

# EPA Basisniveau 7

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’**.

## Palliatieve zorg verlenen

### 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.

### **Vereiste kennis en gedrag om deze EPA uit te voeren**

Beschreven vanuit de voor deze EPA meest relevante competenties:

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

### **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 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 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.

### **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.

#### **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;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• toont empathie en biedt ruimte voor emoties van de patiënt en diens naasten;</li> <li>• 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;</li> <li>• borgt de gemaakte afspraken voortkomend uit het proces van gezamenlijke besluitvorming door informatieoverdracht.</li> </ul> <p><b>Zorgdragen voor de organisatie van proactieve zorg</b></p> <p><b>De basisarts:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• draagt bij aan gestructureerd en doelmatig intra- en interprofessioneel overleg, waaronder het multidisciplinair overleg (MDO);</li> <li>• maakt zo nodig en tijdig gebruik van consultatie door in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners;</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Behandelen en begeleiden</b></p> <p><b>De basisarts:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• prioriteert, handelt en begeleidt gedurende het hele ziekteverloop wat voor de patiënt van belang is en handelt als zodanig, gericht op verlichten van lijden, optimaliseren van functioneren, verbetering van kwaliteit van leven;</li> <li>• draagt zorg voor een waardig en goed sterfbed, met oog voor patiënt en naasten, inclusief nazorg;</li> <li>• 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;</li> <li>• werkt samen in interdisciplinair teamverband en kent de eigen persoonlijke- en zorginhoudelijke mogelijkheden en die van andere zorgverleners;</li> <li>• is flexibel, tactvol en communicatief vaardig in samenwerking;</li> <li>• reflecteert op de eigen waarden en normen op het gebied van palliatieve zorg.</li> </ul>
<p><b>Informatiebronnen voor evaluatie voortgang en bepaling beheersingsniveau</b></p>	<p><b><u>Suggesties voor in te zetten instrumenten:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generieke instrumenten, zoals voor-/nabespreking, beoordelings-/voortgangsgesprekken, 360<sup>o</sup>-feedback, beoordeling brief, OSATS, CAT, KPB/KPE, CBD/EBD, directe-/video-observatie, kennistoets etc.</li> </ul> <p>Specifiek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 1<sup>e</sup> consult en/of bij ontslag;</li> <li>• Video-observatie (live of rollenspel, uitwerken op papier): gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning;</li> <li>• Osats: uitvoeren lichamelijk onderzoek, uitvoeren invasieve handelingen in palliatieve fase;</li> <li>• Korte theoretische test/toets (KTT);</li> <li>• Case/Entrustment based discussion (C/EBD): proactieve zorgplanning;</li> <li>• CAT over een onderwerp in de palliatieve zorgverlening;</li> <li>• 360 graden feedback: feedback verpleegkundigen e.a. zorgverleners, evt. patiënt/naasten over het gesprek rondom wensen, beleid, enz.;</li> <li>• Reflectieverslag.</li> </ul>