



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over opleiding in de palliatieve zorg aan de faculteiten geneeskunde in België*

1. Inleiding

Het aantal patiënten met chronische ziekten neemt toe, ingevolge de veroudering van de bevolking en ingevolge de effectiviteit van de geneeskunde voor acute aandoeningen, en zal de komende jaren verder stijgen. De komende decennia zal deze evolutie alleen maar versnellen, leidend tot een verlenging van de levensduur. Bijgevolg zullen in 2017 in België meer dan 20.000 patiënten palliatieve zorg nodig hebben. Daarom zouden alle artsen die patiënten met een progressieve gevorderde levensbeperkende ziekte behandelen over de juiste houding en vaardigheden moeten beschikken, en dit als basiskennis om palliatieve zorg te verstrekken. Het opstarten van palliatieve zorg zou los moeten staan van de ziekte, de leeftijd van de patiënten of de zorgomgeving waar zij verblijven.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert palliatieve zorg als een benadering die de levenskwaliteit verbetert van patiënten en hun families die worden geconfronteerd met de problemen van een levensbeperkende aandoening, door het voorkomen en het verlichten van het lijden, door middel van een vroegtijdige identificatie en een onberispelijke beoordeling en behandeling van de pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

De WHO verklaart verder dat palliatieve zorg:

- verlichting biedt voor pijnklachten en lijden door andere symptomen;
- het leven eerbiedigt en de dood ziet als een normaal proces;
- de intentie heeft de dood noch te bespoedigen noch uit te stellen;
- de psychologische en levensbeschouwelijke aspecten van de patiëntzorg integreert;
- een ondersteuningssysteem biedt om de patiënten te helpen een zo actief mogelijk leven te leiden tot aan hun dood;
- een ondersteuningssysteem biedt om de familie te helpen om met de ziekte van de patiënt en hun eigen rouwproces om te gaan;
- een teamaanpak hanteert om te voorzien in de behoeften van patiënten en hun families, inclusief rouwverwerking, indien nodig;
- de levenskwaliteit zal verhogen en zo mogelijk ook het ziekteverloop positief zal beïnvloeden;
- vroeg in het ziekteverloop toepasbaar is, in combinatie met een verscheidenheid van andere behandelingen die gericht zijn op het verlengen van het leven, zoals chemotherapie en radiotherapie.

In de voorbije tien jaar werden nieuwe palliatieve zorgmodellen ontwikkeld en de WHO heeft onlangs een resolutie over de integratie van palliatieve zorg gepubliceerd die het belang benadrukt van een palliatieve zorgaanpak doorheen het gehele ziekteverloop en het vroegtijdig opstarten ervan in het verloop van een levensbeperkende aandoening.

* Het advies werd voorbereid door een gemeenschappelijke commissie, samengesteld uit Marc Bogaert, Marc De Broe, Luc Deliens en Dirk Van Raemdonck voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België.

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Peter Bols, Guy De Backer, Dominique Declerck, Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter KAGB), Greet Ieven (algemeen secretaris KAGB), Jo Lambert, Geneviève Laureys, Simon Scharpé, Ben Van Camp, Dirk Van Raemdonck en Brigitte Velkeniers, keurde het advies goed op 22 oktober 2016.

Wordt palliatieve zorg onderwezen aan de faculteiten geneeskunde in België?

Bij het opstellen van dit document werd onderzocht in welke mate palliatieve zorg is opgenomen in het curriculum van de faculteiten geneeskunde in België. Op basis van de documenten die van alle faculteiten geneeskunde in België werden ontvangen, werd het volgende vastgesteld:

- Het onderwijs/de opleiding varieert sterk in termen van volume, inhoud en continuïteit tijdens de duur en in de structuur van het curriculum.
- Het aantal specifieke les-/opleidingsuren palliatieve zorg en levenseindebegeleiding is in een aantal gevallen beperkt en varieert aanzienlijk tussen de verschillende curricula van de master in de geneeskunde (MG) van de verschillende faculteiten geneeskunde.
- Het onderwijs en de opleiding zijn gespreid over verscheidene jaren van het curriculum.
- De onderwijsmethode bestaat voornamelijk uit colleges. De directe blootstelling aan palliatieve zorg in de praktijk, bv. aan het bed van stervende patiënten, is uitzonderlijk en is niet structureel gegarandeerd met een minimum aantal uren voor elke student geneeskunde.
- De achtergrond en de klinische ervaring van de docenten is heterogeen en slechts een zeer klein aantal van hen heeft een aanvullende gespecialiseerde opleiding palliatieve zorg van drie jaar gevolgd, zoals in bepaalde landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, gebruikelijk is.
- In het licht van de beperking van de duur van de opleiding geneeskunde van 7 tot 6 jaar in de bachelor- en mastercurricula, kan zelfs het beperkte aantal verplichte opleidingsuren palliatieve zorg in het gedrang komen.

Het doel van dit document is:

1. Het vereiste expertiseniveau in de palliatieve zorg in ons gezondheidszorgsysteem te bepalen
2. De desbetreffende eindtermen voor de master in de geneeskunde op te stellen
3. Enkele bijkomende aanbevelingen te geven voor de ontwikkeling van de palliatieve zorg aan de faculteiten geneeskunde

2. Vereist expertiseniveau in de palliatieve zorg in ons gezondheidszorgsysteem

Om de palliatieve zorg te organiseren in ons gezondheidszorgsysteem, moeten we haar indelen in drie niveaus, waarbij niveau 1 en 2 in het reguliere gezondheidszorgsysteem moeten worden geïntegreerd in alle zorgomgevingen. Niveau 3 moet beschikbaar zijn op aanvraag van patiënten, hun families en/of zorgverleners.

In lijn hiermee kan de opleiding palliatieve zorg voor zorgverleners op drie verschillende niveaus worden georganiseerd.

NIVEAU EEN – PALLIATIEVE ZORGBENADERING (*bachelor – master opleiding*):

Alle zorgverleners zouden de basisprincipes van de palliatieve zorg moeten leren en toepassen, bij het levenseinde, maar bij voorkeur ook vroeger in het behandelingstraject. De palliatieve zorgbenadering zou een kernvaardigheid moeten zijn van elke arts die in een ziekenhuis of op gemeenschapsniveau werkt. Men zou volledig aan de behoeften inzake levenseindebegeleiding van patiënten met progressieve en gevorderde aandoeningen moeten kunnen voldoen zonder hen door te verwijzen naar een in palliatieve zorg gespecialiseerde dienst of zorgverlener. Faculteiten geneeskunde zouden zowel in de bachelor- als in de masteropleiding moeten focussen op eindtermen betreffende kennis, attitudes en vaardigheden inzake palliatieve zorg.

NIVEAU TWEE – ALGEMENE PALLIATIEVE ZORG (*master na master of postgraduaatopleiding*):

Op dit niveau zal een gedeelte van de patiënten en hun familie kunnen profiteren van de expertise van zorgverleners die een bijkomende opleiding palliatieve zorg hebben gevolgd en ervaring hebben opgedaan. Deze expertise van intermediair niveau kan beschikbaar zijn in ziekenhuis- of gemeenschapsomgevingen. De algemene kennis en vaardigheden inzake palliatieve zorg moeten worden behandeld in de curricula voor huisartsen en alle andere klinische specialismen, zoals radiotherapie, pneumologie, gastro-enterologie, pediatrie, geriatrie, cardiologie, oncologie, hematologie, gynaecologie, neurologie, nefrologie, urgentiegeneskunde en intensieve zorgen. Een onderwijsbeleid voor dit niveau moet gericht zijn op de organisatie van postacademische opleidingen (“Manama”) voor artsen en moet pathologiespecifiek zijn: de grondige palliatieve opleiding voor huisartsen verschilt van de behoeften in de oncologie en alle soorten chronische, niet-maligne aandoeningen (chronisch hartfalen, COPD, neurodegeneratieve aandoeningen, dementie, nierfalen ...). Er moeten dringend pathologiespecifieke richtlijnen worden ontwikkeld voor het stopzetten of het afzien van ziektespecifieke behandelingsprocedures.

Multidisciplinaire teamvergaderingen met verpleegkundigen, diëtisten, apothekers, en andere zorgverleners waarin complexe palliatieve patiënten kunnen worden besproken, zijn eveneens noodzakelijk. Professionele

verenigingen voor palliatieve zorg kunnen deze postgraduaatopleidingen ondersteunen bij de verschillende specialistenverenigingen.

NIVEAU DRIE – SPECIALISTEN PALLIATIEVE ZORG (*academische positie*):

Gespecialiseerde palliatieve zorgdiensten zijn diensten die zich uitsluitend wijden aan het verlenen van palliatieve zorg, het geven van opleidingen in palliatieve zorg en het voeren van onderzoek in palliatieve zorg. Deze diensten verlenen zorg aan patiënten met meer complexe en veeleisende zorgbehoeften en vereisen bijgevolg een hoger opleidingsniveau van de zorgverleners, meer medewerkers en andere middelen. Gespecialiseerde palliatieve zorgdiensten zijn diensten die bemand worden door een multidisciplinair team onder leiding van een arts die is gespecialiseerd in palliatieve geneeskunde. Gespecialiseerde palliatieve zorgdiensten zijn beschikbaar in primaire zorgomgevingen (door multidisciplinaire palliatieve zorgteams), acute algemene ziekenhuisomgevingen (door ondersteunende palliatieve zorgteams) en gespecialiseerde patiëntenafdelingen (palliatieve zorgafdelingen).

Het onderwijsbeleid op dit niveau is complex en vereist aanzienlijke investeringen in wetenschappelijk onderzoek en interuniversitaire en internationale academische opleidingen. Dit beleid zou leerstoelen palliatieve zorg moeten creëren aan universiteiten en in universitaire ziekenhuizen, onderzoeksprogramma's ontwikkelen, beroepsverenigingen en vaktijdschriften oprichten en conferenties organiseren, maar ook doctoraatsprogramma's palliatieve zorg ontwikkelen.

3. Eindtermen voor master in de geneeskunde

Om de in de vorige paragraaf beschreven expertiseniveaus te bereiken in ons gezondheidszorgsysteem, zouden de faculteiten geneeskunde de volgende eindtermen moeten implementeren die moeten worden bereikt na een opleiding van zes jaar:

a. Pijn- en symptoombestrijding

De arts past de principes toe van palliatieve zorg en van de beoordeling en bestrijding van pijn en andere symptomen (bv. dyspneu, vermoeidheid, misselijkheid, constipatie, depressie) en het beheer van palliatieve zorg. De arts kan deze principes uitleggen en toepassen, niet alleen bij het levenseinde, maar ook vroeger in elk ziekteverloop wanneer symptomen al zichtbaar en zwaar om dragen worden voor de patiënten en hun families.

b. Communicatie over de dood en het sterven

De arts kan communiceren over de diagnose en prognose, rekening houdend met het vermogen van de patiënt en de familie om te begrijpen en te ondersteunen.

De arts kan met de patiënt en de familie communiceren over de dood en het sterven en over de opties voor terminale zorg, met respect voor de levensbeschouwelijke overtuigingen en waarden van de patiënt en zijn familie. Dit omvat ook vaardigheden om de nutteloosheid van de behandeling(en) te bepalen en met de patiënt en de familie het niet-toepassen of stopzetten van de behandeling(en) te bespreken, inclusief vitamines, cholesterolverlagende geneesmiddelen, preventieve medicatie en alle vormen van chirurgische ingrepen.

De arts kiest een geschikte omgeving met de noodzakelijke ondersteuning wanneer hij gecompliceerd en slecht nieuws moet meedelen.

c. Verandering van de behandelingsdoelen bij het levenseinde

De arts kan patiënten met palliatieve zorgbehoeften identificeren en ook beslissen wanneer van een curatieve behandelingsdoelstelling moet worden overgegaan naar palliatieve zorg met een focus op de levenskwaliteit van de patiënt en zijn familie, in plaats van uitsluitend te focussen op de aandoening, en uiteindelijk naar terminale zorg met een focus op een zachte dood en de ondersteuning van de familie om een gecompliceerd verwerkingsproces te voorkomen. Hij/zij verduidelijkt de verwachtingen en voorkeuren van de patiënt en verkrijgt informatie over de somatische, psychologische, sociale en levensbeschouwelijke aspecten van zijn symptomen en klachten en over de toestand van de patiënt, zijn inzicht, bezorgdheden en ziekte-ervaring.

De arts legt criteria voor 'niet reanimeren' verklaringen uit en weet hoe hij ze moet documenteren in het patiëntendossier en hoe hij ze aan collega's moet meedelen.

De arts identificeert de ethische principes in de beslissingen over het stopzetten of niet-toepassen van levensrekkende behandelingen.

d. Advance Care Planning (ACP)

Alle artsen (zowel huisartsen als specialisten) kunnen ACP opstarten met de patiënt en zijn familie en de voorkeuren van de patiënt regelmatig herevalueren en documenteren. De behandelende arts geeft de voorkeuren van de patiënt door aan andere zorgverleners in geval dat de patiënt naar een andere zorgverlener of -omgeving wordt verwezen.

e. Zorgethiek en -limieten van de arts

De behandelende arts heeft een gepaste zorgattitude met consistent hoge professionele gedragsnormen, zoals eerlijkheid, integriteit, medeleven, verantwoordelijkheid, betrokkenheid, empathie en altruïsme.

De arts handhaaft een gepast evenwicht tussen zijn persoonlijke en professionele rol en toont dat hij zich bewust is van mogelijke belangenconflicten.

De arts begrijpt en biedt een antwoord op de psychologische, sociologische, culturele en levensbeschouwelijke aspecten van patiënten en hun families. De arts ontwikkelt culturele vaardigheden om effectief te functioneren in transculturele interacties.

f. Interdisciplinaire samenwerking en thuiszorg

De behandelende arts geeft blijk van anamnesevaardigheden en communicatie met patiënten, hun families en andere zorgverleners, zoekt informatie in andere bronnen en maakt daarbij een onderscheid tussen de concepten “ziekte”, zoals beleefd door de patiënt, enerzijds, en als de medische voorgeschiedenis van een gezondheidsstoornis, anderzijds.

De arts houdt rekening met de eventuele relevante context en achtergrond van de patiënten en hun familie en met de zorglast.

De arts kent de sociale en culturele achtergrond van de patiënten en integreert deze kennis in zijn klinisch werk.

De arts besteedt aandacht aan het belang van de 'zorgcontinuïteit' en de overdracht van patiëntinformatie, bijvoorbeeld van een ziekenhuis- naar een ambulante omgeving.

4. Bijkomende aanbevelingen

De Academiën stellen een aantal mogelijkheden voor om deze onderwijsdoelstellingen in de faculteiten geneeskunde te implementeren.

a. Horizontale en verticale integratie. De lesinhoud palliatieve zorg moet worden gespreid over de bachelor en master geneeskunde en focussen op psychosociale (inclusief zelfbewustzijn), levensbeschouwelijke, organisatorische, communicatieve en ethische inhoud tijdens de bachelorperiode (de jaren 1 tot 3) en op klinische inhoud (beoordeling van pijn en andere zware symptomen, symptoombestrijding, advance care planning, gezamenlijke besluitvorming, zorg voor de stervende patiënt, palliatieve sedatie, euthanasie, enz.) met “bedside exposure” tijdens de masterjaren (de jaren 4 tot 6).

b. De lesinhoud palliatieve zorg moet tijdens het gehele curriculum zichtbaar zijn voor de student. In het ideale geval wordt een academicus aangesteld als **verantwoordelijke coördinator** voor het volgen van de vorderingen in de loop der jaren (kennis en vaardigheden).

c. Onderwijsmethoden. Naast colleges zijn klinische rotaties, besprekingen in kleine groepen, rollenspellen en “bedside training” vereist. Gezamenlijke multidisciplinaire onderwijssessies met studenten uit andere studieprogramma's (bv. verpleegkunde, farmaceutische wetenschappen, klinische psychologie, sociaal werk, theologie, enz.) zijn sterk aanbevolen.

d. Docenten. De verplichte lessen/opleidingen palliatieve zorg moeten worden gegeven door klinische experts in palliatieve zorg met een diverse professionele achtergrond (huisartsen, anesthesisten, oncologen, gerieters, pediaters, pneumologen, cardiologen, hepatologen, nefrologen, verpleegkundigen, apothekers, psychologen, aalmoezeniers, maatschappelijk werkers, enz.). Er moeten onderzoeks- en docentenposities voor palliatieve zorg worden gecreëerd om up-to-date onderwijs in palliatieve zorg te bekomen.

e. Evaluatie/examens. Een goede examenvorm voor de palliatieve zorg op faculteitsniveau is het concept portfoliëren. Andere geschikte examenvormen zijn gestructureerde caserapporten/-reflecties, projectwerk en OSCE (objective structured clinical examination).