



Beste collega's leden en beheerders van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, Beste basiswerkers in palliatieve zorg,

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV) behartigt het levenseinde (leven tot het sterven) van de Vlaamse mensen.

Mensen leven en sterven anders dan dieren, planten...

We hebben heel wat meer verstandelijke vermogens, gevoelens en beelden, zoveel meer stellen we onszelf de vraag: "doen, leven we wel goed..."



Tot we (soms plots) stilvallen bij wat ons echt raakt, beroert... ook rond een sterfbed, en in immens overstijgende ontroering soms een onverklaarbare rust voelen in het ons overgeven aan het chaotische van alles rondom de dood.

Vergankelijkheid van het lichaam zit in de genen ingebouwd, wordt ook lijfelijk gevoeld naarmate de dood nadert, in ons hoofd... maar de overleden persoon wordt 'bewaard' op de plaats waar het hart ligt...

Palliatieve zorg probeert iedere zeer unieke persoon zijn autonome zelf te laten zijn in deze levensfase.

Palliatieve zorg is ook heel wezenlijk 'leven in groep': u, familie; u, groepen basiswerkers; u, werkgroepen, beheerders en beleidsmakers rond palliatieve zorg in

Vlaanderen... Ik blijf het als een werk met een wonderlijke fierheid, waardigheid en hoog respect voor mekaar aanvoelen...

Het is als 'in groep onderweg zijn'; als al mijn woordenkramerij straks wegvalt en de Vlaamse mens op weg is om echt onvergetelijk te leven en te sterven, zo anders dan dieren en planten...

Hopelijk is dit onderweg zijn voelbaar in dit tijdschrift anno 2006.

Hartelijke groet,

Dr. Senne MULLIE
Voorzitter FPZV



EDITORIAAL

Een inleiding schrijven voor een themanummer moet zo iets zijn als van steen tot steen springend een riviertje oversteken. Het ene artikel leidt immers automatisch naar het volgende.

Ons tweede nummer van het Tijdschrift Palliatieve Zorg heeft het echter over scharniermomenten (PST UZ Gasthuisberg), de opleidingsuitdagingen van de FPZV (Tine De Vlieger) en het project van de werkgroep Beroeps- en Opleidingsprofielen (Elke Adriaens en Lieven De Maesschalck), de lopende onderzoeken in Vlaanderen (Trudie van Iersel) en een enquête over ethiek en religie (Bert Broeckaert, Joris Gielen en Trudie van Iersel), impressies uit de stuurgroep Ethiek (Jan Vandenbulcke), een positieve noot vanuit de dagcentra (Christine Desender), een voorstelling van Page (Nele Van Den Noortgate en Jo Lisaerde), vieringen in de netwerken en heel wat nieuws uit de FPZV (Senne Mullie en Anne-Marie De Lust).

Geen gemeenschappelijk thema dus.

Of...? Is het vergezocht om 'structuur' als onderliggend thema te zien? Hebben de scharniermomenten en de vermelde enquête niet de bedoeling de structuur van complexe situaties bloot te leggen en aldus goede beslissingen te faciliteren? Gaat het niet om het aanbrengen van structuur in de wirwar van gepubliceerde onderzoeken en in het palliatieve opleidingslandschap? Verwijzen de vele vieringen niet naar de uitstekende organisatiestructuur van palliatieve zorg in Vlaanderen? En toont het nieuws uit de vele werkgroepen en de FPZV zelf niet aan dat een huis, laat staan een koepel, een stevige structuur nodig heeft?

Structuren zijn trouwens niet alleen nuttig; ze kunnen ronduit oogstrelend zijn. Natuurfotografen weten dat en daar hebben wij dankbaar gebruik van gemaakt om dit nummer ook visueel aantrekkelijk te maken.

We wensen u veel lees- en kijkplezier!

Anne-Marie DE LUST
Coördinator FPZV

COLOFON

REDACTIETEAM

Prof. Dr. Bert Broeckaert
Dr. Marc Cosyns
Anne-Marie De Lust
Paul Destrooper
Jacques Hanouille
Prof. Dr. Manu Keirse
Dr. Senne Mullie
Trudie van Iersel

MEDEWERKERS AAN DIT NUMMER

Elke Adriaens
Inge Bossuyt
Nancy Cannaerts
Mieke De Pril
Lieven De Maesschalck
Tine De Vlieger
Christine Desender
Joris Gielen
Dr. Jo Lisaerde
Prof. Dr. Johan Menten
Walter Rombouts
Jan Vandenbulcke
Dr. Nele Van Den Noortgate
Annick Van Laeren

EINDREDACTIE

Anne-Marie DE LUST

FOTO's

Willy Ceulemans e.a.

LAY-OUT en DRUKWERK

Kasper Digitale Media

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Senne MULLIE
Vander Vekenstraat 158 - 1780 WEMMEL

REDACTIESECRETARIAAT

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen
Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel
Tel 02 / 456 82 00
Mail fed.pal.zorg.vl@skynet.be
Website www.palliatief.be
Reknr. 436-2162119-48

De redactie behoudt zich het recht voor om ingezonden teksten aan te passen en eventueel in te korten. De redactie kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor de inhoud van externe bijdragen. Volledige of gedeeltelijke reproductie van artikels is toegelaten mits bronvermelding.



Een jaar geleden vormde het eerste nummer van dit nieuwe Tijdschrift de aanleiding om een stand van zaken in de FPZV op te maken. We beloofden u verder op de hoogte te houden via tussentijdse Nieuwsbrieven. Daar zijn we gedeeltelijk in geslaagd; in december en juni kreeg iedereen wiens mailadres in onze database was opgenomen(*) een elektronische nieuwsbrief, al was het nog wat zoeken naar een goed leesbare vorm. Het nummer van maart bezweek daarentegen onder teveel werk, te weinig tijd, te weinig mankracht... Veel excuses, zult u denken. Toch niet, antwoorden wij dan, want kijk eens wat er wél allemaal gebeurd of gestart is...

De FPZV, die vorig jaar haar vijftienjarig bestaan vierde, wordt stilaan volwassen. Structureel en beleidsmatig is er heel wat evolutie:

- Minister Vervotte erkent de FPZV als coördinerend orgaan en spreekbuis voor de palliatieve sector in Vlaanderen en ondertekent met onze organisatie een **convenant** voor drie jaar (2006 t/m 2008). Opdrachten: 1. een uniform registratieprogramma uitwerken, 2. adviezen leveren aan de minister, 3. competentieprofielen voor verpleegkundigen in pz opstellen en 4. samen met alle betrokken organisaties het palliatieve opleidingslandschap in Vlaanderen in kaart brengen en reorganiseren. Het convenant betekent gedurende drie jaar zekerheid van (verhoogde) subsidies maar genereert uiteraard ook veel werk.
- Op beleidsvlak leidt de goede samenwerking met de **Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg** in het voorjaar tot hoorzittingen in Kamer en Senaat. Telkens vindt een boeiende discussie plaats met geïnteresseerde en goed geïnformeerde parlementairen.
- Samen met de Waalse en Brusselse federatie verkrijgt de FPZV van het **RIZIV** dat de minimumbestaffing van de MBE's wordt opgetrokken tot 3 voltijds equivalente verpleegkundigen. Verder wordt voor 2007 het budget voor pz in de ziekenhuizen opgetrokken en zou een wetgeving uitgewerkt worden rond de normering van pz en m.b.t. de

rusthuizen (hopelijk volgt daarna financiering). Wat ten slotte de dagcentra betreft; het Riziv werkt mee aan verdere basisfinanciering, ondanks overheveling van de materie naar de gemeenschappen.

De gemeenschappen zullen hopelijk voldoende bijpassen voor een goede financiering van de palliatieve dagcentra.

- In maart 2006 gaan het dagelijks bestuur en de netwerkcoördinatoren twee dagen in afzondering om de **samenwerking tussen FPZV en netwerken** te stroomlijnen. Er wordt onder meer gewerkt rond communicatie, verwachtingen en werkpunten, respectvol naar elkaar geluisterd en een actieplan opgesteld. Beide partijen wensen van dit initiatief een jaarlijks gebeuren te maken.
- Als uitloper van dit weekend en na veel voorbereidend werk binnen de raad van bestuur ondertekenen de voorzitters van 14 netwerken op 15 juni jl. een **engagementsverbintenis** met de FPZV. Geen huwelijkscontract, wel een soort 'samenwerkingsverklaring'. Kerngedachte: laten we niet vergeten dat we allemaal streven naar een optimale palliatieve zorg in Vlaanderen en ons alsjeblief niet blindstaren op relatief kleine verschillen in accenten of stijl.
- Naast de aandacht voor onze partners acht het dagelijks bestuur de tijd rijp voor een **toekomstgericht beleidsplan** (2007-2008) dat de visie, missie en strategie van de FPZV definieert. Iets concreter misschien; de beleidsprioriteiten waar de FPZV de komende twee jaar aan wil werken betreffen een betere financiering van pz, een maatschappelijk project rond vroegtijdige zorgplanning (in samenwerking met de Vlaamse Liga tegen Kanker), permanente ondersteuning van de palliatieve veldwerkers en verdere professionalisering van de interne organisatie. In de zomer worden de netwerken (via de raad van bestuur en de netwerkcoördinatoren) en de stuurgroepen Ethiek, Research en VTO (Vorming, Training & Opleiding) geraadpleegd over de sneuveltekst. U hoort hierover de komende maanden zeker meer.
- In maart wordt een **Stuurgroep Registratie** opgericht die de registratieopdracht van de Vlaamse Gemeenschap in goede banen moet leiden. De stuurgroep telt mensen uit alle settings, de netwerken en de FPZV, een wetenschappelijk onderzoekster uit de stuurgroep Research en een medewerkster van de Vlaamse Gemeenschap. In een eerste fase wordt overlegd over een uniform formaat voor het jaarverslag van de netwerken. Naast netwerkgegevens zal dat jaarverslag identieke patiëntgegevens uit de diverse settings vermelden. De concrete uitwerking van dat alles wordt in handen gegeven van subwerkgroepen:

o SUBWERKGROEP UNIFORM JAARVERSLAG: dit zijn een zevental netwerkcoördinatoren die zich over het uniforme jaarverslag buigen. Deze maand (oktober) is hun ontwerp zo goed als klaar. Het jaarverslag van 2006 zou conform dit formaat worden opgemaakt.

o SUBWERKGROEP PATIËNTEGEGEVENS: mensen uit de diverse settings werken aan een basisset van patiëntgegevens, te registreren in alle voorzieningen. Deze opdracht zal ook deze maand zo goed als rond zijn.

o SUBWERKGROEP NETWERKINDICATOREN: gaat in oktober van start met opnieuw een aantal netwerkcoördinatoren. Er wacht hen een moeilijke opdracht: uitzoeken aan de hand van welke relevante indicatoren de werking van een netwerk geëvalueerd kan worden en vervolgens nagaan welke gegevens daarvoor geregistreerd moeten worden.

o SUBWERKGROEP PATIËNTESTROMEN (EN/OF KWALITEITSINDICATOREN): wordt dit najaar opgericht om te bekijken welke gegevens geregistreerd zouden moeten worden om een goed beeld te krijgen van de trajecten die palliatieve patiënten afleggen.

- Eenzelfde stramien volgt de **Stuurgroep VTO-beleid**. Het beleid wordt uitgestippeld door de Stuurgroep, voor de uitwerking zorgen subwerkgroepen. Meer over VTO en de werkgroep Beroeps- en Opleidingsprofielen leest u verder in dit nummer.
- De **Stuurgroep Ethiek** publiceert de tekst 'Medisch begeleid sterven: een begrippenkader'. Op 18 mei wordt hij door voorzitter Senne Mullie en auteur Bert Broeckaert voorgesteld aan de pers. Op 15 september wordt een presentatie voor de partners georganiseerd. De tekst is verkrijgbaar in brochurevorm via de netwerken.
- De **Stuurgroep Research** organiseert eind maart het 3e Vlaams Congres Palliatieve Zorg over de oudere patiënt en palliatieve zorg. De Nieuwsbrief van juni bericht er over. In mei wordt alweer gestart met de voorbereiding van het 4e Congres, op 31 mei 2007.
- De **Werkgroep Psychologen** bereidt een studienamiddag voor over de coachende rol van de psycholoog in palliatieve zorg. Zie 'Agenda'.
- De **Werkgroep PST** is de initiatiefnemer van het symposium van 6 oktober 2006 rond pz bij niet-oncologische patiënten. Er wordt geopteerd voor een formule waarbij telkens een arts en een verpleegkundige samen de diverse aspecten van palliatieve zorg in geval van COPD, hartfalen, nierfalen en neurologische aandoeningen bespreken.
- De **Werkgroep ROB/RVT-beleid** werkt in het voorjaar een tekst uit rond de palliatieve referente functie in rusthuizen. Na interne

raadpleging binnen de FPZV wordt de tekst eind september aan het kabinet Demotte bezorgd met de vraag hierover een wettekst te laten goedkeuren.

- De **Projectgroep Kinderen & Palliatie**: na een jaar van grondige verkenning en uitklaring beslist de projectgroep in december 2005 drie concrete zaken te realiseren.

Allereerst een 'road trip' naar netwerken en hogescholen toe. Uit wetenschappelijk onderzoek en uit de enquête van de projectgroep zelf blijkt immers dat kinderen letterlijk nog te vaak over het hoofd worden gezien wanneer zich in hun directe omgeving een palliatieve situatie voordoet. Be-doeling van de 'road trip' is om tijdens een basisvorming van twee uur en aan de hand van een cd-rom gepresenteerd door een deskundige, de problematiek te situeren, te illustreren en handvatten voor hulpverleners aan te reiken.

Een tweede actie vormt de uitgave van een leesboek voor kinderen van 8 tot 10 jaar, dat aan jongere kinderen kan worden voorgelezen.

De derde realisatie bestaat uit het opzetten van een website voor hulpverleners en ouders met informatie en tips.

De drie acties sluiten bij elkaar aan en zullen uiteraard naar elkaar verwijzen. De streefdatum voor de drie acties is januari 2007.

Er wordt intern, achter de coulissen, duidelijk wat werk verzet. Alleen is dat voor de buitenwereld niet altijd zo zichtbaar. Het werd voor de FPZV dan ook de hoogste tijd om meer naar buiten te treden en duidelijk te maken waar de organisatie voor staat, waar ze naartoe wil en welke middelen ze daarvoor nodig heeft. (En die buitenwereld is zeer breed: van artsen en verpleegkundigen voor wie pz nog onbekend terrein is, tot het brede publiek. Van het onderwijs tot politici en overheden...)

De FPZV had met andere woorden nood aan een 'gezicht' voor de palliatieve zorg in Vlaanderen. En die persoon hebben we gevonden! Vanaf 1 januari 2007 staat Paul Vanden Berghe als directeur aan het hoofd van de FPZV (zie aparte kader).

Nieke, Elke, en ikzelf heten Paul alvast van

harte welkom in ons 'hoofdkwartier' in Wemmel.

Anne-Marie De Lust

Coördinator FPZV

(*) om uw gegevens in te voeren of te wijzigen, ga naar www.palliatief.be → Publicaties → Tijdschrift/Nieuwsbrief



Portret van een directeur



In het voorjaar besliste het bestuur van de FPZV dat het moment was aangebroken om een directeur aan te werven. Zijn taak zou erin bestaan om – in een notendop geformuleerd – “een beleid uit te bouwen en te implementeren dat een palliatieve zorgcultuur uitdraagt naar de bevolking toe en de voorzieningen ondersteunt in hun groei en ontwikkeling”. Een beleidsfunctie dus die de FPZV moet profileren en meer uitgesproken op de kaart van het zorgbeleid in Vlaanderen/België moet zetten.

De keuze is vrij snel gevallen op Paul Vanden Berghe (39). Paul is van opleiding doctor in de wijsbegeerte en licentiaat in de theologie en werkt sinds 1992 als wetenschappelijk onderzoeker. Aan het Hoger Instituut voor Wijsbegeerte van de KU Leuven bereidde hij een doctoraat voor over psychoanalyse, ethiek en filosofie (o.m. als aspirant bij het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen). Sedert 2001 is hij als postdoctoraal onderzoeksmedewerker verbonden aan het Departement Filosofie van de faculteit Letteren en Wijsbegeerte van de toenmalige UFSIA, sedert 2003 van de pluralistische Universiteit Antwerpen.

De afgelopen drie jaar combineerde hij twee halftime functies. Enderzijds als wetenschappelijk onderzoeker en lesgever op een FWO-project 'Tragedie, ethiek en moreel geluk' aan de Universiteit Antwerpen. Anderzijds als ziekenhuispastor in het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart in Leuven, verbonden aan o.m. de afdelingen geriatrie en de PZE 'De Brug'.

Vanaf oktober is Paul deeltijds beschikbaar voor de FPZV, vanaf 1 januari 2007 treedt hij voltijds in dienst als directeur.

Paul is getrouwd, heeft drie jonge kinderen en woont in Leuven.

Het bestuur van de FPZV wenst Paul veel succes toe!

*Dr. Senne Mullie
Voorzitter FPZV*

Scharniermomenten

[LUISTEREN, PRATEN EN BESLISSEN OP HET JUISTE MOMENT OPENT DEUREN]

In dit korte artikel proberen we enkele bedenkingen te formuleren die ontstaan zijn uit ons dagelijks functioneren in het 'palliatief support werk' in een (universitair) ziekenhuis.

We willen op die manier laten zien wat ons drijft een project rond 'scharniermomenten' op te zetten, om bewuster en deskundiger te kunnen helpen en handelen in de vele zorgsituaties waarin we dagelijks worden betrokken.

In opleidingen en in de media wordt overvloedig maar soms op een ongenueanceerde of te simplistische manier aandacht besteed aan de levenseindeproblematiek, al dan niet verengd tot euthanasie. De werkelijkheid is echter zeer geïndividualiseerd, meestal genuanceerd maar ook complex, zowel voor de patiënt en zijn familie als voor de hulpverlener.

In de dagelijkse gezondheidszorg worden we regelmatig geconfronteerd met therapeutische hardnekkigheid aan het ziekbed. Artsen behandelen soms (te!?) langdurig, tegen beter weten in, uit onzekerheid, uit onmacht omdat ze niet geleerd hebben dat *"stoppen met de behandeling soms de beste behandeling is"*. Ze hebben nooit leren zien dat dat een optie is, en in een aantal situaties de meest adequate. Soms denken ze dat wel, maar voelen zich niet bekwaam om dit met de patiënt en de familie te bespreken. Ze gaan het onderwerp uit de weg, vermijden een gesprek of overleggen gemakshalve alleen met de familie.

Verpleegkundigen maken dat soms bespreekbaar, maar even goed reageren ze hierop emotioneel, vanuit de eigen beleving, al dan niet vertrekkend vanuit de beleving van de patiënt en zijn familie. Andere disciplines ontbreken vaak in dit gesprek: ze worden weinig betrokken of zijn weinig zichtbaar aanwezig.

We worden daarnaast geconfronteerd met patiënten en familieleden die vandaag de dag – meer dan in het verleden – uitdrukking geven aan de eigen wensen en verlangens. Op zich is dat een goede zaak. In de realiteit merken we dat deze verlangens vaak sloganesk uitgedrukt worden (*"er kan toch niemand afzien"*, *"dit heeft toch geen zin"*, *"alles dat kan moet toch gedaan worden"*). Het is daarmee nog niet altijd duidelijk wat mensen heel precies verlangen, of genuanceerd willen zeggen. Daarnaast is hun kijk vaak geformuleerd vanuit het eigen perspectief, zonder dat dit met andere perspectieven (zelfs dat van de patiënt!) getoetst wordt. Kinderen spreken voor ouders, partners spreken voor de andere partner, een familielid spreekt voor de patiënt. Steeds is het argument: *"We kennen haar/hem toch wel..."* (of *"het best"*). Zo wordt er vaak gesproken over een verlangen dat artsen toch nog een therapie uit hun mouw schudden en wordt er van daaruit druk uitgeoefend op artsen.

In een later stadium ervaren we soms diezelfde manier van handelen bij familieleden en gaan ze grote druk uitoefenen wanneer genezen niet meer kan. Dan vragen ze *"om nu alles zo snel mogelijk te laten gaan"*. *"Goed zorgen voor de ander"* wordt dan vertaald in *"hard bepleiten dat alles snel gaat"*.

In deze bijdrage willen we enkele bedenkingen uit ons team formuleren... Deze bedenkingen spruiten voort uit onze verwondering over al wat gebeurt en gezegd wordt. Over alle woorden die dagelijks in de kliniek op ons afkomen. Verwondering stimuleert ons tot reflectie (zie verder) maar nodigt ons ook uit om in de toekomst over te gaan tot actie (ons project rond 'scharniermomenten' dat we stilaan proberen uit te bouwen). We hopen op deze manier een kleine bijdrage te leveren om zulke moeilijke problemen voldoende genuanceerd en interdisciplinair deskundig aan te pakken.

Bedenkingen:

1. De levenseindeproblematiek echt bespreken begint dikwijls veel vroeger dan bij het einde van het leven. Reeds in een vroeg stadium van de ongeneeslijke ziekte zouden we best op een nog niet verdacht moment een **proactieve houding** leren aannemen: wat wil de patiënt? Nu, en later in het verder verloop van zijn ziekte? Hoe staat hij tegenover leven, ziekte, dood? Welke vragen, noden en bekommernissen heeft hij/zij? Wat kan ik als hulpverlener (wij als team) daar nu uit leren om later deze patiënt geïndividualiseerd te begeleiden in zijn wensen?

Door alles duidelijk te **benoemen** en tijdig te **verhelderen**, voorkomen we acute crisismomenten wanneer het levenseinde werkelijk nabij is. Het spreekt vanzelf dat ook het formuleren door de arts (of het team) van een eigen kijk of standpunt (bvb. *"ik kan u niet helpen met die vraag"*) of van de eigen onzekerheid (bvb.. *"ik weet het nu niet, maar ik wil dit verder met u bekijken"*) een wezenlijk onderdeel is van een goede benoeming en verheldering.

Zo stelt mevrouw X reeds van bij de aanvang van de ziekte de vraag of de arts haar kan 'helpen' op het moment dat het voor haar niet meer draaglijk is, of euthanasie een mogelijkheid is. De arts negeert deze boodschap, bewust of onbewust, tijdens de herhaaldelijke contacten. We kunnen dit begrijpen vanuit de achtergrond dat de arts zijn taak op dat moment invult als 'de patiënt genezen' of 'het leven verlengen'. Deze hulpvraag zal bij de arts misschien ook gevoelens van angst en onzekerheid veroorzaken. Maar zo kan deze onbeantwoorde vraag uitmonden in een crisismoment wanneer het einde van het leven werkelijk nabij is. Er is dan ongenoegen bij de familie die vindt dat de vraag op tijd gesteld werd maar steeds genegeerd is. De arts ervaart een grote druk van patiënt, familie en verpleeg-

kundigen. De verpleegkundigen zitten tussen 2 vuren en gaan gebukt onder een enorme emotionele belasting. Soms blijven ze gefrustreerd achter.

2. Het tijdig stopzetten van een niet meer voldoende effectieve behandeling opent meestal deuren die voorheen dichtgehouden werden. Door te lang te behandelen wordt de onrealistische hoop *"dat het allemaal nog wel in orde kan komen"* in stand gehouden. Men onttrekt de patiënt en zijn omgeving de kans om op tijd en op zijn eigen tempo de transitie te maken van 'blijven vechten tegen de ziekte' naar een 'aanvaarden dat het niet meer lukt'. Men leidt de aandacht af van wat op dit moment werkelijk bezig is en ook zeer belangrijk is om (h)erkend te worden. Kansen om nog vader/moeder/partner te zijn, kansen om nog zaken te regelen, kansen om dingen uit te praten... om samen terug te blikken, om een levensbalans op te maken, om af te ronden... gaan tot frustratie van velen dan verloren.

Het is een uitdaging voor patiënten, mantelzorgers en hulpverleners om tijdig in het ziekteproces dit scharniermoment te herkennen, het te grijpen, er actief iets mee te doen en hierover open en eerlijk te communiceren. Dit voorkomt valse hoop en verwachtingen, maar ook dikwijls frustratie en acute crisismomenten bij de patiënt en zijn familie, en zorgt voor duidelijkheid bij alle betrokken partijen.

3. Daarentegen geeft het verder zetten van een (al dan niet belastende) behandeling de patiënt soms de tijd om die dingen te doen die nog tijd vragen, ook al is die tijd niet altijd even kwaliteitsvol. Die tijd moet dan wel actief gebruikt worden om inzicht te krijgen in de motieven die patiënten drijven om bvb. wél verder te gaan met therapie. Antitumoraal behandelen om psychologische redenen is zelden een juiste eerste keuze.

Mevrouw A wil kost wat kost nog therapie. Zelfs dialyse, operatie, chemotherapie... het zijn allemaal mogelijkheden die zij nog wil ondergaan, zelfs met de ergste nevenwerkingen. Men kan dan ofwel de patiënt therapie gaan geven, omdat men begrijpt dat zo'n jonge vrouw nog wil verder leven, als moeder van een vierjarige zoon. Ofwel kan men nagaan wat haar drijft tot die therapiewens. Dan wordt duidelijk dat zij vooral bezorgd is omdat ze haar zoon moet achterlaten in een omgeving waarin zij op dat moment onvoldoende vertrouwen heeft. Zij wil dit eerst regelen met voldoende garanties. Daarvoor heeft ze tijd nodig, tijd in dagen en weken.

4. Therapieplanning in de ruimste zin van het woord vraagt dus een zorgvuldige afweging van alle medische en niet-medische motieven, vraagt een kritisch inzicht en afwegen

van de eigen beweegredenen van de hulpverleners om al dan niet verder actief te behandelen, maar ook een inzicht en confrontatie met de vragen en de beleving van de patiënt en zijn familie. Niet meer actief behandelen betekent niet dat we passief wachten op de dood. Deze tijd actief gebruiken om de patiënt en de familie, maar ook de hulpverleners, te ondersteunen. Uitnodigen tot communicatie is een deskundigheid die hulpverleners kunnen en moeten ontwikkelen. Pas dan kan de laatste levensfase ten volle 'actief geleefd en beleefd' worden. Deze belangrijke fase wordt maar al te dikwijls gereduceerd tot enkele uren of dagen waarin nog zoveel moet worden gedaan in een sfeer van crisis en emotionele chaos. Patiënten en hun naasten hebben dan niet meer de kans om in dit proces te kunnen groeien, ondersteund en begeleid te worden door deskundige hulpverleners in een veilig, menswaardig klimaat.

5. Het voortzetten van zinloos geworden therapie veroorzaakt ook spanningen tussen de hulpverleners onderling, binnen eenzelfde team. Deze spanningen zijn vaak te wijten aan verschillen in rolinvulling en rolverwachtingen ten aanzien van elkaar. Nochtans tonen zowel artsen als verpleegkundigen een zeer grote betrokkenheid naar de patiënt toe (De Vuyst, 2006). Het is belangrijk om vertrekkend juist vanuit die sterke betrokken-

heid te praten met elkaar over de patiënten waarvoor beiden zorgen en hun noden. Een bevragende en actief luisterende houding, een kritische en toetsende reflectie en heldere communicatie kan heel wat oplossen en verduidelijken. Het voorkomt zenuwachtigheid en acute crisissen wanneer we met problemen rond het levenseinde geconfronteerd worden. Het brengt openheid en creativiteit voort, het zet neuzen in dezelfde richting.

Besluit:

- Vroegtijdige en (inter)actieve communicatie doorheen het hele ziekteproces is een sleutelwoord voor een optimalisatie van de levenseindeproblematiek. Dit is een permanente opdracht voor artsen, hulpverleners, patiënten en familie. Deze deskundigheid moet door alle hulpverleners, die met deze problematiek te maken hebben, verworven worden.
- Therapie op het juiste moment kunnen stoppen, of juist nog even verder zetten, maakt deel uit van het omgaan in waarheid of geeft juist de kans om sommige opdrachten beter af te ronden.
- Niet enkel medische aspecten maar een holistische interdisciplinaire benadering waarbij de patiënt zijn rol mag/kan spelen zijn voorwaarden tot slagen in dit proces.
- Teamgeest en transparant doelstellingen formuleren aan elkaar lijken hierbij vanzelf-



sprekendheden die in de dagelijkse praktijk toch nog verbeterd kunnen worden.

- De palliatieve zorgcultuur moet helpen om deze processen te stimuleren en soepelder te laten verlopen.

Er is nog heel wat werk te doen alvorens de patiënt echt de drager wordt van zijn eigen proces én als dusdanig beluisterd wordt door hulpverleners en zijn omgeving. We hebben dus als team nog heel wat uitdagingen.

Palliatief Support Team (*)

UZ Gasthuisberg, Leuven

(*) Inge Bossuyt, Nancy Cannaearts, Mieke De Pril en Annick Van Laeren (verpleegkundigen), Walter Rombouts (psycholoog) en prof. dr. Johan Menten (radiotherapeut-oncoloog en coördinator palliatieve zorg UZ Gasthuisberg Leuven)

Nieuw

Durogesic® 12 µg/u

Matrix

Vanuit het convenant, een meerjarige overeenkomst tussen de Vlaamse Gemeenschap en de FPZV, zijn er drie grote opdrachten gegeven om uit te werken tegen uiterlijk einde 2008. Het afstemmen van vorming, training en opleiding in palliatieve zorg in het Vlaamse landschap is er één van.

Het vormings-, trainings- en opleidingsbeleid (VTO-beleid) profileert de FPZV enerzijds als expertisecentrum en anderzijds als vormingscentrum.

Als expertisecentrum focust de FPZV op:

- nieuwe evoluties in palliatieve zorg, ondermeer met als doel ze te vertalen in een aangepast vormingsaanbod en de juiste beleidsadviezen te geven.
- inventariseren van het VTO-aanbod inzake palliatieve zorg in Vlaanderen. Zo kan zij ondermeer haar partners ondersteunen door hen te oriënteren naar het VTO-aanbod op de markt dat het best aansluit bij hun noden.
- bewaken van de kwaliteit van het aanbod inzake VTO in palliatieve zorg. Zij ontwikkelt daartoe modellen en instrumenten om dit op een onderbouwde manier te kunnen waarmaken. Zo is de FPZV ondermeer de initiator van het ontwikkelen van competentieprofielen voor verpleegkundige in de palliatieve zorg, in overleg met werkveld en onderwijs. Doel is enerzijds de universiteiten en hogescholen minstens te beïnvloeden

in de uitwerking van hun (basis- en voortgezette) opleidingsprogramma's en anderzijds een kader te creëren voor de organisatie en afstemming van de eigen opleidingen van de Federatie met die van de lokale netwerken.

- de FPZV is een partner voor de bevoegde overheden bij het adviseren rond beslissingen over VTO in palliatieve zorg.

Als vormingsinstelling biedt de FPZV:

- een aantal specifieke eigen vormingen, trainingen en opleidingen aan die inspelen op nieuwe evoluties in het werk- en onderzoeksveld van palliatieve zorg en in die zin vernieuwend en/of trendbepalend zijn.
- vorming, training en opleidingen die omwille van hun ervaringsgerichte aanpak, technische specialisatie, zeer specifieke doelgroep en/of om andere redenen niet door de lokale netwerken palliatieve zorg of onderwijsinstellingen (kunnen) worden aangeboden.

De stuurgroep stippelt mee het VTO-beleid van de FPZV uit in overleg met het dagelijks bestuur. Een andere opdracht is de werkzaamheden van de diverse werkgroepen ter zake mee aan te sturen.

De stuurgroep bestaat uit 5 leden en een voorzitter: Inge Bossuyt, Lieven De Maesschalck, Bie Lambrechts, Ruth Raes, Elke Adriaens en Tine De Vlieger.

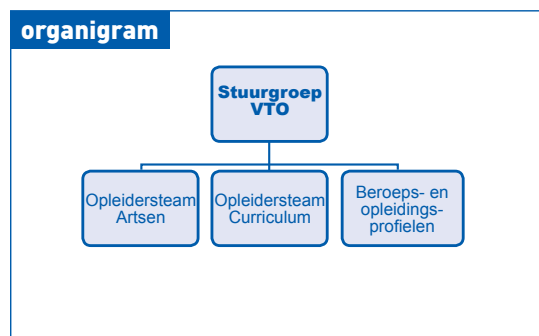
Als stuurgroep ontvangen wij graag alle vragen en voorstellen van medewerkers en geïnteresseerden in VTO. Wij trachten in functie van het beleidsplan en de opdracht in het convenant er zo goed als mogelijk gevolg aan te geven.

Wij zijn sterk gemotiveerd om te zorgen voor een duidelijk en afgestemd VTO-aanbod in palliatieve zorg. Wij wensen dit te realiseren samen met vele partners in Vlaanderen.

Met vragen en voorstellen kan je terecht bij Elke Adriaens, vormingsmedewerkster van de Federatie, te contacteren telefonisch 02/456.82.00 of per mail fpzv.adriaens@skynet.be

Tine De Vlieger

Voorzitter Stuurgroep VTO, FPZV



passion for your health®

Op weg naar een globaal concept van opleiding in palliatieve zorg in Vlaanderen

In dit artikel stellen we één van de jongste werkgroepen van de FPZV voor, met name de werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen.

Achtereenvolgens leest u meer over haar voor-geschiedenis, doelstellingen, structuur en werkzaamheden.

Op 29 april 2005 kwam voor het eerst de plenaire vergadering van de vernieuwde werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen samen.

Deze werkgroep heeft een lange ontstaansgeschiedenis binnen en buiten de FPZV.

De aanzet kwam vanuit de provincie Oost-Vlaanderen, waar begin 2002 de 'werkgroep hogescholen en vormingsinstellingen Oost-Vlaanderen' werd opgericht. Deze had als doelstellingen de inventarisatie van het vormingsaanbod, het exploreren van de mogelijkheden tot samenwerking en het in kaart brengen van vormingsnoden.

Deze werkgroep gaf aanleiding tot het oprichten van een 'werkgroep beroepsprofielen Oost-Vlaanderen', die functioneerde tussen september 2002 en mei 2003. De vraag stelde zich naar een beroepsprofiel met verschillende niveaus van deskundigheid.

In deze werkgroep kwam men echter tot de conclusie dat men eigenlijk met een materie bezig was die op Vlaams niveau uitgewerkt zou moeten worden. Men sprak dus de FPZV aan om dit initiatief verder te laten gaan onder haar vleugels.

Binnen de FPZV werd na grondige overweging beslist te vertrekken vanuit een opleidingsprofiel. Een eerste reden hiervoor is dat de FPZV wenst te vertrekken vanuit een reëel gevoelde nood, nl. de nood aan afstemming tussen verschillende opleidingen. Ten tweede was er ondertussen ook vanuit het EAPC een document opgesteld met richtlijnen voor een curriculum voor een verpleegkundige in palliatieve zorg.

Doelstellingen

De werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen heeft drie belangrijke doelstellingen.

1. AFSTEMMING VAN OPLEIDINGEN PALLIATIEVE ZORG

Sedert de opkomst van palliatieve zorg ontstonden geleidelijk aan steeds meer opleidingen in dit domein, ingericht door verschillende instanties.

Momenteel zien we dat er specifieke opleiding in palliatieve zorg wordt aangeboden door de regionale netwerken palliatieve zorg, de hogescholen, de universiteiten, de koepelorganisatie FPZV, enkele algemenere vormingsinstellingen inzake welzijn en gezondheid...

Daarnaast wordt palliatieve zorg meer en meer opgenomen binnen de basisopleidingen verpleegkunde op verschillende niveaus (bachelor

en verpleegkunde vierde graad beroepssecundair onderwijs).

Er bestaat vandaag nog onduidelijkheid over

- het niveau van deskundigheid waartoe een opleiding leidt
- de verschillende inhoud en methodieken die gehanteerd worden
- de waarde van diploma's/getuigschriften/... die aan een opleiding gekoppeld zijn
- de doorstroming tussen verschillende opleidingen
- enz.

We zien het als een taak van de FPZV om partners uit het werkveld, de opleidingswereld en het beleid samen te brengen om te werken aan een **globaal concept van opleiding in palliatieve zorg**. Heden gebeurt dit voor verpleegkundigen.

2. HET BEWAKEN VAN DE KWALITEIT VAN OPLEIDINGEN

De FPZV, als overlegplatform voor veldwerkers in palliatieve zorg, is de bevoorrechte getuige van de noden en verwachtingen inzake opleiding vanuit de dagelijkse praktijk in het werkveld. Vanuit deze expertise wil ze waken over de kwaliteit en relevantie van de bestaande opleidingen.

3. VOORSTELLEN OMTRENT OPLEIDING FORMULEREN NAAR DE OVERHEID TOE

Binnen deze doelstellingen is de opleiding voor verpleegkundigen als eerste aan de beurt.

De voornaamste reden hiervoor is dat verpleegkundigen de best vertegenwoordigde discipline in het werkveld zijn. Op termijn vinden we het als FPZV belangrijk om ons ook te buigen over opleidingstrajecten voor andere disciplines in palliatieve zorg, zoals artsen, psychologen, maatschappelijk werkers en levensbeschouwelijke zorgverleners.

Structuur

De werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen wordt aangestuurd door en rapporteert aan de stuurgroep Vorming, Training en Opleiding (VTO) van de FPZV, waarover u elders in dit tijdschrift meer informatie vindt. De stuurgroep VTO rapporteert rechtstreeks aan het dagelijks bestuur van de FPZV.

De **werkgroep** bestaat uit 7 leden, die elk uitdrukkelijk gevraagd werden om op te treden als vertegenwoordiger van hun achterban uit werkveld of opleidingsinstantie. Op die manier kan iedereen die dit wenst, opmerkingen of suggesties doorgeven aan de werkgroep.

De voorzitter is Lieven De Maesschalck.

Werkveld:

- vertegenwoordiger niet-gespecialiseerde zorg: Roseline Debaille (roseline.debaille@vlaanderen.wgk.be)
- vertegenwoordiger ROB/RVT: nog vacant
- vertegenwoordiger gespecialiseerde settings (PZE, PST, MBE): Inge Bossuyt (inge.bossuyt@uz.kuleuven.ac.be)

Onderwijs:

- vertegenwoordiger hoger onderwijs: Lieven De Maesschalck (lieven.de.maesschalck@khk.be)
- vertegenwoordiger modulaire beroepsopleiding verpleegkunde: Erik Mels (e.mels@sint-carolus.be)
- vertegenwoordiger van universiteit: Mieke Grypdonck (Maria.grypdonck@ugent.be)

FPZV:

- vertegenwoordiger netwerkcoördinatoren: Tine Devlieger (martine.devlieger@ua.ac.be)
- vormingsmedewerkster FPZV: Elke Adriaens (fpzv.adriaens@skynet.be)

De **plenaire vergadering** beroeps- en opleidingsprofielen telt momenteel 72 leden, met een evenredige verdeling van mensen uit het werkveld en mensen uit het onderwijs. De plenaire vergadering komt twee maal per jaar samen. Op deze samenkomsten wordt informatie gegeven over de resultaten en plannen van de werkgroep en wordt feedback gevraagd van de aanwezigen.

Van bij het begin werden ook de bevoegde beleidsinstanties betrokken bij het initiatief. Concreet zijn dit het Vlaamse Ministerie van Onderwijs, het Vlaamse Ministerie van Welzijn en Gezondheid en het Federale Ministerie van Volksgezondheid. Ook het RIZIV nodigen we graag uit vanwege haar betrokkenheid bij de federale evaluatiecommissie palliatieve zorg en haar rol bij eventuele aanpassingen van de reglementering inzake palliatieve zorg.

Vertrekpunt: EAPC-document

Een belangrijk vertrekpunt voor de werkzaamheden van de werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen is het nieuw uitgebracht document van de werkgroep verpleegkundige opleiding van de European Association for Palliative Care (EAPC), 'A guide to the development of palliative nurse education in Europe'. In dit uitermate interessante document worden **3 verschillende niveaus van deskundigheid** in palliatieve zorg onderscheiden. In onderstaande tabel (overgenomen uit het document van de EAPC) wordt een overzicht gegeven van

de drie onderscheiden niveaus. Dit onderscheid tussen verschillende niveaus van deskundigheid sluit aan bij een belangrijke basisvisie van de FPZV inzake opleiding. Het streefdoel van de FPZV is het verspreiden

van een verpleegkundige in palliatieve zorg op. Een competentieprofiel is echter niet hanteerbaar als er geen toetsing is tussen opleiding en werkveld. De FPZV zag zichzelf hierin als brug

van competenties werd gefinaliseerd. Uit de antwoorden bleek dat bijna elke competentie belangrijk was. Voor ons was het ijs gebroken. We hadden een digitale bevraging opgezet en er was een behoorlijke respons gekomen. Het was een opluchting te merken dat deze lijst door het werkveld gunstig werd onthaald en niet als wereldvreemd werd aanvoeld. Bij de terugkoppeling van de resultaten naar het werkveld en onderwijswereld bleek men zich in de antwoorden te herkennen. Een teken van representativiteit?

Niveau A	Basis (niet-gediplomeerd)	Toekomstige verpleegkundigen (verpleegkundigen in opleiding).
Niveau B	Basis (gediplomeerd)	Verpleegkundigen werkzaam in een algemene gezondheidszorgsetting ¹ , die geconfronteerd zouden kunnen worden met palliatieve zorgsituaties waarin een aangepaste benadering van de patiënt en zijn omgeving aanbevolen wordt.
Niveau C	Gevorderd (gediplomeerd)	Verpleegkundigen die ofwel werkzaam zijn in de specialistische palliatieve zorg ² , of in een algemene setting.
Niveau D	Specialistisch (gediplomeerd)	Verpleegkundigen die regelmatig geconfronteerd worden met palliatieve zorgsituaties (zoals oncologie, thuiszorg, pediatrie en ouderenzorg). Verpleegkundigen die verantwoordelijkheid dragen in de verschillende palliatieve zorg structuren. Zij kunnen geconsulteerd worden en/of actief deelnemen in het geven van opleidingen en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

van de palliatieve zorgcultuur in de hele gezondheidszorg. Dit doel kan niet bereikt worden door het opleiden van een beperkt aantal sterk gespecialiseerde verpleegkundigen alleen. Er moet opleiding in palliatieve zorg voorzien worden voor verpleegkundigen in verschillende settings en verschillende functies in de gezondheidszorg, die op verschillende manieren in contact komen met palliatieve patiënten, zodat ook zij op een kwalitatieve manier kunnen omgaan met palliatieve zorgsituaties.

Voor elk niveau van deskundigheid brengt het EAPC-document **belangrijke inhoud en voor opleiding** aan, geordend in 7 domeinen:

- interactie met de patiënt
- interactie met de familie/verzorgers
- interactie binnen het interdisciplinair team
- zelfbewustzijn en ethische kwesties
- palliatieve zorg binnen het gezondheidszorgsysteem
- opleiding
- wetenschappelijk onderzoek

De doelstellingen van het EAPC waren o.a. om een document te maken dat een Europees draagvlak kon hebben, maar waarbij elk land/landsdeel een vertaling naar de eigen situatie kon maken. Gezien de Europese consensus, hoopte men dat ieder land met dit document zou werken.

Voor Vlaanderen was het al snel duidelijk dat het EAPC-document enkel een goede vertaling nodig had om van start te kunnen gaan.

Ondertussen is er al een Nederlandstalige versie opgemaakt in samenwerking met de collega's uit Nederland, zodat er binnen het Nederlandstalige taalgebied ook enige uniformiteit is. Deze vertaling, 'Europese Richtlijnen voor het opleidingstraject van verpleegkundigen in palliatieve zorg' (september 2004), is te downloaden op www.eapcnet.org (klikken op 'EAPC projects' en dan 'nursing education').

Op basis hiervan stelde de werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen een competentieprofiel

tussen beiden. Dit temeer omdat als basis voor afstemming, kwaliteitsbewaking en overleg met de overheid het noodzakelijk is dat dit competentieprofiel een breed draagvlak heeft binnen het werkveld en onderwijs in palliatieve zorg.

Bevraging bij werkveld en onderwijsinstellingen in Vlaanderen

Om die reden werd een elektronische bevraging opgezet en rondgestuurd naar verschillende (gespecialiseerde en niet-gespecialiseerde) settings waar palliatieve zorg geboden wordt én naar onderwijsinstellingen.

Op één jaar tijd werden drie fasen in de bevraging doorlopen. De laatste twee fasen kenden steeds een terugkoppeling naar de plenaire vergadering.

De **eerste fase** was een puur verkennende fase. Het doel was om de lijst van competenties te toetsen op volledigheid, helderheid van taal en eenduidigheid van de competenties.

Er werden in totaal 132 competentiebevragingen opgestuurd, zowel naar de leden van de plenaire vergadering van de werkgroep beroeps- en opleidingsprofielen als naar de leden van een aantal specifieke werkgroepen binnen de FPZV (werkgroep dagcentra, werkgroep palliatieve zorgeenheden, werkgroep palliatieve supportteams, werkgroep ROB/RVT en werkgroep multi-disciplinaire begeleidingsequipes). Daarnaast werden deze ook verspreid binnen alle scholen met de opleiding verpleegkunde in Vlaanderen op beide niveaus (modulaire beroepsopleiding verpleegkunde en bachelor in de verpleegkunde).

Alle competenties werden voorgelegd en er werd gevraagd om voor elke competentie de noodzakelijkheid ervan te scoren. De vraagstelling was: "Vindt u deze competentie van belang om uw functie binnen uw setting goed uit te oefenen?" In deze eerste fase kregen we 72 competentiebevragingen terug.

Alle suggesties ter verbetering, aanvulling... werden besproken in de werkgroep en de lijst

In de **tweede fase** van de bevraging werd gevraagd om voor elke competentie de belangrijkheid te scoren. Dit kon op een vierpuntschaal: totaal geen belang, weinig belang, veel belang en onontbeerlijk.

In deze fase kregen we 271 antwoorden binnen. Dit aantal was onverwacht hoog, wat volgens ons aantoont dat de sector dit werk duidelijk belangrijk vindt.

De weergave van de verwerking van deze fase deden we in twee stappen.

Een eerste stap betrof het opstellen van een rangorde van de competenties volgens belangrijkheid. Zo kregen we een lijst waarin alle competenties door alle respondenten gerangschikt zijn in graad van belangrijkheid.

Gezien het belang van dit lijst vindt u dit hier ook terug. (zie figuur op volgende blz)

We konden uiteraard een dergelijke lijst maken voor iedere setting (bv. MBE, PST, thuisverpleegkundigen...), maar vroegen ons af hoe we deze verschillende lijstjes dan zouden kunnen vergelijken, lezen... kortom omzetten in informatie. Daarom hebben we in deze fase voor iedere setting een 'fingerprint' gemaakt die de verhouding van elke setting t.o.v. het algemeen gemiddelde visueel voorstelt.

Deze fingerprints werden gemaakt voor de 26 belangrijkste competenties van de algemene lijst. Zo kreeg elke setting als het ware zijn profiel ten aanzien van het gemiddelde onder ogen. Ook deze fase werd teruggekoppeld naar de plenaire vergadering. De verwachtingen waren duidelijk hooggespannen en aanwezigen vanuit de verschillende settings herkenden zich wel in dit profiel. Het is wel zeer belangrijk om steeds voor ogen te houden dat in deze bevraging niets goed of slecht is! Het was en blijft de bedoeling om te kijken waar de eigen accenten liggen.

In de derde en laatste fase werden drie elementen bevraged:

- In welke mate u beschikt over deze competentie (voldoende of onvoldoende)?
- Waar hebt u deze competentie verworven?
- Waar vindt u dat deze competentie zou moeten verworven worden?

Voor de laatste twee vragen waren er 3 antwoordmogelijkheden:

¹ Thuisituatie, woonzorgcentra, of instituten waar palliatieve zorg slechts een onderdeel vormt van de klinische activiteiten.

² De uitdrukking 'specialistische palliatieve zorg' heeft betrekking op de volgende structuren: hospice, unit voor palliatieve zorg, diensten aangeboden in een ziekenhuis, thuiszorgteams.

- in de basisopleiding tot verpleegkundige
- in een universitaire opleiding
- elders (andere opleiding, praktijkervaring, stage...)

In deze fase kregen we 204 ingevulde vragenlijsten terug.

De eerste analyse toont aan dat er zich ook hier weer duidelijk lijnen aftekenen. Momenteel kunnen we daar nog niet uitgebreider over rapporteren, maar dit zal gebeuren op de volgende plenaire vergadering op dinsdag 7 november 2006 van 13u30 tot 16u.

Het vervolg...

Hiermee stopt het niet. De bevraging is afgelopen, maar nu wordt het een noodzaak om dit materiaal te gebruiken. Daarom kunnen we

duidelijk stellen dat we terug aan een begin staan. De werkgroep wil vooreerst alle informatie bundelen, zodat niets kan verloren gaan. Daarna worden werkpakketten opgesteld om gefaseerd te kunnen werken. Een mogelijk werkpakket zou kunnen zijn: de rangschikking van alle competenties binnen de niveaus van deskundigheid die onderscheiden worden in het document over opleiding voor verpleegkundigen van de EAPC.

Wel is er reeds veel gebeurd en mogen we fier zijn dat wij, 'klein Vlaanderen', als eerste in Europa de vertaling en implementatie van het EAPC-document ook concreet realiseren. De werkgroep wenst dan ook nogmaals iedereen die een bijdrage leverde aan dit werk van harte te danken.

Zonder hen was dit nooit mogelijk geweest!

Geïnteresseerden zijn welkom op de volgende plenaire vergadering op dinsdag 7 november 2006 van 13u30 tot 16 u op de FPZV.

Voor meer informatie kan u terecht bij de auteurs.

Lieven De Maesschalck, voorzitter werkgroep

Beroeps- en Opleidingsprofielen, FPZV

Elke Adriaens, vormingsmedewerkster FPZV

DESCRIPTIVE STATISTICS

	N	MEAN	Std. Deviation
Begrijpt concept 'totale pijn'	238	95,97	10,256
Identificeert veel voorkomende symptomen	238	95,38	11,197
De verpleegkundige respecteert de visie van de patiënt en familie.	236	95,34	9,603
Begrijpt verschillende dimensies van pijn	238	94,79	11,753
De verpleegkundige begeleidt de palliatieve patiënt en zijn familie bij het bestrijden van symptomen.	238	93,61	14,451
De verpleegkundige heeft voortdurend aandacht aan opleiding.	234	92,91	13,204
De verpleegkundige kent eigen grenzen en is zich bewust van eigen sterkten en zwakten door kritische zelfreflectie.	237	92,15	16,900
De verpleegkundige begeleidt de patiënt en zijn familie naarmate de ziekte voortschrijdt op deskundige wijze,	238	92,02	16,893
De verpleegkundige stemt zijn zorg af op de levensovertuiging van de patiënt, zijn familie én in overleg met andere disciplines.	237	90,38	18,188
De verpleegkundige onderkent normale processen rond verdriet en verlies.	237	89,62	15,358
De verpleegkundige is zich bewust van eigen waarden en normen en hoe dit het professionele handelen beïnvloeden.	237	89,37	17,419
De verpleegkundige weet waar collega disciplines in het team voor staan.	237	88,86	19,419
De verpleegkundige gebruikt ondersteunend materiaal bij pijnbeleid.	236	87,71	18,447
De verpleegkundige heeft inzicht en vaardigheid ivm specifiek geneesmiddelenbeleid voor deze veel voorkomende symptomen.	237	87,68	17,663
De verpleegkundige bezit vaardigheden om aan te voelen waar de patiënt heen wil.	237	87,68	21,631
De verpleegkundige herkent en anticipeert op moeilijke symptomen.	237	87,17	19,594
De verpleegkundige bezit verschillende onderwijsmethoden en -stijlen.	234	85,64	21,264
De verpleegkundige verleent de afgestemde zorg tot na de dood.	237	85,06	22,878
De verpleegkundige volgt aanvullende opleidingen zowel in verbale als non-verbale communicatie.	237	84,89	22,239
De verpleegkundige identificeert de impact van een ernstige zieke.	237	84,22	20,644
De verpleegkundige kent zorgethiek en denkt na over zorgethische vraagstukken.	238	83,95	23,874
De verpleegkundige is op de hoogte van taboes over de dood.	237	83,71	24,969
De verpleegkundige identificeert en en reageert adequaat op het copingmechanisme.	233	81,89	22,125
De verpleegkundige kent zorgbehoeften van specifieke doelgroepen.	238	81,43	23,521
De verpleegkundige evalueert de impact van de aangeboden zorg bij de patiënt door klinische beoordeling, onderzoek en reflectie.	237	80,93	22,493
De verpleegkundige beoordeelt kritisch de patiëntenzorg, identificeert de behoeften aan verandering, stelt een veranderingsplan op en implementeert dit.	238	80,25	26,208
De verpleegkundige schat de waarde van evidence based handelen.	236	80,17	23,843
De verpleegkundige voorziet in bijscholing.	238	79,58	28,430
De verpleegkundige werkt vanuit evidence based richtlijnen ondersteunend naar patiënten, families, collegae en het brede publiek.	238	79,08	23,402
De verpleegkundige is op de hoogte van de informatie over de epidemiologie van ongeneeslijke ziekten.	237	78,73	25,513
De verpleegkundige ondersteunt zonnig veranderingen binnen de familiale context.	236	77,03	25,692
De verpleegkundige heeft inzicht in groepsdynamiek en haar leiderschapsrol in dit geheel.	237	76,03	27,423
De verpleegkundige fungeert als rolmodel voor collega's in de zorg.	237	76,03	28,394
De verpleegkundige anticipeert zonnig proactief op veranderingen in het team.	236	75,85	27,017
De verpleegkundige neemt leiding en zorgt dat er volgens evidence based richtlijnen wordt gewerkt.	237	72,74	29,994
De verpleegkundige begeleidt de familie.	236	72,20	32,279
De verpleegkundige heeft kennis van fysiologie en haar verschillende systemen, inclusief toegepaste farmacologie en farmokinetiek.	237	72,15	27,998
De verpleegkundige fungeert als opleider en gesprekspartner.	237	71,31	30,594
De verpleegkundige kent het economische aspect met betrekking tot palliatieve zorg.	236	71,19	30,490
De verpleegkundige verstrekt advies over teamwork, supervisie, conflicthantering en onderhandeling.	236	71,10	32,177
De verpleegkundige kent de structuur en functie van nationale en internationale organisaties.	237	68,61	31,139
De verpleegkundige voert een proactief beleid in samenspraak met het interdisciplinair team.	236	68,31	31,992
De verpleegkundige bezit een goede kennis van volwassenenonderwijs.	235	62,47	34,725
De verpleegkundige zorgt voor een rouwzorgaanbod voor nabestaanden.	237	61,77	34,027
De verpleegkundige moedigt evidenced based leren aan.	235	61,62	35,215
De verpleegkundige werkt vanuit evidence based richtlijnen.	237	59,66	34,688
De verpleegkundige gebruikt kwaliteitsindicators gebaseerd op onderzoek.	237	59,41	34,855
De verpleegkundige is zich ervan bewust dat opleiding een professionele positieve bijdrage levert.	236	57,29	33,711
De verpleegkundige is actief betrokken of initiatiefnemer bij onderzoeksinitiatieven.	236	55,00	35,014
De verpleegkundige demonstreert haar kennis van juridische aspecten.	237	54,60	33,666
De verpleegkundige heeft interesse voor onderzoek en leest in haar vakgebied.	235	51,66	36,118
Valid N (listwise)	217		

Voor kwaliteitsvolle palliatieve zorg is een permanente update van kennis nodig. Deze kennis is gebaseerd op ervaring aan het bed én kennis gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Het eerste is in Vlaanderen ruim voorhanden dankzij de bijna 20 jaar lange traditie van palliatieve zorg die Vlaanderen kent. Over wetenschappelijk onderzoek in de palliatieve zorg is misschien minder bekend maar eenieder die wel eens een congres bezocht van de EAPC (European Association of Palliative Care) is zich bewust van de uitgebreidheid en omvangrijkheid van onderwerpen waar onderzoek naar wordt gedaan. Wat kunnen we in de praktijk met die resultaten doen? Hoe komt relevante kennis terecht bij zorgverleners én – zeker even belangrijk – hoe bereiken vragen van het veld de onderzoekers en onderzoeksgroepen die deskundig zijn om naar mogelijke antwoorden te zoeken?

De Stuurgroep Research van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen probeert een brug te slaan tussen de zorgverleners aan het bed en de wetenschappelijke wereld en bewandelt daartoe een aantal wegen:

- Stimuleren van deelname van het veld aan reeds lopend wetenschappelijk onderzoek. Denk hierbij bvb. aan de studie over het voorkomen en het effect van de verschillende behandelingen van doodsreutel in de stervensfase; de studie naar het gebruik van palliatieve sedatie op palliatieve zorgeenheden.
- Bevorderen van de wisselwerking tussen praktijk en onderzoek door enerzijds te inventariseren wat er in Vlaanderen aan on-

derzoek gebeurt en anderzijds te trachten vragen uit de praktijk door te spelen naar relevante onderzoekers en onderzoeksgroepen.

- Organiseren van een jaarlijks Vlaams Congres Palliatieve Zorg waar reeds 2-maal 500 tot 800 zorgverleners elkaar ontmoetten en kennis namen van nieuwe ontwikkelingen. **De 4e editie hiervan vindt plaats op 31 mei 2007 in Leuven (14-20 u Aula De Somer) met als thema 'Voeding en vocht in de palliatieve zorg'. (Noteer alvast die datum, inschrijving mogelijk vanaf februari 2007, info o.a. via de website van de FPZV, het aantal plaatsen is beperkt tot 800, in het verleden moesten telkens kandidaat deelnemers geweigerd worden!).**

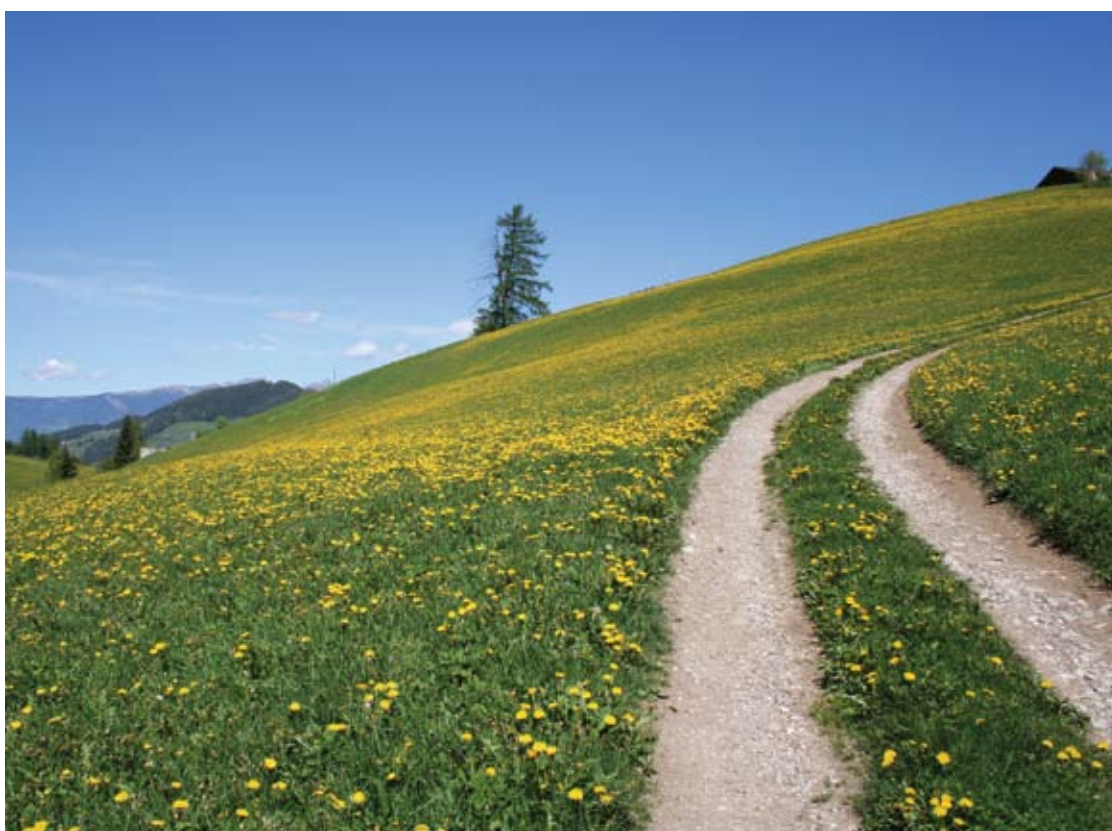
Een eerste stap in de wisselwerking tussen praktijk en wetenschappelijk onderzoek is de inventarisatie dit voorjaar naar lopend palliatief onderzoek dat in Vlaanderen plaatsvindt. Op de website van de Federatie (www.palliatief.be) vindt u hiervan de resultaten. De onderwerpen zijn zéér verschillend van aard (van langlopende projecten tot theses, van puur wetenschappelijk werk tot sterk praktijkgerichte projecten) en het overzicht zal wellicht niet helemaal volledig zijn, toch geeft het al een aardige lijst. De veelheid en verscheidenheid van initiatieven heeft ons verrast en we willen dit graag met u delen via een beknopte bloemlezing.

'Pijn- en symptoomcontrole' richt zich nog altijd (ten onrechte!) teveel alleen maar op pijncontrole en -opvolging (ontwikkelen van pijnkaarten) waarbij de aandacht voor pijn bij ouderen wel blijkt toe te nemen. Onderzoek naar lijden,

verliesverwerking en rouw is eerder beperkt en dit geldt ook voor onderwerpen inzake psychosociale aspecten, familie zorg, mantelzorg en vrijwilligerswerking binnen palliatieve zorg. Op het gebied van spiritualiteit is dit voorjaar een grootschalig onderzoek gestart naar ethische en religieuze opvattingen van de artsen en verpleegkundigen in Vlaanderen die werkzaam zijn binnen de palliatieve sector. Onderzoek naar de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg blijkt een speerpunt te zijn, deze zomer startte een uitgebreid onderzoek dat dit in kaart (monitoring) wil brengen. Een thesisstudente peilde naar de tevredenheid over de palliatieve zorg en het stervensproces van nabestaanden van ALS-patiënten die thuis verzorgd werden. Eveneens omvangrijk is onderzoek naar de beslissingen die genomen worden in de laatste levensfase. In dat kader is het van groot belang dat men goed weet wat met de verschillende termen wordt bedoeld: juiste omschrijving van én onderscheid tussen pijnbestrijding, palliatieve zorg, palliatieve sedatie en euthanasie. Deze studie naar het begrippenkader werd onlangs afgerond en gepresenteerd (zie ook de website van de Federatie). Kwaliteit van leven heeft veel te maken met goede communicatie: communicatie tussen arts en patiënt, kunnen luisteren (wat zijn de echte wensen van de patiënt), het omgaan in waarheid... – een aantal theses behandelt deze onderwerpen. Nauw hiermee verbonden is onderzoek naar de kennis van diagnose en prognose van de individuele patiënt, het zijn vooral mensen in de praktijk die hierin geïnteresseerd zijn en dit onderzoek prospectief voeren. Tenslotte is er onderzoek in functie van deskundigheidsbevordering (wat is belangrijk in de palliatieve opleiding van artsen en verpleegkundigen) en onderzoek ten behoeve van het beleid (bvb. wat kost palliatieve zorg, welke technische handelingen kunnen de eerstelijnszorgers opnemen, hoe ontwikkelt men in een instelling een beleid om meer deskundig te kunnen omgaan met euthanasievragen...).

Tot zover deze bloemlezing. We hopen hiermee uw interesse te hebben gewekt in de relatie tussen praktijk en wetenschappelijk onderzoek binnen palliatieve zorg. De uitdaging voor de Stuurgroep Research is zoals gezegd deze twee velden te verbinden: de relevante vragen vanuit de praktijk trachten te kanaliseren naar de onderzoekswereld toe en omgekeerd de resultaten van onderzoek ten dienste te stellen van de hulpverleners in de palliatieve zorgpraktijk.

Trudie van Iersel, secretaris Stuurgroep Research FPZV





Hoe denken artsen en verpleegkundigen in de palliatieve zorg over ethische en religieuze kwesties?

Dit voorjaar startte een onderzoek vanuit de K.U. Leuven en de Federatie Palliatieve Zorg

Vlaanderen naar de ethische en religieuze houdingen en opvattingen van verpleegkundigen en artsen die werkzaam zijn in palliatieve zorg. Via een uitgebreide vragenlijst werd o.a. gevraagd naar de mening die de ondervraagde zorgverleners hadden t.o.v. palliatieve zorg, euthanasie, palliatieve sedatie en pijnbestrijding. De vragenlijsten vertrokken op 18 mei 2006 naar 589 verpleegkundigen en 147 artsen. Om uiteindelijk over zo goed en betrouwbaar mogelijke resultaten te kunnen beschikken, was het van belang dat een zo groot mogelijk aantal van de zorgverleners de vragenlijst invulde: vandaar dat nog tweemaal een herinnering werd gestuurd. Het resultaat mag er zijn, nog voor het zomerverlof was het grootste deel van de ingevulde vragenlijsten binnen. Uiteindelijk kregen wij in totaal 511 ingevulde vragenlijsten terug en blijkt dat ruim 70 % van de verpleegkundigen en bijna 67 % van de artsen tijd vonden om hun ideeën te verwoorden. Vanaf

deze plaats zeggen wij u allen heel hartelijk dank voor uw tijd en uw inspanning! Alle gegevens zijn nu ingevoerd en eerdaags kunnen we beginnen met de analyse van al deze informatie. Wij zullen u –ook via dit tijdschrift en de elektronische Nieuwsbrief van de FPZV – op de hoogte houden van de resultaten!

De projectgroep

Prof. dr. Bert Broeckaert, directeur Interdisciplinair Centrum voor Religiestudie KULeuven, adviseur Stuurgroep Ethiek FPZV

Joris Gielen, wetenschappelijk medewerker Interdisciplinair Centrum voor Religiestudie KULeuven

Trudie van Iersel, secretaris Stuurgroep Research FPZV

Impressies uit de stuurgroep Ethiek

Aan veel vergaderen heb ik een grondige hekel. Veel en vooral verplicht vergaderen vergroot nog die virtuele papierwereld van waaruit vaak een verpletterende druk op ons afkomt. Frustratie, arbeidsinefficiëntie en –ontevredenheid zijn er niet zelden het gevolg van. Als ze dit al merken, vinden de onverbeterlijke vergadertijgers er wel weer wat op door met steeds nieuwe remediëringstechnieken aan te draven, die ze dan verticaal neerwaarts doordrukken, wat het vermelde effect veelal verder versterkt en het gevoel van vervreemding vooral doet toenemen (zeker wanneer wordt vergaderd 'om te leren vergaderen').

Als ik echter de laatste zeven jaar telkens de derde donderdagmiddag van de pare maanden probeer vrij te houden – en niets verplicht mij daartoe – dan is dit omwille van de bijeenkomst van de stuurgroep *Ethiek* van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Van weinig vergaderingen kom ik zo verrijkt terug. Vanaf mijn eerste wat aftastende aanwezigheid mocht ik dit ervaren en het is tot op heden niet veranderd. Wat is daar de verklaring van, vroeg ik mij af, en ging daarover nadenken.

Vooreerst wordt de vaste kern van aanwezigen (bijna steeds) gevormd door *mensen van het eerste uur*, die als geen ander en elk vanuit een verschillende discipline de specifieke nood aan palliatieve zorg hebben gevoeld en een stevige structurering daarvan bij de Vlaamse overheid hebben bepleit en verkregen. De bezieling die zij nooit verloren hebben, straalt

af op de hele vergadering en betreft alle deelnemers in het besef dat het elke keer weer gaat over morele vragen rond extreem en vaak uitzichtloos lijden. Dit gevoel van verbondenheid in diezelfde schroomvolle benadering van de doodzieke en stervende medemens, is heel motiverend. En het helpt er wellicht voor zorgen dat niemand van de gespreksdeelnemers zich terugtrekt in het veilige maar koele pantser van de eigen professionaliteit. Het evenwicht tussen menselijke betrokkenheid en professionaliteit – meermaals in diversiteit aanwezig – draagt bij zowel tot het invoelend als het multidisciplinair karakter van de gesprekken.

Confronterend zijn vooral de casus die door onze verpleegkundigen en artsen ter overweging worden voorgelegd. Zij zorgen ervoor dat de ethiek gebracht wordt naar het domein waarvoor zij eigenlijk is bedoeld, dat van het zeer concrete handelen in heel eigen en veelal onvergelykbare situaties. In de andere richting worden vanuit de moraalfilosofie (en soms ook de psychologie en de sociologie) bedenkingen aangebracht die kunnen helpen om over de veelheid van ervaringen wat gestructureerd na te denken. Samen met de levensbeschouwelijke verscheidenheid die tegen de achtergrond voelbaar aanwezig is, zorgt dit alles voor een breed spectrum van invalshoeken. Het komt de discussie waar vooral *gesproken en geluisterd* wordt – eerder dan gepolemiseerd en gedebatteerd – ten goede en maakt er niet zelden een vruchtbare kruisbestuiving van. Het bevordert bovendien onze diepe solidariteit met mede-

mensen die misschien vooral hierin van ons verschillen, dat zij ons nu voorgaan op een weg waar wij hen vlugger dan we zelf vermoeden, gaan volgen.

Beklijvend zijn de momenten van stilte, nadat pijn om onmacht werd uitgesproken.

Dat dit alles niet zomaar tot een aantal concrete regels leidt, ervaar ik geenszins als een tekort. Dit is trouwens niet de rol van de ethiek. Vaak zijn de behandelde onderwerpen voor directe praktijkimplicaties ook te algemeen. Veel meer dan vage aanbevelingen valt vaak niet te verwachten. En dat is niet erg. Als de morele reflectie ons kan helpen om in een open gesprek de vele menselijke nuances van een problematiek beter onder ogen te krijgen, is – zelfs naar de palliatieve zorgpraktijk toe – al veel gebeurd. Bijna altijd rijd ik vanuit Wemmel weer naar leper met het gevoel dat dit is bereikt.

Jan Vandenbulcke

Filosoof



De palliatieve dagcentra in Vlaanderen blijven bestaan!

In tegenstelling met wat in de media vaak is gesuggereerd of vermeld, blijven de dagcentra in Vlaanderen bestaan.

De financiering van deze projecten zal niet meer door de federale overheid gebeuren maar wel door de Vlaamse Gemeenschap. De Vlaamse Gemeenschap heeft 5 dagcentra erkend. Twee dagcentra worden niet ondersteund door de Vlaamse Gemeenschap. Alle dagcentra krijgen financiële ondersteuning van de Vlaamse Liga tegen Kanker.

In een notendop willen we graag de essentie van de dagcentra in herinnering brengen.

Wij bieden opvang gedurende de dag, symptoomcontrole, begeleiding en support aan ongeneeslijke zieken die thuis verblijven.

In samenwerking met alle betrokkenen - zieken en hun familie, ziekenhuizen, de eerste lijnsverzorgers, de palliatieve thuiszorg... enz. - zijn wij een schakel in de zorg voor de palliatieve patiënten thuis. Thuis kunnen blijven is het belangrijkste.

De dagcentra ondersteunen de mantelzorg door dagopvang aan te bieden, zodat deze hun draagkracht kunnen behouden.

Dankzij de beschikbaarheid van professionele hulpverleners kunnen er hospitalisaties voorkomen worden (symptoomcontrole).

De psychologische en sociale begeleiding haalt patiënten uit hun isolement en vereenzaming. Mogelijkheden van comfortzorg, relaxatie en massage geven aan de patiënt terug dat ze zich goed voelen. Veel kan maar niets moet. Het accent ligt op het leven, het genieten en ontdekken van wat nog kan.

Als professionele hulpverleners van de dagcentra horen wij zo vaak zeggen: *“had ik dat geweten dan was ik veel vroeger gekomen. Hier komen helpt mij vooruit, ook als ik naar het einde toe moet leven.”*

Dit artikel is dan ook een oproep aan alle hulpverleners. Geef onze informatie door aan alle patiënten die in aanmerking komen voor onze dagcentra.

Lijst van de dagcentra in Vlaanderen:

Coda Dagcentrum, Bredabaan 743, 2990 Wuustwezel, tel: 03 637 55 88

Heidehuis, Diksmuidse Heirweg, 8200 Brugge, tel: 050 40 61 55

Topaz, Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel, tel: 02 456 82 02

St Camillus AZ Augustinus, Oosterveldlaan 24, 2610 wilrijk, tel: 03 443 33 55

De Kust, Pater Pierelaan 6, 8400 Oostende, tel: 0475 68 88 66

H.Hart Ziekenhuis, Mechelsestraat, 24, 2500 Lier, tel: 03 491 38 88

Het Pond, Schoolstraat 55, 2820 Bonheiden, tel: 015 50 03 79

Christine Desender

Verpleegkundige Coda Dagcentrum

Page: een jonge werkgroep

Het is algemeen bekend dat de werkgroep ROB/RVT-beleid van de FPZV zich over de problematiek van palliatieve zorg in de rusthuissector buigt. Minder bekend is dat nog een andere werkgroep de oudere patiënt tot doelgroep heeft. In de voorbereiding van de post-academische vorming voor artsen werd een sterke nood aan vorming ervaren rond palliatieve zorg bij de geriatrische patiënt. Als gevolg daarvan werd enkele jaren geleden de werkgroep PAGE opgericht, wat staat voor 'Palliatieve zorg en GERiatrie'. De groep bestaat uit een aantal artsen (geriaters en CRA) uit het hele Vlaamse land die bezig zijn met palliatieve zorg én geriatricie. Ter illustratie hierbij enkele voorbeelden van reeds besproken thema's:

→ Opstellen 'Discussienota Euthanasie en Dementerende'.

Heel wat tijd werd besteed aan het bediscussieren van het nieuwe wetsvoorstel in verband met de uitbreiding van de euthanasiewet.

De werkgroep opteerde om geen standpunt in

te nemen. Wel werden er vanuit de klinische praktijk een aantal aandachtspunten geformuleerd. Deze punten dienen in een mogelijke uitbreiding van de wet ons inziens te worden uitgeklaard.

→ Organiseren van een postgraduaat vorming voor artsen rond palliatieve zorg bij dementerenden. Volgende onderwerpen kwamen hierbij aan bod: pijn bij dementerenden en problematiek rond vocht en voeding. Deze vormings sessies werden interactief gegeven. Na een theoretisch kader welke werd gegeven door een tweetal sprekers, iemand van de werkgroep en een buitenlandse gast, werd aan de hand van een aantal casussen, de problematiek verder besproken in workshops.

→ Content validatie als experten van een pijnkaart voor woon- en zorgcentra opgesteld door de CRA 's van de regio Brugge. Deze contentvalidatie zal gevolgd worden door verdere validatie van de observatieschaal en de flow chart.

Deze validatie wordt begeleid door de werkgroep.

Dr. Jo Lisaerde en Dr. Nele Van Den Noortgate
Voorzitters Page



VEEL TIENERS EN EEN BABY

Laat je in een gesprek het woord 'palliatief' vallen, dan durven mensen wel eens te schrikken. Het onderwerp roept immers niet direct associaties met gezellige en luchtige bijeenkomsten op. En toch; vieringen, recepties en herdenkingsmomenten worden terecht in ere gehouden in de sector. Ze horen er immers bij. Zoals sterven tot het leven behoort.

Door het ministerieel besluit van Wivina De Meester kwamen vanaf 1995 subsidies vrij voor de oprichting van de netwerken voor palliatieve zorg. Ruim tien jaar later heeft dat een golf van vieringen tot gevolg. Een greep uit de uitnodigingen sinds het vorige Tijdschrift:

- Netwerk Zuid West-Vlaanderen (oktober 2005)
- Netwerk De Mantel (oktober 2005)
- Netwerk Turnhout (november 2005)
- Netwerk Mechelen (juni 2006 en opnieuw in december 2006, zie 'Agenda')
- Palliatieve Thuiszorg in het Waasland (september 2006)
- en binnenkort, op 20 oktober, het Netwerk Palliatieve Zorg Limburg (meer details bij 'Agenda')

Naast al dat tiernergeweld zag op 28 september jl. een nieuwe palliatieve eenheid het licht: 'DE SCHELP' in het AZ Vesalius in Tongeren.

We wensen niet alleen deze, maar alle organisaties in het werkveld, een goede, werkbare toekomst zonder al teveel groeipijnen.

Anne-Marie De Lust
Coördinator FPZV

Tips voor de boekenkast

Er verschijnen heel wat interessante boeken die direct of indirect een raakvlak met palliatieve zorg hebben. Dat kan gaan van een concrete handleiding voor de palliatieve hulpverlener tot een roman over een therapeut die nog maar een jaar te leven heeft. De 'ouderdomsdeken' van de FPZV, Jacques Hanouille, heeft voor u een lijst met aanraders opgesteld. U vindt er rubrieken als ethiek, euthanasie, spiritualiteit, rouw, filosofie, enz. Kijk op onze website www.palliatief.be onder de rubriek Publicaties -> Bibliotheek.

Graag krijgen wij tips van onze lezers om deze lijst aan te vullen, ook met Franse, Engelse of zelfs andere werken.

'IEDER ZIJN RECHT, IEDER ZIJN PLICHT. STRAKS ZEG IK HET JUIST.'
Implementatie van de patiëntenrechtenwet in rust- en verzorgingstehuizen.**Themanamiddag georganiseerd door PHA i.s.m. de rob/rvt commissie**
Donderdag 19 oktober 2006 (13u30-17u00)

Programma:

- Workshop casussen uit RVT's
- Wet betreffende de patiëntenrechten. Welke rechten heeft een bewoner in een RVT? Wat is een vertrouwenspersoon en wat is een vertegenwoordiger?
Dr. Marc Van Hoey, CRA (coördinerend raadgevend arts)
- Discussie wettelijk kader: taakomschrijving van de wettelijke vertegenwoordiger; plaats, rol en functie van de vertrouwenspersoon.

Prof. Thierry Van Sweevelt, Hoogleraar Universiteit Antwerpen, advocaat

Plaats Weilandshof, Turnhoutsebaan 625, 2110 Wijnegem

Prijs € 10,00 per persoon, inclusief syllabus, vormingsattest en drankje.

Betaling ter plaatse.

Inschrijving Vooraf inschrijven noodzakelijk uiterlijk donderdag 5 oktober 2006.

Gratis voor vrijwilligers van PHA. Accreditering wordt aangevraagd.

Inlichtingen Jeroen Porters jeroen.porters@ua.ac.be (praktische vragen) en Silvia Peeters silvia.peeters@ua.ac.be (inhoudelijke vragen)

'MAAR ALS JE DOOD GAAT, HOE KOM JE DAN WEER TERUG?...'
Symposium georganiseerd door vzw NPZL, Netwerk Palliatieve Zorg Limburg**Vrijdag 20 oktober 2006 (8u30 - 15u30)**

Thema Kinderen betrekken in palliatieve zorg

Sprekers Lut Celie, Inez Dirix, Riet Fiddelaers-Jaspers, Ilse Ruysseveldt, Johan Snoeck, Lut Van Cauwenbergh

Plaats Landcommanderij Alden Biesen in Bilzen

Doelgroep Professionelen die in hun beroepsuitoefening in aanraking komen met bovenstaand thema

Prijs 45 euro, koffie en broodjesmaaltijd inbegrepen

Inlichtingen contacteer 011/819472 of e-mail katrien.vanmoerkerke@npzl.be

'DE COACHENDE ROL VAN DE PSYCHOLOOG IN PALLIATIEVE ZORG'
Studienamiddag georganiseerd door de werkgroep Psychologen, FPZV
Vrijdag 15 december 2006 (13u30 - 16u00)

Thema De psycholoog betekent een duidelijke meerwaarde binnen palliatie. Maar de positie van de psycholoog binnen een palliatieve setting is vaak onduidelijk. Naast een aantal directe interventies bevindt de psycholoog zich meestal in een metapositie: men verwacht dat hij/zij de andere hulpverleners zal ondersteunen. Op welke manier kan dit gebeuren? Hoe vindt een psycholoog een plaats binnen het team? Wat houdt de coachende rol van de psycholoog precies in? Deze vragen komen tijdens de voordrachten en workshops van deze studienamiddag aan bod.

Sprekers Wim Schrauwen, Walter Rombouts, Philippe Helaers, Leentje Flour

Plaats Hospitaalstraat 23 in Sint-Niklaas

Doelgroep Psychologen werkzaam in de palliatieve zorg en alle belanghebbende veldwerkers en/of verantwoordelijken in de palliatieve zorg.

Prijs 10 euro

Info en inschrijving Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, info@palliatief.be

VERJAARDAGSSYMPOSIUM

Palliatief Netwerk Mechelen

Zaterdag 16 december 2006

Hou de Agenda op www.palliatief.be in de gaten!



Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw
Vander Vekenstraat 158 - 1780 WEMMEL
tel 02 456 82 00 / **fax** 02 461 24 41
e-mail info@palliatief.be / **website** www.palliatief.be
rekeningnummer 436-2162119-48

Met de steun van:
Kom op tegen Kanker, de campagne van de Vlaamse Liga tegen Kanker