

# ONDERWIJS RAAMWERK PALLIATIEVE ZORG 2.0

WO (NIVEAU 6)

**BACHELOR GENEESKUNDE**

Versie 19 november 2020



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg



# INHOUDSOPGAVE WO (NIVEAU 6)

---

Inleiding	3
Leeswijzer	4
Werkgroepen	5
Interprofessioneel samenwerken	7
Onderwijsraamwerk competenties bachelor geneeskunde (niveau 6):	10
- Medisch expert: medisch handelen	10
- Communicator: communiceren	12
- Samenwerker: samenwerken	13
- Academicus: kennis en wetenschap	14
- Gezondheidsbevorderaar: maatschappelijk handelen	15
- Organisator: organisatie en leiderschap	16
- Professional: professionaliteit	17
Brondocumentatie	18
Colofon	19

---

# INLEIDING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# LEESWIJZER

Het Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 bestaat uit verschillende delen:

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

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

Een opsomming van voornaamste verschillen:

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

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

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

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

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



# WERKGROEPEN

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

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

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

## Kwaliteitswerkgroep

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

## Werkgroep mbo

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

## Werkgroep hbo

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

## Werkgroep wo(+)

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

# WERKGROEPEN

---

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

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

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

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

Mw. dr. L. Tulner - NVKG

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

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

## **Klankbordgroep**

Mw. drs. M. Boddaert - IKNL/LUMC

Mw. drs. A. Dijkstra - FMS

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

Dhr. dr. M. Sosef - Zuyderland ziekenhuis

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

Mw. drs.W. Göttgens-Jansen - KNMP

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

# 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 transmuriaal) is samengesteld en interprofessioneel samenwerkt.

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

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

#### Patiënt

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

# INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKEN

## SAMEN WERKEN, SAMEN LEREN

### Naasten

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

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

### Centrale zorgverlener

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

### Hoofdbehandelaar

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

### Zorgverlener

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

### Mantelzorger

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

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

### Vrijwilliger

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

### Interprofessionele activiteiten in de palliatieve zorg

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

### Signaleren, diagnosticeren en markeren

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

### Proactief palliatieve zorg plannen

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

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

### Uitvoeren en evalueren palliatieve zorg

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

### Coördineren en continuïteit van palliatieve zorg

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

### Markeren en begeleiden stervensfase

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

### Nazorg verlenen

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

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

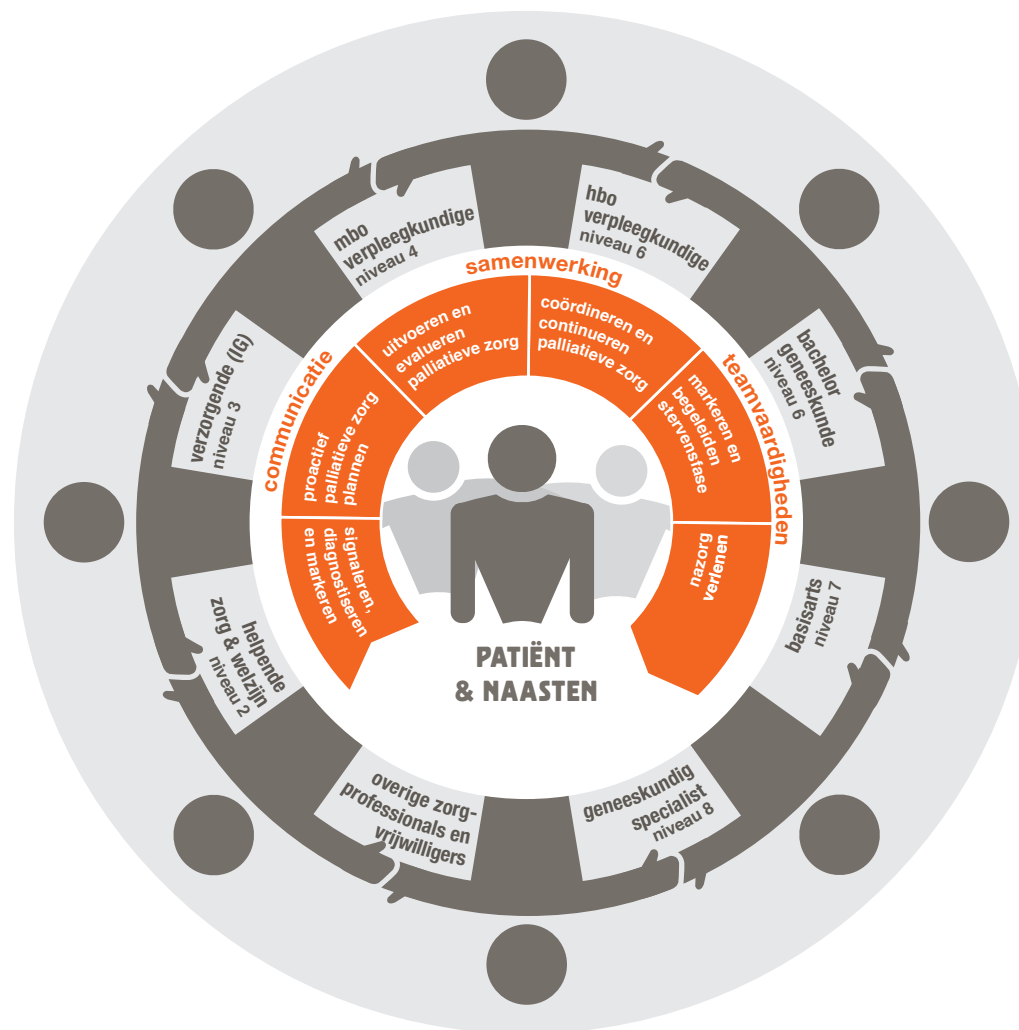


# INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKEN

## SAMEN WERKEN, SAMEN LEREN

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

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



INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKINGSMODEL PALLIATIEVE ZORG (O²PZ)

# 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 (O<sup>2</sup>PZ, 2020 op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017).

### Stervensfase

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

### Palliatief redeneren

Palliatief redeneren is het 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 (O<sup>2</sup>PZ, 2020).

### Proactieve zorgplanning

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

---

# MEDISCH EXPERT: MEDISCH HANDELEN

## 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 ziekte-traject
  - 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 principles 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 (O<sup>2</sup>PZ, 2020).

### Zelfmanagement

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

over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bereiken en te behouden (IKNL/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 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 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 (O<sup>2</sup>PZ, 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.

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

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



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

## Contact

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

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

© O<sup>2</sup>PZ



Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg

## Eindredactie

Kirsten Karmiggelt

## Vormgeving

Nils Wijnstroot

## Disclaimer

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

## Nieuwsbrief

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

[AANMELDEN NIEUWSBRIEF](#)