

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.

BRUSSEL, 26.10.1995

---

Bestuur voor Gezondheidszorg

---

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

---

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-  
VOORZIENINGEN

---

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

---

N.R.Z.V./D/97-1

## ADVIES INZAKE PALLIATIEVE ZORGEN.(\*)

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 26.10.1995

## 1. Inleiding.

Aan elk leven komt een einde. Vandaag echter sterft men zelden thuis. Meestal gebeurt het overlijden in een ziekenhuis of in een thuisvervangend milieu en is alles wat de dood betreft een onderwerp waarmee onze maatschappij zich liefst niet, of minimaal, mee bemoeit. De socio-economische maatschappelijke situatie met als kern de nucleaire familie laat niet langer, of alleen maar hoogst zelden, nog toe, de pre-en terminale patiënt thuis op te vangen.

De toenemende vergrijzing en ook de stijgende incidentie van kanker en van AIDS, hebben het stervensprobleem terug op de voorgrond geplaatst. Ook de geneeskunde leert traag maar zeker, haar eigen grenzen en beperkingen te aanvaarden en ipv. met therapeutische hardnekkigheid ten dode opgeschreven patiënten in leven te blijven houden, nu eerder te zoeken naar een manier van verzorgen die de menselijke waardigheid en ook de autonomie en de wensen van de patient respecteert.

Deze gewijzigde toestand verplicht de maatschappij naar het zoeken van alternatieven die moeten toelaten dat ook de laatste levensfase van het individu, op een zinvolle manier verloopt.

Het begrip palliatieve zorg, dat nu sinds een twintigtal jaar bestaat, stelt in de eerste plaats dat eenieder het recht kan opeisen om zelf inspraak te hebben in de keuze over de wijze en de plaats waar zijn leven zal eindigen. Om aan deze gerechtvaardigde verwachting te kunnen voldoen is het evident dat, zowel de verzorgingsector in al zijn geledingen als de maatschappij, niet alleen de modaliteiten waarop dit kan gebeuren zouden onderzoeken, maar ook deze palliatieve zorg zouden structureren en vorm geven.

In België is er tot heden noch op federaal, noch op regionaal vlak een gereguleerde wetgeving of financiering ter zake. Sinds enkele jaren hebben vanuit privé initiatieven zich een aantal experimenten met palliatieve zorg ontwikkeld, waarvan de waarde en het resultaat nu dringend aan een eerste evaluatie toe is. Een beperkte subsidiëring, door het RIZIV, van dergelijke initiatieven werd ongeveer twee jaar geleden voorzien voor zowel ambulante als residentiële palliatieve zorgen, mits het voldoen aan een aantal basis criteria ( K.B. 12.08.91 ).

## 2. Definitie Palliatieve Zorg :

Onder palliatieve zorg dient men het geheel van pluridisciplinaire hulp en bijstand te begrijpen, dat in een ziekenhuis, in een andere collectieve instelling of thuis wordt verleend aan patiënten, die de terminale fase van hun ziekte en leven bereikt hebben, om hen en hun familie bij te staan in hun fysische, psychische en spirituele noden en de duur en vooral de kwaliteit van het levenseinde te vrijwaren.

### Palliatieve Eenheid

Volwaardig gestructureerde dienst met een minimum van 6 en een maximum van 12 bedden in een ziekenhuis. Deze dienst die over een architectonische autonomie beschikt, dient aan een aantal basiscriteria te beantwoorden om erkend te worden als dusdanig.

## Palliatieve Functie

De palliatieve functie maakt in principe deel uit van elk medisch handelen en kan niet daarvan gedissocieerd worden. Om nochtans deze functie in de dagelijkse praktijk te bevorderen dient in elke verzorgingsinstelling een multidisciplinair support-team opgericht te worden dat de vereiste competentie heeft om alle verzorgers en de patiënten die voor palliatieve zorg in aanmerking komen bij te staan. In ziekenhuizen met een palliatieve eenheid wordt deze taak door het palliatief team van deze eenheid verzorgd.

### 3. Doelstellingen :

In de terminale fase van hun leven hebben sommige patiënten lichamelijke, psychische en geestelijke noden waaraan in de mate van het mogelijke dient aan voldaan te worden.

Palliatieve zorg wil de pijn, de symptomen, de ongemakken en de angst bestrijden en zo de kwaliteit van het overblijvende leven beschermen en verbeteren. Dit dient te gebeuren in volle respect voor de waardigheid, autonomie en wensen van de betrokkene. Dit moet ook mogelijk zijn ongeacht de plaats waar de patient verkiest te sterven.

### 4. Doelpopulatie :

De terminale patiënt en zijn familie. Ook andere dan kanker- en AIDS-patiënten die waarschijnlijk het overgrote merendeel van deze groep uitmaken, moeten kunnen geholpen worden.

### 5. Inrichtende machten van Palliatieve Zorg

Ziekenhuizen of ziekenhuisgroeperingen.  
Collectieve, niet ziekenhuizen, instellingen.  
Verenigingen die palliatieve zorgen thuis organiseren.

### 6. Hulpverleners en Diensten waarop beroep kan gedaan worden :

Centra voor maatschappelijk werk  
Centra voor geestelijke gezondheidszorg  
Diensten voor gezins- en bejaardenhulp  
Thuisverplegingsorganisaties  
Mutualiteits dienstverlening  
Parochiale wijkcentra  
Andere.....  
Vrijwilligers

Gezien de beperkte financiële middelen, schijnt het wenselijk dat werkelijk palliatieve verzorging in hospitaalverband bij voorkeur gerealiseerd wordt in deze centra, die zich op grote schaal met oncologie en/of andere terminale pathologie bezighouden, terwijl in andere centra eerder de competentie aanwezig moet zijn om een support-team te vormen minder in infrastructuur geïnvesteerd zou worden. Anderzijds dient ook rekening worden gehouden met de waarschijnlijke trend dat wanneer palliatieve thuisverzorging echt functioneel wordt, het aantal terminale hospitalisaties zal verminderen.

## 7. Hospitaalopties.

Het aantal bedden dat in ons land dient voorbehouden te worden voor palliatieve zorg wordt maximaal op 360 geschat. Zij dienen regionaal verdeeld te worden op een manier die ze voor de hele bevolking gemakkelijk bereikbaar maakt. In deze context schijnt het zinnig dat in een aantal centra, die zich in belangrijke mate op kankerverzorging en/of andere terminale pathologie toeleggen, een bij het ziekenhuis aanleunende maar toch aparte en relatief autonoom functionerende palliatieve dienst wordt ingericht met minimaal 6 en maximaal 12 bedden. Deze centra kunnen zowel eigen als van andere instellingen verwezen patiënten hier verzorgen. Zij dienen dan ook als referentiecentra voor de regio waartoe zij behoren en stellen hun expertise en kundigheid ook tot de beschikking van andere ziekenhuizen of verzorgingsinstellingen zowel qua patiëntcare als permanente vorming en opleiding.

In andere instellingen kan een support-team samengesteld worden om in deze instituten tegemoet te komen aan de nood voor deze verzorgingsvorm. Zo blijft het mogelijk de patiënt in de terminale fase te verzorgen in de door hem gekende eenheid en door, met de hem vertrouwde artsen en verpleegkundigen.

Hier zou het palliatieve team vooral als supportteam functioneren qua advies en begeleiding om de nodige mentaliteitswijziging en visie over palliatie in het ziekenhuis te promoten. Een financiële bijdrage, naar analogie met de vergoedingen voor hoofdgeneesheer en arts hygiënist, kan deze ontwikkeling ondersteunen.

## 8. Normen.

### 8.1 Kwalificatie en kwaliteitsnormen waaraan erkende palliatieve hulp teams moeten beantwoorden :

Uiteraard kunnen deze normen variëren in functie van de plaats waar de palliatieve zorg wordt uitgeoefend. Residentiële palliatieve zorg kan natuurlijk aanleunen bij de andere voorzieningen in het ziekenhuis of verzorgingsinstelling waar de continuïteit van de verzorging veel professioneler kan gebeuren. Palliatie ten huize van de patient veronderstelt veel meer inbreng en bijstand van familie, vrienden, zelfhulpgroepen en eventuele vrijwilligers die de continuïteit dienen te verzekeren. Hier speelt het team vooral een begeleidende en ondersteunende rol zowel tov. van de patiënt als van diens verzorgers uit de eerste lijn en dan vooral de huisarts wiens rol primordiaal blijft.

Medewerkers aan palliatieve hulpverlening zullen in de eerste plaats gerekruteerd worden uit de hierna vermelde groepen, rekening houdende met de volgende selectiecriteria : motivatie en ervaring, emotionele stabiliteit, relatiebekwaamheid en zin voor samenwerking en teamgeest van de betrokkenen.

#### 8.1.1. Geneesheer specialisten en algemeen geneeskundigen.

Er zijn op het huidige ogenblik weinig werkelijk deskundigen in deze groep. Pijnbehandeling is complex en vraagt een specifieke kennis, die meestal ontbreekt.<sup>1</sup>

#### 8.1.2. Verpleegkundigen.

Hier stelt zich dezelfde problematiek als bij de geneeskundigen.

#### 8.1.3. Kinesisten en andere paramedische beroepen

#### 8.1.4. Psychologen en gelijkgestelden

Van hen wordt verwacht dat zij niet alleen de patiënten en hun omgeving helpen bij het verwerken van het stervensproces, maar ook ter beschikking staan van de team medewerkers.

#### 8.1.5. Beoefenaars van Erediensten en Lekenmoraal

Ten allen tijde moeten de patiënten, in volle respect voor hun geestelijke, godsdienstige en filosofische overtuiging, beroep kunnen doen op deze bijstand wanneer zij dat wensen.

#### 8.1.6. Vrijwilligers.

Gezien de zware eisen die stervensbegeleiding stelt, dient de selectie van niet professionele vrijwilligers met zorg te gebeuren. Ook zij dienen een intensieve opleiding te krijgen en hebben recht op de nodige psychologische steun.

### 8.2. Kwaliteitsnormen en criteria

Deze normen definiëren de modaliteiten van werking van deze teams. Zij betreffen o.a.

- 1\* de samenstelling en leiding van het team
- 2\* de werking van het team
- 3\* de aangewende methodes tot evaluatie van de activiteiten
- 4\* de specifieke en permanente vorming en opleiding van de teamleden.
- 5\* de samenwerkingsmodaliteiten van het team met de hulpverleners van de andere lijnen.
- 6\* de eventuele architectonische normen

#### 8.2.1\* de samenstelling en leiding van het team

##### 8.2.1.1 In het ziekenhuis

##### 8.2.1.1.1. met residentiële eenheid:

Een geneesheer specialist in palliatie die de leiding van het team waarneemt.

Minstens 1.25 verpleegkundige per bed (voltijds)

Eén psycholoog (deeltijdse opdracht)

---

<sup>1</sup> De medische faculteiten zouden moeten aangespoord worden meer aandacht te besteden in hun curriculum aan pijnbestrijding en palliatie.

Eén sociaal assistent of sociaal-verpleegkundige (deeltijdse opdracht)  
 Een kinesist (deeltijdse opdracht)  
 Eén vertegenwoordiger van eredienst of gelijkwaardig (deeltijdse opdracht)  
 Vrijwilligersteam

#### 8.2.1.1.2. als supportteam in het ziekenhuis

Een geneesheer specialist in palliatie, die de leiding van het team waarneemt.  
 Minstens 1 verpleegkundige per honderd ziekenhuisbedden (vol-tijds )  
 Eén psycholoog (deeltijdse opdracht)  
 Eén sociaal assistent of sociaal-verpleegkundige (deeltijdse opdracht)  
 Een kinesist (deeltijdse opdracht)  
 Eén vertegenwoordiger van eredienst of gelijkwaardig (deeltijdse opdracht).  
 Vrijwilligersteam

#### 8.2.1.2 Buiten het ziekenhuis

##### 8.2.1.2.1. In een collectieve instelling

Een geneesheer met belangstelling voor palliatie  
 Minstens twee verpleegkundigen  
 Eén sociaal assistent of sociaal-verpleegkundige  
 Eén vertegenwoordiger van eredienst of gelijkwaardig

##### 8.2.1.2.2. Thuis

Een geneesheer specialist in palliatie  
 Minstens drie verpleegkundigen  
 Eén psycholoog  
 Eén sociaal assistent of sociaal-verpleegkundige  
 Eén vertegenwoordiger van eredienst of gelijkwaardig  
 Elk team wordt in principe gecoördineerd door een geneesheer specialist die persoonlijk betrokken is bij de werking van het team

#### 8.2.2\* de werking van het team

Ten allen tijde moet het team gecontacteerd kunnen worden. Het initiatief tot oproep of opname gaat in principe uit van de behandelende geneesheer of de patiënt (al dan niet in het ziekenhuis ).

Elk team kan en mag beroep doen op expertise en bijstand vanuit

andere dienstverlenende organisaties.

Voor elke oproep wordt een palliatief dossier opgesteld en bijgehouden. Het wordt bewaard op de verpleegeenheid, zolang de patiënt zich daar bevindt. Het maakt deel uit van het patiënten dossier en vermeldt oa. de probleemstelling, de palliatieve anamnese, de zorgvraag en het antwoord, en de evaluatie van de pijn-en symptoomcontrole door de patiënt en de zorgverleners en de bijzondere wensen van de patiënt. (pluridisciplinair ingevuld).

Wekelijkse teamvergaderingen bespreken alle casuïstiek. Vooral opvolging van bovengeciteerde punten is belangrijk.

Elk jaar dient een jaarverslag opgesteld te worden.

8.2.3\* de samenwerkingsmodaliteiten van het team tov. de hulpverleners van de andere lijnen.

Het team mag de nodige akties voeren om de bevolking te sensibiliseren ivm. palliatieve zorg.

Het team werkt in de eerste plaats nauw samen met de behandelende geneesheer van de patiënt en betreft ook diens eerste lijns medewerkers (huisverpleging, kinesisten enz.) bij de palliatieve verzorging ten huize van de patiënt. Formele kontakten met de lokale huisartsenkringen dienen aangemoedigd en bevorderd te worden.

Dezelfde collaboratie wordt verwacht naar de tweede- of derde lijns instellingen die de patiënt verzorgd hebben.

In de mate van het mogelijke dienen er samenwerkings-overeenkomsten gemaakt te worden met de palliatieve extramurale organisaties om de opvolging van de verzorging te verzekeren. Indien nodig kan deze door het team georganiseerd worden.

Het team zal nooit eigenmachtig de functies van de behandelende artsen en verpleegkundigen overnemen, maar kan ten alle tijde suggesties in het belang van de patiënt, aan dezen voorstellen.

8.2.4\* de specifieke en permanente vorming en opleiding van de teamleden.

Alle teamleden dienen een opleiding te hebben gevolgd op basis van een programma dat door experts ter zake zal ontworpen worden in functie van de in het buitenland en in het eigen land opgedane ervaring.

Vereiste competentie houdt oa. in:

Expertise in symptoom- en pijncontrole, psychologische begeleiding, optimaliseren van communicatie met omgeving, spirituele begeleiding, rouwvoorbereiding en rouwverwerking voor de naastbestaanden. Zij dienen ook opgeleid te worden in relationele technieken die de dialoog met de stervende en diens familie en omgeving zullen vergemakkelijken.

De teamleden moeten de mogelijkheid hebben tot competente begeleiding om hun eigen persoonlijke problematiek ivm. sterven en dood te kunnen verwerken.

Het team engageert zich permanent bij te scholen.

Het team organiseert ook, hetzij in het eigen ziekenhuis, hetzij in andere instellingen, hetzij voor verenigingen die zich in de regio met palliatie bezig houden jaarlijks een basisopleiding bestaande uit een aantal cursussen en/of seminaries, voor personen die uit hoofde van hun beroep, zich met zieken en stervenden inlaten.<sup>2</sup>

8.2.5. Het support-team dient te beschikken over

8.2.5.1. Een bureel met bibliotheek waar het team kan vergaderen.

8.2.5.2. Een spreekkamer voor onderhoud met de familie.

---

<sup>2</sup> Aan de universiteiten en andere opleidingsinstituten dient gevraagd te worden, in samenspraak met de reeds bestaande organisaties, een dergelijke cursus op te stellen.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET  
DE L'ENVIRONNEMENT.

---

Administration des soins de santé.

---

Direction de la politique de soins de  
santé

---

CONSEIL NATIONAL DES ETABLIS-  
SEMENTS HOSPITALIERS.

---

1010 BRUXELLES, le 31 10-1995  
Cité Administrative de l'Etat  
Quartier Vésale  
Tél. : 02/210.47.87  
Fax : 02/210.63.68

Madame Magda DE GALAN,  
Ministre des Affaires Sociales.

Monsieur Marcel COLLA,  
Ministre de la Santé Publique et  
des Pensions.

**SECRETARIAT - BUREAU**

Nos réf. : CNEH/D/97-1  
Vos réf. : YS/II/L/0995.005/2533

Madame le Ministre,  
Monsieur le Ministre,

**OBJET :** Avis relatif à la problématique des soins palliatifs.

Faisant suite à votre demande d'avis dont référence ci-dessus, j'ai l'honneur de vous communiquer, en annexe, l'avis que la Section "Programmation et Agrément" a émis à l'unanimité en date du 26 octobre relatif à l'objet cité sous rubrique.

Cet avis reprend les grands principes de base relatifs à la problématique des soins palliatifs; les 7 projets d'arrêtés royaux feront l'objet d'une étude approfondie au sein de la Section. A l'issue de cette étude, la Section "Programmation et Agrément" ne manquera pas de vous transmettre un avis circonstancié en la matière.

L'avis approuvé lors de la séance plénière de ce 26 octobre courant a été ratifié par le Bureau à cette même date.

Veillez agréer, Madame le Ministre, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération distinguée.

LE PRESIDENT,

Prof. Dr. J. PEERS

