

Institutioneel palliatief project



SILVA medical

Lexicon

RPE	Residentiële Palliatieve Eenheid
MTPZ	Mobiel Team voor Palliatieve Zorg
DHVPK	Diensthofd-verpleegkundige
TP	Therapeutisch Project
ACP	Advanced Care Planning
PZP	Gepersonaliseerd Zorgplan
FWSP	Fédération Wallonne des Soins Palliatifs
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
KUL	Katholiek Universiteit Leuven
CBP	Clinique du Bois de la Pierre
CFS	Clinique de la Forêt de Soignes
GCS	Geriatrisch Centrum Scheutbos

Inhoud

1	Historiek van de palliatieve zorg in SILVA medical	2
2	Fundamentele mythes	4
	2.1. in het algemeen	
	2.2. in SILVA medical	
3	Definitie van palliatieve zorg	5
	3.1. in België	
	3.2. in SILVA medical	
4	Het aanbod van palliatieve zorg	7
	4.1. in België	
	4.2. in SILVA medical	
5	Cultuur en filosofie van palliatieve zorg in SILVA medical	13
	5.1. Cultuur	
	5.2. Filosofie	
6	De positie van euthanasie	14
7	Documenten die helpen om de wensen van de patiënt en de mening van de artsen te kennen	14
8	Beschrijving van het netwerk in een eerder en in een later stadium	15
9	Wat is de toekomst van palliatieve zorg in België ?	18
10	En voor morgen ? Anticiperen ?	19
	10.1. Lopende projecten	
	10.2. Maar ook...	
11	Dankwoord	21

1. HISTORIEK VAN DE PALLIATIEVE ZORG IN SILVA MEDICAL

In de loop van de jaren 1980 worden in België voor het eerst palliatieve zorgen geïntroduceerd door zorgverleners die dankzij het werk van pioniers gesensibiliseerd worden om binnen hun instellingen palliatieve zorg toe te passen. De politieke erkenning gebeurt progressief (jaren '90 en 2000) en concrete maatregelen worden vastgelegd om de toegankelijkheid voor het grootst mogelijk aantal mensen te bevorderen.

SCHEUTBOS

Studiegroep in de jaren '90 bestaande uit een arts, een verpleegkundige, de directie ziekenhuis en rusthuis. Gebruik van de code van de KUL voor therapeutische beperking. Functionele binding met het UZ Brussel en toepassing van de « Advanced care planning »

CLINIQUE D^R DERSCHIED

In de jaren 2000 heeft de Directie een MTPZ in het leven geroepen. Mr Anrys, lid van de Raad van Bestuur, financiert deze instelling.

CLINIQUE DU CHAMP SAINT-ANNE (OCMW)

1996

oprichting van een eenheid van 6 bedden voor palliatieve zorg

1997

Waals Brabant krijgt erkenning voor 12 bedden palliatieve zorg. Het OCMW krijgt er 6.

01/01/98

opening van 6 bedden palliatieve zorg geïntegreerd in de dienst polypathologie (een verpleegkundige-diensthoud en gezamenlijk personeel).

HET BNVTT koopt de 95

revalidatiebedden van Clinique de Champ Sainte-Anne van het OCMW Waver. Geen enkele wijziging in de samenstelling of het functioneren van de palliatieve eenheid.

CLINIQUE DU CHAMP SAINT-ANNE (OCMW)

2002

KB 19/02/2002 : creatie van een mobiele equipe met als taak een palliatief zorglandschap binnen het ziekenhuis te ontwikkelen .

01/01/2002

nieuwe omkaderingsnormen : de eenheid wordt autonoom : één diensthoofd-verpleegkundige - één equipe.

1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003

Palliatieve zorg waren een deel van ons « DNA » vanaf de jaren '90

Verhuis van de 2 sites naar de site van **Clinique du Bois de la Pierre**

Sept 2009

De palliatieve eenheid integreert zijn nieuwe dienst. Geen enkele wijziging in de samenstelling of het functioneren van de eenheid.

Begin 2010

Wijziging van de samenstelling van de mobiele equipe van het ziekenhuis in Clinique du Bois de la Pierre (niet deze van de residentiële dienst) : Dokter Somville, Nathalie Martin, Fabienne Invernizzi en vervolgens Giselda Adinolfi

Januari 2010

Einde van de carrière van het diensthoofd-verpleegkundige, Mevrouw Genicot, die de eenheid uitgebouwd en geleid heeft van 1996 tot 2010.

2011

Het platform van Waals Brabant (Pallium) organiseert een coaching om het netwerk mobiele equipe van Waals Brabant te ontwikkelen. (vergaderingen georganiseerd in onze instelling).

Maart 2012

Valérie Vercoille vervoegt het MTPZ

Sept 2014

Cécile Daoût vervoegt de eenheid voor palliatieve zorg als diensthoofd-verpleegkundige

Jan. 2014

Chantal Lamock wordt benoemd als adjunct-diensthoofd

CLINIQUE DU BOIS DE LA PIERRE

2015

Dokter Schepens treedt toe tot de Residentiële Palliatieve Eenheid als liaisonpsychiater

Juli 2016

Einde van de carrière van Dr Vautrin

September 2016

Komst Dr Corinne Vaysse - Van Oost

Juni 2017

Vertrek Mevr. Cécile Daoût
Oktober 2017 : Komst van Mr Carvalho, DHVPK

SCHEUTBOS

Eind 2015 : studiegroep over « vroegtijdige zorgplanning »

Eind 2016 : bereidheid van de directie om een palliatief zorglandschap te ontwikkelen door per sector referentiepersonen aan te duiden.

De studiegroep heeft op **09/01/2017** een werkdokument overhandigd om de mobiele equipe voor palliatieve zorg op te starten (01/02/2017).

In april 2014 wordt door het BNVTT een nieuwe vzw opgericht, samen met de Stichting voor de Psychogeriatric, die het ziekenhuis Scheutbos beheerde. Deze vzw wordt « SILVA medical » genoemd en is de samenvoeging van de sites ex-Derscheid dat Clinique de la Forêt de Soignes in Waterloo is geworden, de site van Wavre die Clinique du Bois de la Pierre werd genoemd en de site de Scheutbos in Sint-Jans-Molenbeek die Geriatriisch Centrum Scheutbos genoemd wordt.

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

2. FUNDAMENTELE MYTHES OMTRENT PALLIATIEVE ZORG

2.1. Fundamentele mythes omtrent palliatieve zorg in het algemeen

Respect voor het leven, respect voor de mens

Cicely Saunders (pionier) baseert haar ideeën op het principe van respect voor de persoon :

- > prioriteit geven aan het luisteren naar de zieke,
- > respect voor het woord en de wensen van de patiënt,
- > in acht nemen van alle noden die te maken hebben met afhankelijkheid van zorg,
- > het principe van oprechtheid t.a.v. de ziekte.

Respect voor het leven, respect voor de dood

Volgens de WGO : « is het leven geen absoluut goed en is de dood geen absoluut kwaad »

Respect van de persoon, respect voor zijn naasten

Het voorstel om rekening te houden met het lijden van de sociale groep en niet alleen met de zieke, is een nieuwe attitude. Vandaag erkennen we dat de benadering van de dood een bron is van lijden binnen de sociale groep. De zieke staat hier centraal. En rekening houden met het lijden van deze groep leunt volledig aan bij de zorg voor de zieke.

Het integreren van de doden in de leefwereld van de levenden

Professionaliseren, erkennen en uitbreiden stervensbegeleiding

2.2. Fundamentele mythen van palliatieve zorgen van Silva medical

In de schoot van onze instellingen die de vzw Silva medical na de fusie gevormd hebben, bestonden er :

Twee stedelijke projecten, opgezet met de bedoeling een dienst te bewijzen aan de plaatselijke bevolking :

- > *In Scheutbos* : Stichting van openbaar nut, gesticht door privaat initiatief van Dokter Van Droogenbroeck (1968). Gericht op psychogeriatric (Stichting voor de psychogeriatric) en de facto « een palliatief zorglandschap », omwille van patiënten met dementiële en/of ongeneeslijke pathologieën die er opgenomen worden.
- > *In Clinique du Champ Sainte Anne* : Stad Wavre. Palliatieve zorgen bevestigen het leven en beschouwen de dood als een normaal proces. Het normaal stervensproces wordt niet versneld noch uitgesteld. Palliatieve zorgen hebben als doel de best mogelijke levenskwaliteit te behouden tot aan de dood (1998). Het is eveneens de eerste dienst voor palliatieve zorgen, door leken opgericht.

Een project gebaseerd op het professionaliseren van stervensbegeleiding

Op initiatief van de verantwoordelijken, om aan alle patiënten van het ziekenhuis een waardige en respectvolle begeleiding aan het einde van hun leven te bieden

- > *Clinique du Docteur Derscheid* : Initiatief van Mr Henry Anrys (bestuurder) Met het toegekende forfaitair bedrag een team samenstellen om het palliatief zorglandschap te helpen, te omkaderen en te ontwikkelen.

Les soins palliatifs sont nés d'une révolte : celle de soignants qui se sont battus pour que les mourants ne soit pas oubliés au fond d'un lit mais soignés jusqu'au bout...

Les soins palliatifs sont-ils un caillou dans la chaussure de la société ou au contraire en faisons-nous la pierre angulaire, celle qui si on l'enlève fait s'écrouler tout l'édifice ? ...

3. DEFINITIE VAN PALLIATIEVE ZORG

3.1. In België

Vóór 2016

> Uittreksel uit de wet met betrekking tot palliatieve zorgen van **14 juni 2002**: [\(bijlage 1\)](#)

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002061446&table_name=loi

De **Belgische wetgeving** omschrijft duidelijk de palliatieve zorgen als

« alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. Voor de begeleiding van deze patiënten wordt multidisciplinaire totaalzorg gewaarborgd op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en desgevallend spiritueel vlak. De belangrijkste doelstelling van palliatieve zorg is de zieke en zijn naasten een zo goed mogelijke levenskwaliteit en een maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn naasten en mantelzorgers voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren. »

In 2016

> De verruiming van de definitie “palliatieve zorg” is van kracht vanaf **8 september 2016, MAAR** opdat het nieuwe artikel 2 van deze wet optimaal zijn vruchten zou afwerpen, moeten wij de van kracht zijnde wetgeving hieromtrent afwachten :

(Wet van 21 juli 2016 tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg (KB 29/08/2016). [\(bijlage 2\)](#))

<http://www.ejustice.just.fgov.be/...>

Wat zal er veranderen ?

> Het belangrijkste voordeel van de wijziging van artikel 2 van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg bestaat uit het feit dat palliatieve zorg niet enkel voorbehouden is voor « terminale patiënten » maar eveneens voor

« ... elke patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte ».

> Men was effectief op de hoogte van de terughoudendheid van bepaalde geneesheren om een patiënt het statuut “palliatief” toe te kennen, aangezien één van de voorwaarden was dat **« de patiënt een levensverwachting had van één dag en minder dan 3 maand... »** Dit was moeilijk te bepalen door een arts enerzijds en voor de patiënt en zijn naasten was het anderzijds moeilijk om plots met een bruuske en onverbidde termijn geconfronteerd te worden.

Voortaan mogen « palliatieve zorgen » opgestart worden, ongeacht de levensverwachting van de patiënt, dus zelfs tijdens de behandeling.

> **De bepaling « familie » werd uitgebreid naar « naasten en mantelzorgers »** : het gaat hier min of meer over het in overeenstemming brengen met de wet van 12 mei 2014 met betrekking tot de erkenning van het statuut van de mantelzorger die een persoon met grote zorgbehoefte bijstaat.

3.2. In SILVA medical

SILVA medical sluit zich aan bij de definitie van de Belgische wetgeving.

« Onder palliatieve zorg wordt verstaan : het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo goed mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren, en dit van zodra de patiënt zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. »

In de praktijk wordt de patiënt geïdentificeerd dankzij allerlei hulpmiddelen.

Bovendien willen wij bepaalde valkuilen vermijden die kunnen leiden tot een slechte doorverwijzing van de patiënt, bijvoorbeeld :

- > de patiënt is niet op de hoogte van het feit dat men hem in een palliatieve afdeling heeft ondergebracht ;
de arts transfereert de patiënt in de pré-terminale fase te laat naar palliatieve zorg, hetgeen slecht ervaren wordt door de familie en pijnlijk/verwarrend is voor de patiënt
- > de transfer gebeurt te snel waardoor de voorbereiding van de patiënt en zijn familie onmogelijk gemaakt wordt.

Ons verplegend personeel wordt bijgevolg aangespoord om meerdere hulpmiddelen te gebruiken die hen in staat stellen te bepalen of de patiënt al dan niet palliatieve zorg nodig heeft.

(In bijlage 3: PICT-schaal – in bijlage 4: Pallia-10 schaal)

De terminale fase van de ziekte van de patiënt bepalen wordt alsmaar moeilijker, bijvoorbeeld een hartpatiënt die overlijdt had vaak een levensverwachting van 6 maand de dag vóór zijn overlijden.
3 patiënten op 10 overlijden binnen de 8 dagen na opname op palliatieve zorg.

4. HET ZORGAANBOD IN PALLIATIEVE ZORG

4.1. In België, in de ziekenhuizen :

- > ieder ziekenhuis moet een palliatieve ziekenhuisfunctie aanbieden, georganiseerd binnen een mobiele equipe, waarvan de normen vastgelegd werden in het K.B. van 15 juli 1997 (bijlage 5)
- > bepaalde ziekenhuizen zijn erkend voor een gespecialiseerde Sp-dienst voor palliatieve zorg die uit minimum 6 en maximum 12 bedden bestaat: wet op de ziekenhuizen-specifieke normen-Index Sp 379 bedden "Sp4" werden erkend, waarvan 54 in Brussel en 12 in Waals Brabant, waarvan 6 voor Clinique du Bois de la Pierre (bijlagen 6 en 6 bis)

4.2. In SILVA medical

- > RPE (residentiële palliatieve eenheid)
- > MTPZ Clinique du Bois de la Pierre – Clinique de la Forêt de Soignes
- > MTPZ Ziekenhuis Scheutbos

zorgaanbond palliatieve zorg silva medical

Palliatieve zorg stelt een globale en interactieve begeleiding voor aan de persoon die lijdt aan een ongeneeslijke evolutieve en/of terminale aandoening

	Residentiële palliatieve eenheid	Mobiele Equipe Palliatieve Zorg	
	Clinique du Bois de la Pierre	Cliniques du Bois de la Pierre et de la Forêt de Soignes	Ziekenhuis Scheutbos
OMSCHRIJVING	Ziekenhuisafdeling met 6 bedden Gemiddelde verblijfsduur tussen 15 à 20 dagen	De mobiele equipes voor palliatieve zorg van het ziekenhuis zijn multidisciplinaire teams van de tweede lijn , die interveniëren als aanvulling van de verpleegkundigen en de artsen van de eerste lijn, en dit in samenspraak met deze laatsten.	
SPECIFIEKE KENMERKEN	De afdeling is toegankelijk voor terminale patiënten waarvoor de zorg noch thuis noch in een andere ziekenhuisafdeling mogelijk is . Medische en technische zorgen worden in de afdeling verleend. Zij ressorteren onder palliatieve geneeskunde , verpleegkundige zorgen en ondersteuning op hoog niveau, met respect voor de autonomie van de patiënt en zijn eigen tempo . Het kader van deze voorzieningen moet uitnodigend zijn en zoveel mogelijk de huiselijke sfeer benaderen.	De mobiele equipe voor palliatieve zorg oefent een sectoroverschrijdende activiteit uit op het vlak van ondersteuning en advies in elk ziekenhuis en verplaatst zich naar het bed van de patiënt en naar het zorgpersoneel toe, op vraag van de professionele hulpverleners. De leden van het team oefenen geen directe medische activiteiten uit (geen vervanging bijvoorbeeld van de verschillende professionele zorgverstrekkers). De zorgverantwoordelijkheid berust bij de arts die de patiënt opvolgt. Deze teams laten de zieken toe in dezelfde afdeling te blijven en door dezelfde zorgverleners verzorgd te worden.	
DOEL-STELLINGEN	De doelstellingen : <ul style="list-style-type: none"> – het optimaliseren van de levenskwaliteit van de patiënt, – het bevorderen van de autonomie van de patiënt en zijn naasten , – het respecteren van de dynamiek binnen een familie. Aandacht wordt geschonken aan : <ul style="list-style-type: none"> – het fysiek aspect (pijn en andere symptomen met betrekking tot het levenseinde), – het psychologisch aspect, – het sociaal aspect, – het moreel en spiritueel aspect. 		

	Residentiële palliatieve eenheid	Mobiële Equipe Palliatieve Zorg	
	Clinique du Bois de la Pierre	Cliniques du Bois de la Pierre et de la Forêt de Soignes	Ziekenhuis Scheutbos
WERKWIJZE	<ul style="list-style-type: none"> interdisciplinaire totaalzorg overleg om de toestand te verduidelijken, teneinde bij te dragen tot een aangepaste medische beslissing samenwerking tussen alle teamleden 	<ul style="list-style-type: none"> interdisciplinaire totaalzorg overleg met de verantwoordelijke arts van de patiënt en van het zorgteam, om de toestand te verduidelijken teneinde bij te dragen tot een aangepaste medische beslissing. samenwerking met de teams op het terrein 	
OPDRACHTEN	<ul style="list-style-type: none"> het verlichten van pijnlijke symptomen het verbeteren van de levenskwaliteit de ondersteuning van de patiënt en zijn naasten ondersteuning van de familie, soms ook na het overlijden van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> een « palliatief zorglandschap » binnen het ziekenhuis ontwikkelen waarbij de patiënt centraal staat. advies uitbrengen aan de directie van het ziekenhuis omtrent het te voeren beleid, het verlichten van een hele reeks symptomen (nausea, anorexie,...), het gebruik van speciaal materiaal (pijnpomp,...) en psychologische en morele ondersteuning bieden aan de palliatieve patiënt. waken over het respecteren van de keuze van de patiënt wat betreft zijn levenseinde en de continuïteit van de zorgverlening bij zijn transfer (naar een instelling of naar huis), door de communicatie tussen de verschillende betrokkenen te bevorderen zorgen voor voortgezette opleiding van de eerstelijns zorgverleners met betrekking tot palliatieve zorg ondersteuning en een luisterend oor bieden aan de patiënt, aan zijn familie en aan het zorgteam in samenwerking met het plaatselijk team : <ul style="list-style-type: none"> verlichting van pijnlijke symptomen verbeteren van de levenskwaliteit begeleiding van de patiënt en zijn naasten ondersteuning aan de familie/naasten, vaak ook na het overlijden van de patiënt 	

	Residentiële palliatieve eenheid	Mobiële Equipe Palliatieve Zorg	
	Clinique du Bois de la Pierre	Cliniques du Bois de la Pierre et de la Forêt de Soignes	Ziekenhuis Scheutbos
OPNAME-CRITERIA	<p>Welke patiënten ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Patiënten die lijden aan een ernstige, ongeneeslijke, evolutieve ziekte, in een vergevorderd of terminaal stadium ✓ Patiënten die in een acute fase komen ✓ wanneer de naasten/ het personeel van de thuiszorg nood hebben aan een adempauze ✓ wanneer men een beter levenseinde wil bieden in een complexe situatie <p><u>Opnamecriteria</u> Concreet worden in een Palliatieve Eenheid patiënten opgenomen die lijden aan een ernstige, ongeneeslijke en evolutieve ziekte in een vergevorderd of terminaal stadium, en meer bepaald in volgende gevallen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Om een acute fase door te komen. In een onstabiele fase van de ziekte (meerdere en onvoorziene onderzoeken) of bij symptomen die zeer moeilijk te behandelen zijn (verwardheid, onrust, angst, braken, constipatie, ernstige dyspnoe,...) Deze patiënten worden opgenomen met het perspectief ontslagen te worden wanneer de verstrekte ondersteuning leidt tot een stabilisatie van de klinische toestand van de patiënt . ✓ Patiënten in palliatieve fase, herstellend van een acute complicatie, die een periode van revalidatie en organisatie nodig hebben vooraleer ze terugkeren naar huis of in een woonzorgcentrum worden geplaatst. ✓ Patiënten in palliatieve fase die zwaar gehandicapt zijn door een denegeratieve neurologische of neoplastische aandoening die thuis verblijven in moeilijke omstandigheden, om aan de naasten of aan het personeel van de thuiszorg een adempauze te bieden. Voor deze 3 criteria laat de netwerkvorming toe dat de patiënt aangesterkt en veilig naar zijn vertrouwde omgeving terugkeert. ✓ Terminale patiënten die zich in een moeilijke situatie bevinden als gevolg van een opeenstapeling van pijnlijke symptomen en/ of kwetsbaarheid van zijn naasten, waarvoor begeleiding en ondersteuning door een ervaren pluridisciplinair team en geschoolde vrijwilligers voor dit soort van begeleiding noodzakelijk is. 	<p><u>Clinique du Bois de la Pierre</u> <u>In theorie</u> : de artsen, de zorgverstrekkers, het pluridisciplinair team, de patiënt, de familie of andere naaste kunnen beroep doen op het MTPZ (cfr. Folder in bijlage).</p> <p><u>In de praktijk</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aanvraag door de algemeen geneesheer of door de psycholoog : bijgevolg is er overleg binnen het team en volgt de beslissing om het MTPZ in te schakelen. ✓ De verpleegkundigen van het MTPZ die werken in de zorgeenheid, hebben de mogelijkheid de hulp van de verantwoordelijke verpleegkundige in te roepen, die op haar beurt de arts zal contacteren. ✓ er zijn verschillende types van opvolging (ondersteunende zorgen, oncologische, andere,... (zie bijlage 8) ✓ Wanneer de vraag tot euthanasie of een andere ethische kwestie uitgaat van de patiënt <p><u>Clinique de la forêt de Soignes</u> <u>In theorie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ elke patiënt die als « palliatief » beschouwd wordt, kan beroep doen op de omkadering van het MTPZ. <p><u>In de praktijk</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Na overleg tussen de teams en na akkoord van de patiënt en zijn familie, wanneer de « somatische » zorgen te aanzienlijk worden, zal een transfer naar de RPZ van Waver voorgesteld worden. 	<p><u>Ziekenhuis Scheutbos</u> Procedure beroep doen op palliatief team (zie bijlage 7)</p>

	Residentiële palliatieve eenheid	Mobiële Equipe Palliatieve Zorg	
	Clinique du Bois de la Pierre	Cliniques du Bois de la Pierre et de la Forêt de Soignes	Ziekenhuis Scheutbos
SAMEN- STELLING	<p>Arts Een deeltijdse arts.</p> <p>Zorgteam</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Normen : 1,5 FTE verpleegkundige/ bed en 3 FTE zorgkundigen ✓ 11 verpleegkundigen waarvan 8 gegradueerde en 7 personen met een kwalificatie in palliatieve zorg <p>Een uitgebreid pluridisciplinair team Samengesteld uit kinesisten, psychologen, sociaal assistenten, een liaisonpsychiater, een verpleegkundige gespecialiseerd in esthetische verzorging en een kinesist, opgeleid om hypnose toe te passen.</p> <p>Team van vrijwilligers Acht personen worden opgeleid voor begeleiding en ondersteuning. Dit is een ook zeer waardevolle steun voor de begeleiding van de naasten (indien gewenst). De vrijwilligers staat ook ter beschikking van patiënten van andere eenheden, opgevolgd door het MTPZ. Zij worden omkaderd door het diensthoofd-verpleegkundige, de arts en de coördinator van de vrijwilligers. Zij organiseren een maandelijks overlegmoment.</p> <p>Diversen Aanbod van verschillende diensten zoals fasciatherapie, hypnose, relaxatiemomenten, massage, rouwverwerking...</p> <p>Overige betrokkenen</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dienst Diëtetik: verscheidenheid aan keuze van menu's, rekening houdend met de tegenzin van patiënten (chemo) of mogelijkheid om ijsjes, cola, bier NA te verkrijgen = « lekkernijen ». ✓ Verpleegkundige opgeleid in « esthetische verzorging en welzijn » : komt tussen op vraag van het zorgteam ✓ Dienst Ergotherapie: wordt gevraagd wanneer de patiënt terugkeert naar huis of wanneer het verblijf van de patiënt moet heringericht worden. ✓ Dienst Kinesithérapie : wordt geval per geval bekeken. Mogelijkheid om sessies fasciatherapie te bieden ✓ Sociale Dienst: opstarten van RAD (palliatief forfait, beroep doen op tweedelijns hulp). ✓ Dienst Kapster : indien de patiënt niet naar het kapsalon kan komen : kapster gaat langs op de kamer op vraag van het zorgteam ✓ Religie: vertegenwoordigers van religieuze, lekenorganisaties enz.. kunnen opgeroepen worden. Het mortuarium werd heringericht en heeft een onthaalruimte. ✓ Rituelen : er bestaat een boek « Herinneringen » in elke afdeling. De mogelijkheid wordt aan de families geboden om hun begrafenisrituelen te beoefenen. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ een arts-internist. ✓ een psycholoog (met opleiding hypnose). ✓ een arts met opleiding "EOL"(End of Life) ✓ een kinesitherapeut op aanvraag (fascia - hypnose....) ✓ 2 verpleegkundigen gespecialiseerd in PZ. <p>Overige betrokkenen</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dienst Diëtetik: verscheidenheid aan keuze van menu's, rekening houdend met de tegenzin van patiënten (chemo) of mogelijkheid om ijsjes, cola, bier NA te verkrijgen = « lekkernijen ». ✓ Dienst Ergotherapie: wordt gevraagd wanneer de patiënt terugkeert naar huis of wanneer het verblijf van de patiënt moet heringericht worden. ✓ Dienst Kinesithérapie : wordt geval per geval bekeken. Mogelijkheid om sessies fasciatherapie te bieden ✓ Sociale Dienst: opstarten van RAD (palliatief forfait, beroep doen op tweedelijns hulp). ✓ Dienst Kapster : indien de patiënt niet naar het kapsalon kan komen : kapster gaat langs op de kamer op vraag van het zorgteam ✓ Religie: vertegenwoordigers van religieuze, lekenorganisaties enz.. kunnen opgeroepen worden. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Een arts « leif-arts » (Levens Einde Informatie Forum). ✓ een psycholoog. ✓ een kinesitherapeut. ✓ 4 verpleegkundigen ✓ (met opleiding palliatieve zorg). <p>Overige betrokkenen : De verschillende diensten kunnen tussenkomen op vraag van het team zoals op de site Forêt de Soignes</p>

	Residentiële palliatieve eenheid	Équipe mobile de soins palliatifs	
	Clinique du Bois de la Pierre	Cliniques du Bois de la Pierre et de la Forêt de Soignes	Clinique du Scheutbos
ORGANISATIE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bezoek families 24u/24u, volgens de erkenningsnormen. ✓ Dagelijks multidisciplinaire vergaderingen : het zorgplan is individueel en wordt regelmatig aangepast, in functie van de evolutie van de gezondheidstoestand en de keuze van de patiënt. ✓ Wekelijks multidisciplinaire staffvergadering (dinsdag) indien nodig met de liaison-psiater ✓ Samenwerking met externe netwerken (DOMUS.....) voor de voorbereiding van terugkeer naar huis ✓ Ethische benadering en, in uitvoering, studie over een procedure omtrent aanvraag euthanasie, pluridisciplinaire teamvergaderingen : 4 tot 5x/jaar, overlegmomenten ✓ 16u/jaar bijscholing « Actualisering in de palliatieve zorg » voor het verzorgend en verplegend personeel, volgens de erkenningsnormen : 8 u interne opleiding en 8 u externe. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ondersteuning en begeleiding van de vrijwilligers en de familie/naasten, van de teams, rouwverwerking, zelfs na het overlijden : op afspraak (na telefonisch contact). ✓ Specifieke rol van iedereen om ten allen tijde bereikbaar te zijn voor het MTPZ in geval van afwezigheid van de één of de andere ✓ 1 Staffvergadering per week van het MTPZ. ✓ Samenwerking met externe netwerken (DOMUS) voor de voorbereiding van terugkeer naar huis 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ondersteuning en begeleiding van de patiënt, zijn naasten, van de teamleden, rouwverwerking bij de naasten, zelfs na het overlijden : op afspraak (na telefonisch contact). ✓ Specifieke rol van iedereen om ten allen tijde bereikbaar te zijn voor het MTPZ in geval van afwezigheid ✓ 1 Staffvergadering per maand van het MTPZ. ✓ Samenwerking met externe netwerken (DOMUS,) voor de voorbereiding van terugkeer naar huis
ARCHITECTUUR EN UITRUSTING	<p>De dienst beantwoordt aan de architecturale normen en regels voor opvang van familieleden :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afdeling met eetzaal-keuken, salon en ontspanningsruimte voor de families ✓ Eénpersoonskamer (prijs van gemeenschappelijke kamer) met sanitaire voorzieningen, TV, materiaal om muziek te beluisteren, WI-FI, bedden met comfortabele matrassen, airco ✓ een speelhoek voor kinderen ✓ een terras, toegankelijk voor bedden ✓ een ruime badkamer om ontspanningsmomenten te ondersteunen ✓ bedden voor familieleden die wensen te overnachten - rooming 	<p>Het MTPZ beschikt over :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 injectiepompen ✓ audiomateriaal – CD's met relaxerende muziek ✓ indien nodig : mobiel aircotoestel 	<p>Het MTPZ beschikt over :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 injectiepomp ✓ een opklapbed voor familielid (indien nodig) ✓ mobiel aircotoestel (indien nodig)
TRANSFER NAAR ANDERE DIENSTEN	<p>Het transfer van een patiënt, onder begeleiding van een lid van het MTPZ, kan georganiseerd worden naar een RPE, in samenspraak met de patiënt, de familie en de teams.</p>		



5. PALLIATIEF ZORGLANDSCHAP EN FILOSOFIE VAN PALLIATIEVE ZORG IN SILVA MEDICAL

5.1 Palliatief zorglandschap

Elke instelling die deel uitmaakt van SILVA medical (Stichting voor de Psychogeriatric, Derscheid, Champ Sainte Anne) had reeds vóór 2000 een bepaalde aanpak ontwikkeld over waardig en respectvol sterven.

Het is volkomen normaal dat palliatieve zorg geprofessionaliseerd en verder ontwikkeld werd binnen onze instellingen.

In 2002 heeft België drie wettelijke kaders betreffende stervensbegeleiding: [\(zie bijlage 9\)](#)

- > 28 mei 2002 : de Wet betreffende euthanasie
- > 14 juni 2002 : de Wet betreffende palliatieve zorg
- > 22 augustus 2002 : de Wet betreffende de rechten van de patiënt

Vanaf dat moment zal iedere zorgverlener die met het levenseinde van een patiënt geconfronteerd wordt zich kunnen beroepen op deze wetteksten: de patiënt heeft rechten, de zorgverlener ook. Zodoende kan een arts niet verplicht worden euthanasie toe te passen indien zijn filosofische overtuigingen hiermee niet overeenstemmen. Derhalve hebben zich in België 2 culturele stromingen ontwikkeld die lijnrecht tegenover elkaar staan:

- > de ene geeft aan dat palliatieve zorgen toegespitst moeten blijven op begeleiding naar het einde toe, zonder ooit het overlijden te veroorzaken en verbiedt bijgevolg dat elke handeling met betrekking tot euthanasie integraal deel zou uitmaken van palliatieve zorgen
- > de andere staat open voor het idee dat euthanasie een plaats kan innemen in het proces « continue palliatieve zorgen », waarbij euthanasie als het ware de ultieme handeling bij stervensbegeleiding zou zijn.

SILVA medical heeft een standpunt ingenomen en beslist om de patiënt de mogelijkheid te geven een euthanasieverzoek in te dienen binnen het wettelijk kader.

Geen enkele arts is verplicht om euthanasie toe te passen, maar in tegenstelling tot hetgeen door de wet vastgelegd werd, is het niet de taak van de patiënt om een arts te vinden die zijn akkoord zou geven: in de schoot van SILVA medical moet de arts, die op de hoogte is van het verzoek tot euthanasie, zich richten tot een confrater die ermee instemt de zaak in handen te nemen.

Desalniettemin willen wij ons indekken voor mogelijke afwijkingen en aanvaarden wij bijgevolg de term « akte van euthanasie » niet als reden van opname: een patiënt zal steeds opgenomen worden hetzij voor revalidatie, hetzij voor palliatieve zorg. Indien tijdens het verloop van de hospitalisatie zou blijken dat het verzoek tot euthanasie ontstaat, zal dit verzoek aanhoord en ondersteund worden, en dit binnen het wettelijk kader.

5.2 Filosofie van palliatieve zorg in SILVA medical

In dit zorglandschap zou de filosofie omtrent palliatieve zorg in SILVA medical de volgende zijn:

Met het oog op de welwillendheid en samenwerking tussen alle betrokkenen:

- > *Wij beschouwen de patiënt als een volwaardig wezen, die tot het einde van zijn leven bepaalde noden, rechten en plichten heeft en dit gedurende de continuïteit van de zorgverlening.*
- > *Wij respecteren de geloofsovertuigingen, de rituelen, de culturele, persoonlijke en sociale waarden van de patiënt en zijn naasten.*
- > *Tijdens het verloop van de opname waken wij erover dat de patiënt geïnformeerd wordt zodat hij weloverwogen beslissingen kan nemen en zijn wensen en wil kan uitdrukken, en dit binnen het wettelijk kader.*
- > *Wij garanderen een constante pluridisciplinaire evaluatie waarbij de curatieve en palliatieve methoden geïntegreerd worden.*
- > *Wij willen de aanzet tot discussie geven omtrent ethische thema's zodat het respect voor de waarden door de zorgverleners in stand gehouden wordt.*

6. DE POSITIE VAN EUTHANASIE

De filosofie van SILVA medical bestaat erin dat euthanasie een plaats heeft binnen het kader van « palliatieve en continue zorg ».

Het wettelijk kader zal in alle gevallen verplicht gerespecteerd worden.

De wil van de patiënt en zijn familie zal gerespecteerd worden in de mate van onze mogelijkheden.

Wij zullen het welzijn van de zorgverleners en andere betrokkenen vrijwaren door te weigeren dat euthanasie de enige reden tot opname zou zijn.

[\(Procedure in bijlage 10\)](#)

7. DOCUMENTEN DIE HELPEN OM DE WENSEN VAN DE PATIËNT EN DE MENING VAN DE ARTS TE KENNEN

De wensen van een patiënt kennen in verband met zijn levenseinde is een prioriteit binnen SILVA medical.

Wij streven ernaar om de wensen van de patient te respecteren, in de mate van het mogelijke en binnen het wettelijk kader.

Vandaar dat wij, wanneer een patiënt in onze instellingen opgenomen wordt, proberen zo snel mogelijk met de patiënt hierover van gedachten te wisselen.

Wij streven er ook naar om de mening van de medische teams te kennen die de patiënt verzorgd hebben vóór zijn hospitalisatie in onze instelling teneinde een zo goed mogelijk inzicht te krijgen over zijn levensverwachtingen.

Om deze doelstellingen te verwezenlijken (wil van de patiënt, medische advies) worden verschillende documenten in de ziekenhuizen en Woonzorgcentra gebruikt.

Wij hebben ons documenten aangepast:

> Het therapeutisch project [\(zie bijlage 11\)](#)

- ✓deze wordt zo snel mogelijk ingesteld teneinde iedereen gerust te stellen.
- ✓Het is VAN ESSENTIEEL BELANG dat deze door een arts ingevuld wordt met de vermelding of de patiënt moet gereanimeerd worden, of er hartmassage moet toegepast worden en of de MUG moet opgeroepen worden.
- ✓De arts vermeldt of de patiënt wenst overgebracht te worden naar een acuut ziekenhuis indien zijn toestand ernstig zou achteruitgaan.
- ✓Wij bespreken met de patiënt of hij parenterale voeding wenst, transfusies, dialyse, maagsonde, gastrostomie, antibiotica of palliatieve zorg.
- ✓De arts vermeldt op dit document aan wie al deze gegevens en informatie werden doorgespeeld (aan de patiënt, zijn familie, behandelend arts) + mogelijkheid om de reden te noteren van het niet doorgeven van deze informatie.
- ✓De arts vermeldt de namen van het medisch personeel die samengewerkt hebben om dit document op te stellen.
- ✓Het document kan op elk moment gewijzigd of aangepast worden.

> Advanced Care Planning [\(zie bijlage 12\)](#)

> VZP (vroegtijdige zorg planning) [\(zie bijlage 13\)](#)

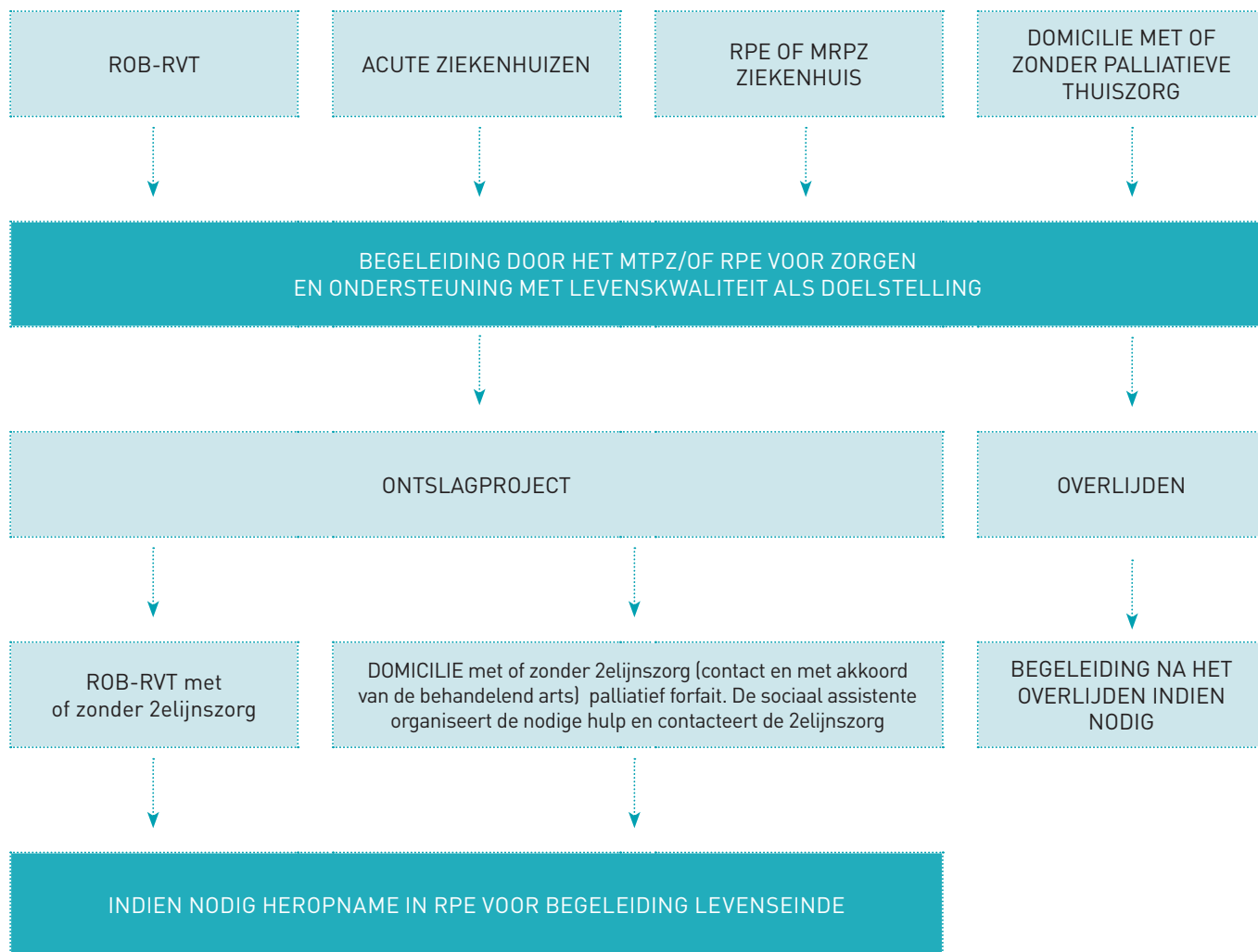
Verplicht in Woonzorgcentra.

> Voorafgaande verklaring [\(zie bijlage 14\)](#)

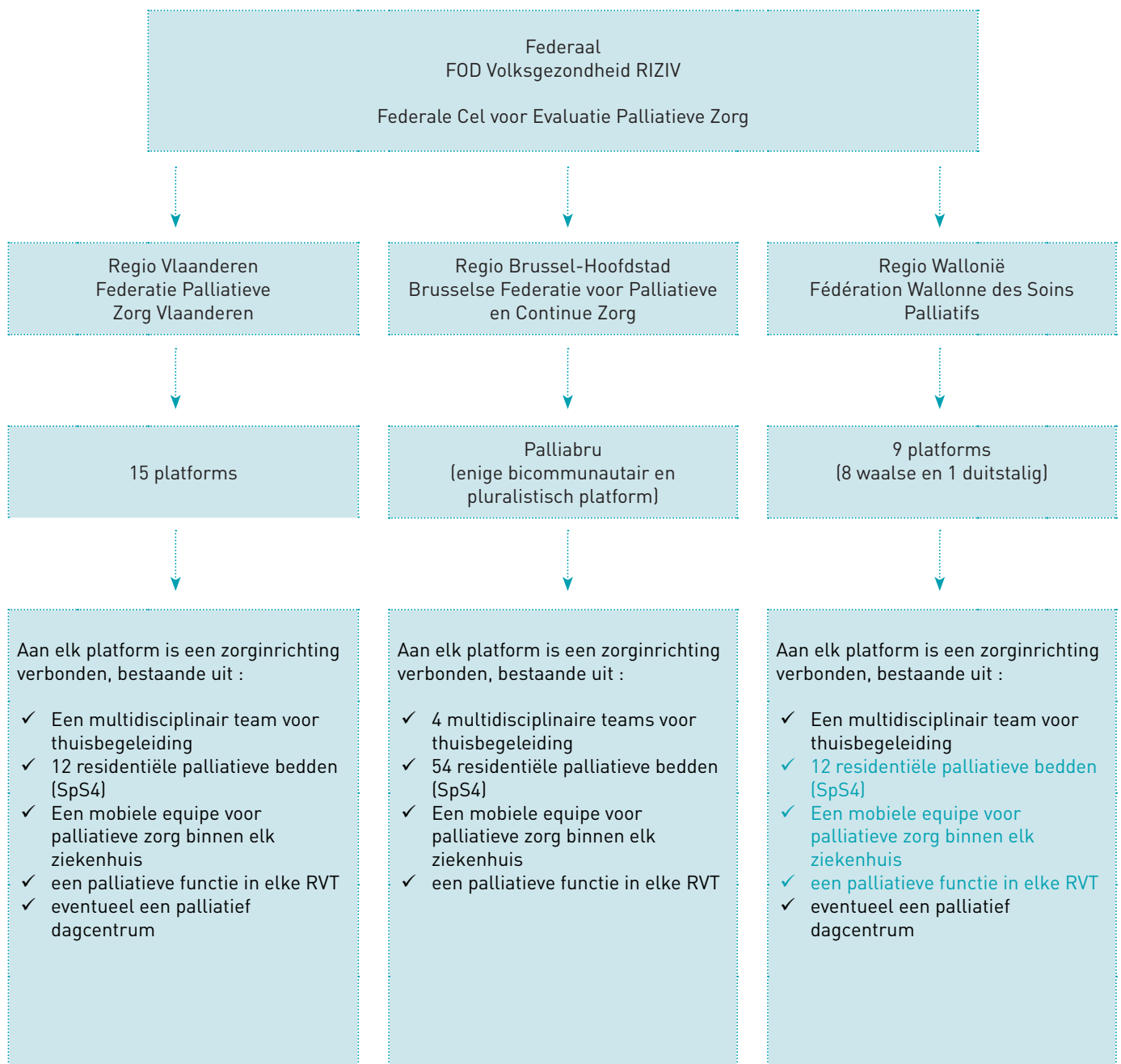
Dit is een document dat de patiënt eerder heeft opgesteld, vóór zijn hospitalisatie, dat is toevertrouwd aan zijn behandelend arts of aan zijn familie.

8. BESCHRIJVING VAN HET NETWERK

8.1. Herkomst van de begunstigden en zorgtraject



8.2. Netwerk in een later stadium



8.3. De actoren in de praktijk

De federaties

De beleidsmakers zijn van essentieel belang wanneer we spreken over palliatieve zorgen. Wat ook het beleidsniveau is (federaal, regionaal, provinciaal of gemeentelijk), de platformen voor palliatieve zorg vinden in deze vertegenwoordigers een belangrijke partner, zowel in het kader van subsidiëring, het nemen van nieuwe initiatieven of logistieke ondersteuning.

De platforms

Dit zijn overlegplatforms met als doel het palliatief zorglandschap te ondersteunen bij personen in hun laatste levensfase. De platforms informeren en sensibiliseren de bevolking en geven opleidingen aan professionals en vrijwilligers.

- > Er zijn 25 platforms in België: 8 in de waalse regio, 1 in de duitstalige regio, 1 in de regio Brussel en 15 in Vlaanderen.
- > Vaak is het platform en ondersteunend team = één enkele vzw.
- > Soms zijn het 2 afzonderlijke vzw's in samenwerkingsverband

Thuiszorg

De ondersteunende teams

- > Zij zijn pluridisciplinair en samengesteld uit een arts, verpleegkundigen, psychologen, vrijwilligers en eventueel paramedici.
- > Zij zijn gespecialiseerd en samengesteld uit medisch personeel met opleiding in palliatieve zorg. Zij stellen hun expertise ter beschikking van algemeen geneesheren en andere hulp- en/of zorgverleners.

Eerstelijnsinterventie

- > Het team wordt ingeschakeld NAAST de dagelijkse hulpverleners van de patiënt. Dit team kan thuis, in rusthuis of RVT, en PVT, in psychiatrische ziekenhuizen, in beschermde werkplaatsen of in elke andere residentiële instelling ingezet worden.
- > De behandelend arts is de referentiepersoon om de patiënt thuis te laten verzorgen. Zijn toestemming is vereist om tussenkomst van het ondersteunend team in te schakelen.
- > Gratis zorgen, 24 u/24u bereikbaar.

Ter informatie:

- > Thuis: het « palliatief statuut » opent het recht op verschillende voordelen: een uitkering van 647,16 € (op 01/01/2015) éénmalig herzienbaar na de 1e maand. De rechthebbende betaalt geen eigen bijdrage voor verpleegkundige zorgen (24u/24 u), de kineprestaties worden volledig terugbetaald. Deze maatregelen zijn NIET BEPERKT tot 2 maand, vandaar dat het belangrijk is ruim van tevoren het palliatief statuut aan te vragen (door de desbetreffende formulieren in te vullen).
- > In RVT of andere (zie hoger) is er een volledige terugbetaling van de prestaties door algemeen geneesheren (desbetreffende formulieren invullen)
- > Bron: www.soinspalliatifs.be

9. TOEKOMST VAN DE PALLIATIEVE ZORG : ANTICIPEREN OP DE EVOLUTIES

9.1 Op federaal niveau

Een reeks elementen kunnen een impact hebben op de toekomst van de palliatieve zorg



9.2 Op regionaal niveau

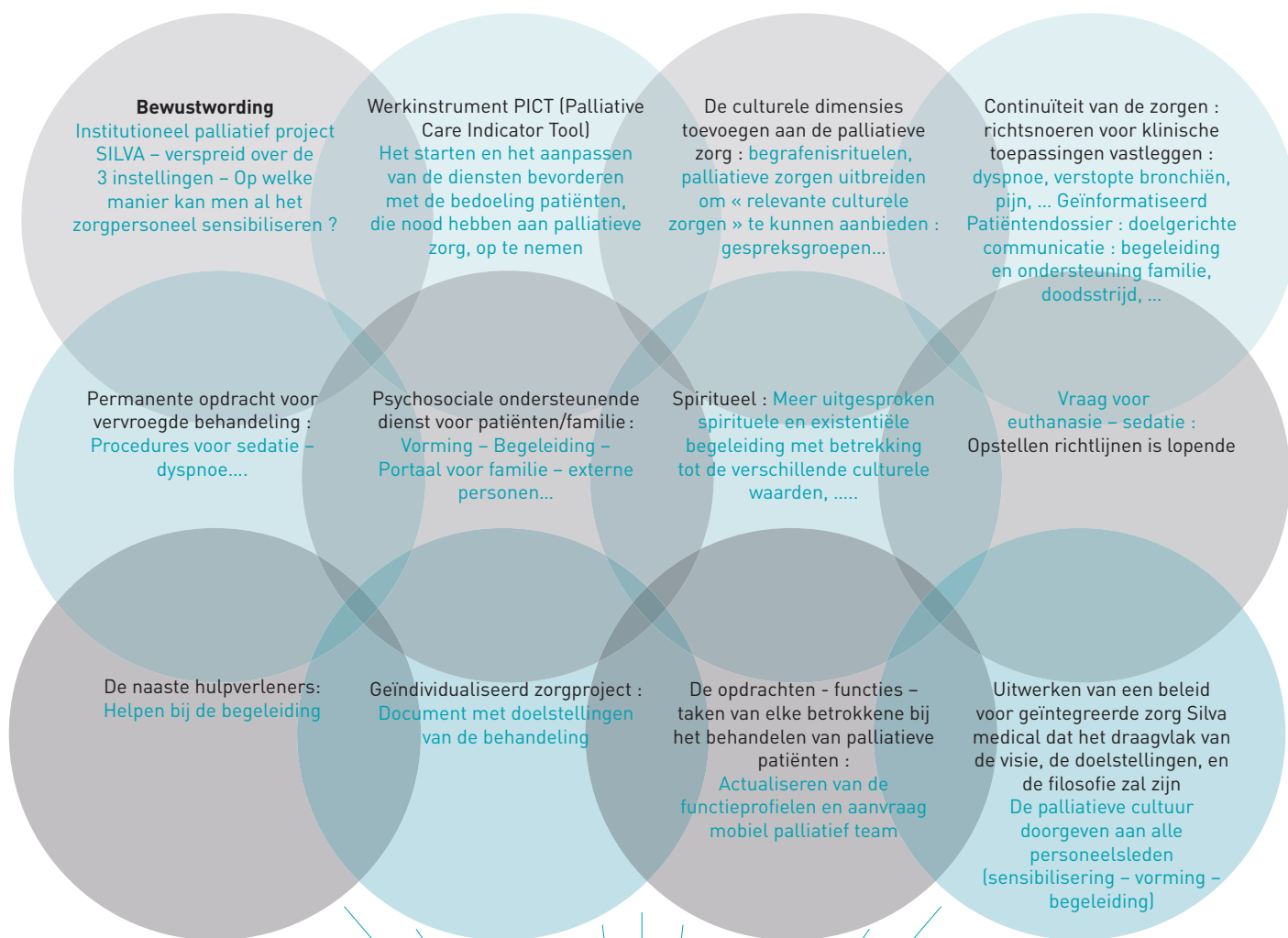
De Regio zal het verzamelpunt betekenen voor de deskundigheid van de palliatieve netwerken, terwijl de regionale platforms en de ondersteunende teams voor palliatieve thuiszorg tot op vandaag geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden door de federale regering.

De 3 verenigingen voor palliatieve zorg maken zich zorgen – naast de eventuele wijzigingen in de regelgeving en praktische implicaties voor de patiënten – over het behoud van hun werkmiddelen.

De Waalse Federatie voor Palliatieve Zorg onderlijnt in een recente nota dat haar teams daardoor met een stijgende werkdruk worden geconfronteerd ; de demografische evolutie brengt een stijging in aantal en een diversiteit in het verstrekken van palliatieve zorg met zich mee.



10.1. Op niveau van SILVA medical zijn er verschillende lopende projecten om het huidig aanbod te verbeteren :



Een persoon opleiden in ethiek om de standpunten van het Ethisch Comité te versterken en ondersteuning te bieden bij ethische bezinning.

(bijlage 15)



SILVA medical

10.2. Maar ook :

Los van het uitwerken van dit project had de groep graag de wijzigingen op de sites onderling opgevolgd om ervaringen op te doen vanwege collega's, om het palliatiefzorglandschap binnen SILVA medical in stand te houden en om de onvermijdelijke maatschappelijke evolutie van deze boeiende materie op te volgen :

Zowel de patiënt als zijn naasten kennen hun rechten en willen snel gehoord worden. De patiënt weet dat hij het recht heeft te beslissen hoe en wanneer hij zal sterven. Wij moeten, zonder te oordelen, naar zijn vraag luisteren en erop toezien dat zijn wensen gerespecteerd worden tot het einde, en dit binnen het wettelijk kader.

Het is soms een uitdaging, een gevecht tussen het lichaam dat vecht om nog enkele dagen, enkele uren te blijven leven, en een team dat moet doen wat nodig is opdat dit proces "op een serene manier" kan beleefd worden.

Er wordt nog gewerkt aan de verschillende projecten waarvan sprake in punt 10.1 en wij zijn ervan overtuigd dat in de toekomst nog andere projecten zullen volgen.

DANKWOORD

Wij houden eraan volgende personen in het bijzonder te bedanken voor hun hulp en samenwerking en voor hun deelname aan de stuurgroep die dit Institutioneel Palliatief Project van SILVA medical geschreven heeft :

- Dr Jean-Claude Lemper, Hoofdgeneesheer Scheutbos
- Dr Vaysse-Van Oost, Geneesheer-specialist – Palliatieve eenheid BLP
- Dr Jacqueline Somville, Hoofdgeneesheer Dienst Polypathologie BLP
- Dr Sophie Tobback, generalist, Verantwoordelijke Mobiele Palliatieve Equipe in Scheutbos
- Peter Everaert, Adjunct Directeur Verpleegkundig Departement Scheutbos
- Marie Mattys, Diensthoofd Psychologie (sites BLP en CFS) – Psychologe URP Site CBP
- Nathalie Martin, psychologe MTPZ – site BLP
- Giselda Adinolfi, verpleegkundige MTPZ – site BLP
- David Bourgeois, psycholoog Scheutbos
- Chantal Lamock, verpleegkundige diensthoofd a.i. – Eenheid 2C – Site CBP
- Bénédicte Preud'homme, verpleegkundige diensthoofd Palliatieve Eenheid BLP – en van het MTPZ in BLP-CFS
- Valérie Vercoille, Verpleegkundige MTPZ – site BLP-CFS
- Jessica Vandenbroecke, verpleegkundige-kader ziekenhuis Scheutbos



