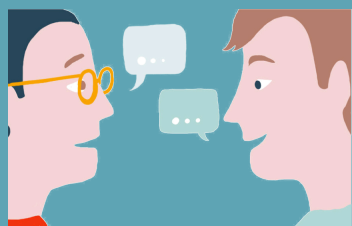


Beroepstaken palliatieve zorg voor de basisarts

Dit document geeft een overzicht van beroepstaken op het vlak van palliatieve zorg die een net afgestudeerde basisarts in de praktijk kan tegenkomen.

Deze lijst is inhoudelijk gebaseerd op nationale en internationale documenten, met name het onderwijsraamwerk 1.0 en de richtlijnen van de European Association of Palliative Care (EAPC). Achterin dit document is toegelicht hoe de lijst tot stand is gekomen.

Deze lijst is bedoeld om richting te geven aan de onderwijsinhoud op het gebied van palliatieve zorg. De lijst doet géén uitspraak over bekwaamheidsniveaus. Elke faculteit kan eigen keuzes maken over wat, op welk moment en tot op welk niveau, in het curriculum aan de orde komt.



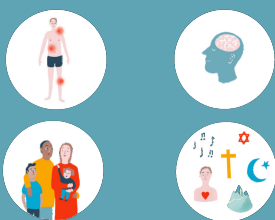
1. Spreekt met patiënt en naasten over ongeneeslijk ziek-zijn, prognose en de dood.

1. Markeert de palliatieve fase.
2. Communiqueert op een respectvolle en invoelende wijze met patiënten en naasten.
3. Past zich aan aan de verschillende manieren van communiceren van patiënt, naasten en betrokken zorgverleners.
4. Houdt in gesprek met de patiënt en naasten rekening met diversiteit door aanpassing van de inhoud en communicatiestijl in het gesprek (bijvoorbeeld onder invloed van culturele aspecten of levensovertuigingen).
5. Geeft, naar behoefte en wensen van de patiënt, informatie aan patiënten en naasten ten aanzien van het te verwachte beloop, behandel- en zorgmogelijkheden.
6. Bespreekt verwachtingen en wensen van de patiënt en naasten ten aanzien van verloop ziekte, behandeling, zorgproces en het sterven.
7. Maakt de vier dimensies (somatisch, psychisch, sociaal en spiritueel) van palliatieve zorg met de patiënt en naasten bespreekbaar.



2. Organiseert proactieve zorgplanning in regelmatig overleg met de patiënt, (wettelijk vertegenwoordiger,) naasten en de betrokken zorgverleners.

1. Integreert ziektegerichte en symptoomgerichte zorg vroegtijdig.
2. Zet zich in voor gezamenlijke besluitvorming bij beleidsbepaling ten aanzien van het verloop van de ziekte, de behandeling, het zorgproces en het sterven en ondersteunt de autonomie, privacy en eigen regie van de patiënt en zorgt dat dit wordt vastgelegd (individueel zorgplan).
3. Handelt proactief in de verschillende stadia van palliatieve zorg en anticipeert op potentiële complicaties.
4. Houdt bij diagnostiek en behandeling rekening met zowel kwantiteit als kwaliteit van leven. (Vermijdt bijvoorbeeld onder- en over-diagnostiek en weegt belasting van diagnostische processen.)
5. Gebruikt *evidence-based* principes uit literatuur, protocollen en richtlijnen uit het vakgebied van de palliatieve zorg ten behoeve van de eigen klinische besluitvorming.
6. Bespreekt expliciet met de patiënt en naasten de wensen rondom het einde van het leven (inclusief wilsverklaring, euthanasie, behandelbeperkingen, wensen rond donatie en nazorg voor naasten).
7. Handelt volgens wet en regelgeving betreffende beslissingen rondom het levenseinde (bijvoorbeeld het stoppen van vocht/voeding, palliatieve sedatie, euthanasie en hulp bij zelfdoding).
8. Herkent ethische en morele dilemma's rondom het levenseinde, bespreekt deze zo nodig met patiënt, naasten en betrokken zorgverleners en handelt naar de uitkomst van deze overwegingen.



3. Bestrijdt het lijden bij palliatieve patiënten en hun naasten vanuit de vier dimensies en hun samenhang (somatisch, psychisch, sociaal en spiritueel).

1. Behandelt van de veelvoorkomende ziektebeelden de problematiek in de palliatieve fase (bijvoorbeeld bij hartfalen, COPD, kanker en dementie).
2. Houdt in beleidsafspraken rekening met, en behandelt indien nodig, de meest voorkomende spoedgevallen in de palliatieve fase (bijvoorbeeld delier, (dreigende) dwarslaesie, massale (long)bloeding, vena cava superior syndroom, ileus, retentieblaas, acute dyspnoe, verstikking, uitputting, pijn, existentiële crisis).
3. Inventariseert systematisch de meest voorkomende symptomen in de palliatieve fase, bijvoorbeeld pijn, benauwdheid, verwardheid, misselijkheid en braken, angst en jeuk en behandelt deze medicamenteus en niet medicamenteus.
4. Erkent en houdt rekening met de emoties van patiënt en naasten en de invloed hiervan op het welzijn van betrokkenen.
5. Evalueert systematisch de psychische gezondheid van de patiënt en naasten en ondersteunt of behandelt.
6. Herkent verschillende coping strategieën van patiënt en naasten en past het eigen handelen en de communicatie hierop.
7. Herkent bij patiënt en naasten rouwreacties en past het eigen handelen en de communicatie hierop aan.
8. Stimuleert zelfzorg bij informele zorgverleners, signaleert overbelasting en biedt zo nodig ondersteuning.
9. Onderzoekt de sociale context, waaronder verantwoordelijkheden t.a.v. degenen die afhankelijk zijn van de patiënt, financiële draagkracht, juridische en praktische zaken rondom levenseinde van de patiënt en houdt rekening met de invloed ervan op de palliatieve zorg.
10. Biedt in het contact met de patiënt en naasten ruimte voor spirituele, existentiële en religieuze gespreksonderwerpen.



4. Werkt multi- en interdisciplinair in een team met verschillende zorgprofessionals, vrijwilligers en mantelzorgers.

1. Werkt multi- en interdisciplinair en kent en benut de taken en verantwoordelijkheden van de centrale zorgverlener, andere betrokken zorgprofessionals, naasten en vrijwilligers.
2. Benut de mogelijkheden tot consultatie in de palliatieve zorg (op de vier dimensies) en raadpleegt daartoe deskundigen binnen en buiten de instelling
3. Organiseert, met in achtneming van de regievoering, de keten van zorg, waarborgt de continuïteit van zorg (in verantwoordelijkheid en continue bereikbaarheid) en neemt daartoe zo nodig de regie.
4. Rapporteert naar betrokken professionele en informele zorgverleners de relevante informatie over het zorgproces bij de patiënt en de naasten (individueel zorgplan)
5. Verwijst de patiënt gericht naar de organisaties die palliatieve patiënten en naasten zorg en ondersteuning kunnen bieden (bijv. patiëntenverenigingen, steunpunt mantelzorg, netwerkorganisaties voor palliatieve zorg).
6. Zet desgewenst complementaire zorg in.



5. Voert het zorgpad rondom het overlijden van de patiënt uit samen met het betrokken team van professionals, vrijwilligers en naasten.

1. Markeert de stervensfase.
2. Behandelt problematiek in de terminale fase, inclusief bijvoorbeeld stoppen met vocht en palliatieve sedatie.
3. Stelt overlijden en doodsoorzaak vast en vult de overlijdensformulieren in.
4. Draagt zorg voor begeleiding van naasten direct rond en na het overlijden.
5. Informeert de betrokken zorgverleners over het overlijden van de patiënt.



6. Draagt zorg voor persoonlijk welzijn en ontwikkeling.

1. Herkent eigen emoties en die van anderen en weet welke invloed deze (kunnen) hebben op de eigen attitude en gedrag.
2. Reflecteert op distantie en nabijheid in de behandelrelatie met een palliatieve patiënt.
3. Kent de eigen verantwoordelijkheid als zorgprofessional en de grenzen hiervan.
4. Herkent bij zichzelf en anderen signalen van overbelasting en zoekt zo nodig adequate hulp.
5. Reflecteert op eigen spirituele en existentiële belevingen rond leven en dood.
6. Reflecteert op de eigen waarden en normen op het gebied van palliatieve zorg.
7. Handelt professioneel met in achtname van zowel persoonlijke als professionele waarden en normen.

ⁱ De term 'centrale zorgverlener' zal in een later stadium nader geduid moeten worden in samenhang met de handreiking 'verantwoordelijkheidsverdeling' van de KNMG: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>

Procesbeschrijving totstandkoming

Beroepstaken palliatieve zorg voor de basisarts

Binnen het Pasemeco project is een lijst opgesteld van beroepstaken die basisartsen zouden moeten kunnen beheersen na het succesvol doorlopen van hun bachelor en master geneeskunde. Deze lijst wordt binnen het Pasemeco-project gebruikt als referentiedocument. Door de huidige medische curricula te vergelijken met de lijst wordt verhelderd waar in de curricula lacunes zijn op het vlak van palliatieve zorg. Op basis hiervan geeft de projectgroep actief advies aan medische faculteiten om aanpassingen en aanvullingen te doen binnen het bestaande curriculum. Daarnaast geeft het overzicht van de lacunes sturing aan de onderwijsmaterialen die de projectgroep samen met de faculteiten ontwikkelt. Dit document geeft een beschrijving van de verschillende stappen die zijn doorlopen bij de totstandkoming van de lijst.

1. Stap 1: literatuurstudie en keuze van kerndocumenten

In juni 2016 is een oriënterende literatuurstudie gedaan waarbij in de nationale en internationale literatuur gezocht is naar documenten die competenties van basisartsen op het vlak van palliatieve zorg beschreven. Na bestudering van de literatuur en bespreking van de literatuur in de projectgroep zijn twee documenten gekozen om een competentielijst palliatieve zorg voor basisartsen in Nederland op te baseren:

- *Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education*
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=XPrM1LNaSbo%3d&tabid=38>
- *Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 1.0*
http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/137/website/Raamwerk%20palliatieve%20zorg_1.0.pdf

Op basis van deze documenten is een lijst opgesteld met competenties, geordend volgens de CANMEDS rollen.

2. Stap 2: Formuleren in termen van beroepstaken

Op basis van gesprekken met onderwijskundigen en curriculum coördinatoren kreeg de projectgroep het advies om te formuleren in termen van beroepstaken, meer in lijn met de *Entrustable Professional Activities* die steeds vaker gebruikt worden in (vervolg)opleidingen. Om hierbij aan te sluiten is de lijst in februari 2017 – na discussiesessies met experts palliatieve zorg en onderwijskundigen – zover als mogelijk omgeschreven naar een lijst van beroepstaken. Deze lijst is ter beoordeling aan de palliatieve zorg experts van de EPZ-onderwijsgroep voorgelegd, waarna (kleine) feedbackpunten zijn verwerkt.

3. Stap 3: aanpassingen beroepstaken aan de hand van de resultaten van de Delphi studie

Met de nu omgeschreven lijst is een Delphi studie uitgevoerd onder vijf groepen stakeholders: experts in palliatieve zorg, artsen en verpleegkundigen die basisartsen begeleiden, net afgestudeerde basisartsen en docenten in het geneeskunde curriculum/curriculum coördinatoren. In februari 2018 bleek uit de resultaten van de Delphi studie dat deze groepen de beschreven beroepstaken passend en belangrijk vonden. Er zijn geen hoofd- of deeltaken weggevallen. Enkele aanvullende suggesties zijn in de lijst verwerkt.

4. Stap 4: aanpassingen beroepstaken op basis van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg

In oktober 2017 is het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg gelanceerd. Omdat het kwaliteitskader een richtinggevend en breed gedragen document wordt in de verdere ontwikkeling van palliatieve zorg in Nederland, heeft de Pasemeco projectgroep besloten om te verifiëren of de beschreven beroepstaken de inhoud van het kwaliteitskader daadwerkelijk dekken. Op basis van deze inventarisatie en discussiebijeenkomsten in de projectgroep zijn in april 2018 nog enkele aanpassingen gedaan in de beroepstaken-lijst, waarna de projectgroep de lijst heeft vastgesteld.