uitvoering, evaluatie en zo nodig bijstelling van een individueel zorgplan.

- 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;

MEDISCH EXPERT: MEDISCH HANDELEN

Competenties

5. De basisarts handelt tijdig en adequaat bij problemen en in acute situaties in de palliatieve zorgverlening.

Gedragssuitingen

De basisarts:

- anticipeert op, signaleert en handelt c.q. verwijst tijdig en adequaat in geval van acute problemen in de vier dimensies, zoals bij mentale nood, zingeingsvraagstukken, 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

Kernbegrippen

Persoonsgerichte communicatie

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 (O²PZ, 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/Palliactief, 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/Palliactief, 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/Palliactief, 2017).

Competenties

1. De basisarts communiceert in de palliatieve zorgverlening op persoonsgerichte en professionele wijze met de patiënt en diens naasten.

2. De basisarts bouwt behandelrelaties met patiënten en hun naasten op, passend bij de situatie.

3. De basisarts voert gesprekken met de patiënt en naasten over ingrijpende gebeurtenissen en markeringsmomenten van de palliatieve fase en stervensfase.

4. De basisarts is proactief in zorgplanning.

Gedragssuitingen

De basisarts:

- 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;
- adviseert en motiveert patiënten en hun naasten met inachtneming van de wensen ten aanzien van de kwaliteit van leven;

- 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;

- 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;

- denkt, plant en organiseert vooruit in overleg met de patiënt en naasten;

COMMUNICATOR: COMMUNICEREN

Competenties

Gedragssuitingen

5. De basisarts komt in gezamenlijk overleg met de patiënt en/of diens naasten tot consensus in besluitvorming over de te verlenen zorg.

De basisarts:

- 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;

6. De basisarts 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

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 patiëntinformatie en samenwerking tussen zorgverleners binnen één zorgsetting om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten;

3. transmurale continuïteit: communicatie van relevante patiëntinformatie en samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende zorgsettings om op die manier de zorg op elkaar te laten aansluiten (IKNL/Palliactief, 2017).

Competenties

1. De basisarts 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.

2. De basisarts draagt zorg voor continuïteit door een goede zowel schriftelijke als mondelinge transmurale overdracht als de patiënt overgaat naar een andere leefomgeving.

Gedragssuitingen

De basisarts:

- is flexibel, motiverend, stimulerend, tactvol en communicatief vaardig in samenwerking;
 - maakt zo nodig en tijdig gebruik van consultatie van 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;
-
- 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

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 bewijs-

materiaal 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 (O²PZ, 2020).

Competenties

1. De basisarts 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.

Gedragsuitingen

De basisarts:

- 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.

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

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR: MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

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 situa-

tie (de casus), de professionaliteit van zorgverleners en de wijze en cultuur van samenwerken (KNL/Palliactief, 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).

Competenties

1. De basisarts oefent de palliatieve zorgverlening uit naar de gebruikelijke ethische en juridische normen van het beroep en kernwaarden en principes van de palliatieve zorgverlening.

2. De basisarts herkent situaties waar moreel beraad helpend kan zijn en weet deze te initiëren.

Gedragssuitingen

De basisarts:

- 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;
- herkent en bespreekt ethische en morele dilemma's in de palliatieve zorgverlening, vooral rondom het levenseinde.

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

ORGANISATOR: ORGANISATIE EN LEIDERSCHAP

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-geregistreeerde 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 wor-

den 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).

Competenties

1. De basisarts draagt actief bij aan de organisatie, coördinatie en continuïteit en kwaliteit van geleverde zorg in een interdisciplinair werkend zorgteam.

Gedragssuitingen

De basisarts:

- 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.

Domein kwaliteitskader: Domein 2: Structuur en proces: 2.5 *Interdisciplinaire zorg*, 2.6 *Mantelzorg*, 2.7 *Coördinatie en continuïteit*, 2.8 *Netwerk*, 2.9 *Deskundigheid*, 2.10 *Kwaliteit en onderzoek*, Domein 8: Verlies en rouw, Domein 10: Ethisch en juridisch

PROFESSIONAL: PROFESSIONALITEIT

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).

Competenties

1. De basisarts toont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag in de palliatieve zorgverlening.

2. De basisarts kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daarbinnen en reflecteert.

Gedragssuitingen

De basisarts:

- 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;

- kent de grenzen van de eigen competentie, handelt daarbinnen 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*.

ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

WO (NIVEAU 8 EN 8+)
GENEESKUNDIG
SPECIALIST
BASIS EN GEVORDERD



INHOUDSOPGAVE WO (NIVEAU 8 EN 8+)

Overzicht Kerncompetenties basis en gevorderd	93
EPA Basis	94
EPA's Gevorderd	96
Onderwijsraamwerk competenties basis en gevorderd:	104
- Medisch expert: medisch handelen	104
- Communicator: communiceren	107
- Samenwerker: samenwerken	109
- Academicus: kennis en wetenschap	111
- Gezondheidsbevorderaar: maatschappelijk handelen	112
- Organisator: organisatie en leiderschap	114
- Professional: professionaliteit	116

OVERZICHT KERNCOMPETENTIES GENEESKUNDIG SPECIALIST

Competentiegebied	Kerncompetenties	Basis	Gevorderd
Medisch handelen	<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	x x
Communiceren	• 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; • maakt optimaal gebruik van moderne informatietechnologie;	x x	x x
Samenwerken	• 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
Kennis en wetenschap	• 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
Maatschappelijk handelen	• 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
Organisatie en leiderschap	• 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
Professionaliteit	• 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 ziektraject, 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^o-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^e 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^o-feedback: feedback verpleegkundigen e.a. zorgverleners, evt. patiënt/naasten over het gesprek rondom wensen, beleid, enz.
- Reflectieverslag.

Bekwaamverklaring

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

SIGNALEREN, PROGNOTICEREN 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, PROGNOTICEREN 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^o-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 supervisoren) geeft bekwaamheidsverklaring af op basis van genoeg, gevarieerd en voldoende beoordeeld bewijsmateriaal (zie bovenstaande set).

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^o-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^o-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^o-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^o-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 (O²PZ, 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).

Palliactief redeneren

Palliactief 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 (O²PZ, 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.

Gedragssuitingen

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 (O²PZ, 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/Palliactief, 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/Palliactief, 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/Palliactief, 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 (O²PZ, 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:

- AmsterdamUMC, Gerion, NHG, Verenso. Cursus palliatieve zorg voor medisch specialisten; Doelstellingen. www.opleidingpalliatievezorg.nl Amsterdam, 2020;
- AmsterdamUMC, Gerion, NHG, Verenso. Kaderopleiding palliatieve zorg: Competenties. 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 O²PZ

Contact

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

www.O2PZ.nl

© O²PZ



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 O²PZ 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. O²PZ 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 O²PZ programma via een nieuwsbrief?

[AANMELDEN NIEUWSBRIEF](#)



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg