

Jaarverslag palliatief support team 2005

1. Algemene werking van het team:

□ Samenstelling PST :

Op dit moment zijn één deeltijds werkzaam sociaal verpleegkundige – palliatief coördinator (mevr. Annick De Roep) en één deeltijds werkzaam psychologe (mevr. Caroline Rasschaert) vrijgesteld om de algemene werking van het support team te ondersteunen en te coördineren. Hiernaast staat de sociaal verpleegkundige ook in voor de sociale begeleiding van oncologische en palliatieve patiënten, de psychologe neemt ook de functie van vertrouwenspersoon op zich.

Naast twee artsen (Dr. Casneuf en Dr. Goossens), maken ook twee niet vrijgestelde verpleegkundigen deel uit van het team waarvan één verpleegkundige (mevr. Lieve Charels) een specifieke opleiding palliatief verpleegkundige heeft gevolgd. Mevr. Els De Waele, hoofdverpleegkundige van de 1^e verdieping, op haar beurt volgde een oncologische cursus en een vorming omtrent pijn. Het was de doelstelling op termijn haar naar voor te schuiven als pijnverpleegkundige. In september verliet zij echter het ziekenhuis. In afwachting dat haar plaatsvervangster, mevr. Ingeborg De Brul, zich voldoende ingewerkt heeft wordt haar plaats ingevuld door de hoofdverpleegkundige van de derde verdieping, dhr. Ludwig Van den Berghe. Er werd voor deze keuze geopteerd niet alleen om de continuïteit in het PST te verzekeren, maar ook om de samenwerking met de hoofdverpleegkundigen te vrijwaren. Een extra pluspunt is dat dhr. Van den Berghe kan terugvallen op een ruime ervaring bij het werken met oncologische en palliatieve patiënten.

In het verleden werd voorop gesteld dat het PST aangevuld diende te worden met een vertegenwoordiger van een paramedische dienst. De keuze is toen reeds gevallen op de diëtiste en zij werd hiervoor ook ingeschakeld. Recent bleek echter de noodzaak om de samenwerking weer te optimaliseren. Vanuit deze invalshoek werd afgesproken dat de diëtiste (mevr. Sylvia Heyman) een vast lid van het PST wordt en wekelijks deelneemt aan het patiëntenoverleg. Afhankelijk van de vraagstelling en de wens van de patiënt kunnen ook andere hulpverleners aansluiten.

□ Visie en doelstellingen:

- ◆ Wij willen een advies- en begeleidingsorgaan zijn voor de zorgverleners en zorgvragers van het ziekenhuis om de palliatieve zorg te optimaliseren. Het is niet de bedoeling dat wij als team de zorg overnemen van de verpleegkundigen op de afdeling.
- ◆ Het PST staat in voor het verspreiden van het palliatief concept en het integreren van palliatieve zorg in de totaalzorg van de patiënt op de afdeling. Wij zijn geen apart specialisme. Deze zorgcultuur zou bij elke patiënt aanwezig moeten zijn.
- ◆ Om een optimale palliatieve zorg te realiseren wil het team een betere samenwerking van de verschillende disciplines bewerkstelligen.
- ◆ Naast deze aspecten wil het PST aandacht hebben voor de ondersteuning van het personeel bij het begeleiden van patiënt en familie in hun rouwproces en instaan voor de

continuïteit van zorg aan palliatieve patiënten van en naar de thuiszorg, palliatieve eenheid, rustoord enz...

□ **De praktische organisatie:**

♦ **De wekelijkse PST-vergaderingen:**

Elke dinsdag komen de leden van het PST tussen 11 uur en 12 uur samen. Volgende items komen hierbij aan bod:

- De multidisciplinaire patiëntenbespreking:

Voor een vlotte gang van zaken en om de vier peilers (lichamelijke, psychische, sociale, spirituele peiler) systematisch aan bod te laten komen werd een palliatieve fiche uitgewerkt die als leidraad gebruikt wordt om de patiënten te bespreken. Het bestaande palliatieve blad werd dit jaar geëvalueerd en herwerkt.

Daar de fiche niet alleen een voornaam werkinstrument is voor het PST, maar ook een belangrijk communicatiemiddel voor alle hulpverleners rond de patiënt, moedigen we de verpleegkundigen en andere hulpverleners aan om vragen en problemen rond een patiënt te noteren en aan ons te signaleren. Hiernaast blijven we hen ook uitnodigen om actief deel te nemen aan de wekelijkse teambesprekingen.

Van de zijde van het PST is het effectief de bedoeling om het formulier tijdens de bespreking in te vullen. Hierna kan de besproken informatie mondeling en schriftelijk doorgegeven worden aan de verpleegeenheden. Aan de hoofdverpleegkundige kan specifiek gevraagd worden om deze info tijdens de patiëntenoverdracht door te geven. Op deze wijze wordt ook hier duidelijk wat er op het team besproken werd.

- Organisatorische aspecten:

Er wordt ruimte gegeven om de stand van zaken bij lopende projecten en praktische elementen die een invloed hebben op de algemene werking van het PST door te geven. Vb. data van externe vormingen.

- Ruimte voor varia:

Thema's, gevoelens, problemen waar de leden van ons team mee zitten (zorg naar elkaar zoals bij een overlijden van een patiënt die langere tijd door het PST gevolgd werd) kunnen dan verwoord worden.

♦ **Denkvergadering:**

Daar waar bij de wekelijkse teamvergadering de patiëntenbespreking voorop staat, willen we tijdens deze samenkomsten inhoudelijk dieper ingaan op bepaalde thema's en onderwerpen. Er wordt ruimte vrij gemaakt om onze visie rond een problematiek te formuleren of om een bepaald project concreet uit te werken. Op dit moment geldt de afspraak dat we maandelijks samenkomen.

Dit jaar ging er veel aandacht en energie naar het herwerken van de palliatieve fiche en naar het voorbereiden van de werkgroepen. Tevens werden de eerste voorbereidende besprekingen gestart voor het uitwerken van de folder "Wat te doen na een overlijden". Nieuwe ideeën en invalshoeken gingen we ook buitenshuis zoeken. Zo bezochten we het AZ Sint Maarten te Duffel, waar we kennismaakten met het palliatief support team, hun werking en problemen. In het kader van de herinrichting van het mortuarium bezochten we hun recent gebouwd mortuarium onder de deskundige leiding van dhr. Peeters. Het bezoek werd door iedereen als positief ervaren. Dhr. Peeters hecht veel belang aan een respectvolle lijktooi. Hij

begint als het ware daar waar anderen stoppen. Door dit bezoek is het ons nogmaals duidelijk geworden dat mensen veel belang hechten aan een serene en ondersteunende opvang na het overlijden van een nabestaande. Het vormde ook een extra stimulans om te blijven ijveren voor de verdere afwerking van het mortuarium. Het PST werkt daarbij nu nauw samen met dhr. Wim Van Campenhout, hoofdverpleegkundige spoed.

Een jaarlijks terugkerend onderwerp voor een denkvergadering is het evalueren van het afgelopen werkjaar en het opmaken van een planning voor het komende jaar. Zaken die hierbij ondermeer gepland zijn:

- Het opmaken van de reeds eerder vermelde folder “Wat te doen na een overlijden”.
- Het uitwerken van het luik palliatieve zorgen dat voorzien wordt op de portaalsite.

♦ **De werkgroepen:**

Deze groep bestaat uit de leden van het PST en referentieverpleegkundigen die werkzaam zijn op de verschillende afdelingen van het ziekenhuis. De referentieverpleegkundigen hebben zich vrijwillig geëngageerd en vormen een drijvende kracht die het palliatief concept mee helpt verspreiden op de afdeling. Zo kunnen zij palliatieve patiënten signaleren aan het PST, zij kunnen aandachtspunten doorgeven aan hun collega's door o.a. op overdrachtmomenten te spreken over specifieke zorg voor palliatieve patiënten, door op werkoverlegmomenten van de afdeling kort in te gaan op besproken onderwerpen van de werkgroepen.

Gemiddeld om de twee maanden hebben we een vergadering met de werkgroep Palliatieve Zorg, waarop verschillende thema's besproken worden. Elk jaar komt er minstens één onderwerp betreffende de lichamelijke, de psychologische, de sociale en de spirituele peiler aan bod. Thema's waar dit jaar dieper op ingegaan werd zijn:

- In het kader van het thema “Wat te doen na een overlijden” werd in een eerste luik nader ingegaan op praktische en administratieve, zakelijke regelingen. In een tweede luik stonden we stil bij het rouwproces.
- Mevr. Isabelle De Weerdts volgde vorig jaar een opleiding voor klinische schoonheidszorgen bij kankerpatiënten georganiseerd door de Stichting tegen Kanker. In het verlengde hiervan stelde de Stichting zijn werking voor en liet Isabelle ons kennismaken met enkele inhoudelijke aspecten van haar cursus zoals het aanleren van een relaxerende handmassage. Het opzet zelf om deze schoonheidszorgen aan te bieden aan patiënten kon door het zwangerschapsverlof van Isabelle voorlopig niet doorgaan.
- Vanuit het gegeven dat er elk jaar een onderwerp gekozen wordt vanuit de spirituele invalshoek, werd dit jaar geselecteerd om te werken rond “Afscheidsrituelen, een kanaal voor emoties”. De spirituele begeleiders werden ook naar jaarlijks gebruik op deze samenkomst uitgenodigd.
- Om de palliatieve fiche te introduceren, werd er stilgestaan bij een theoretisch luik om daarna de praktische zijde te belichten bij het uitwerken van een casus.
- Vorig jaar gingen we via een vragenlijst na voor welke vormingsonderwerpen de verpleegkundigen nog interesse hadden (de vragenlijst werd doorgegeven na de vorming omtrent pijn door Dr. Goossens). De thema's euthanasie en waarheidsmededeling kwamen hier als nummer één en twee naar voor. Om op de bestaande vraag in te gaan, werd mevr. Magda Van De Wiele op 10 november uitgenodigd voor een avondsessie van de werkgroep omtrent euthanasie. Voor deze gelegenheid werden ook de directie en de hoofdverpleegkundigen uitgenodigd om aan te sluiten, daar zij een belangrijke signaalfunctie hebben bij de vraag tot euthanasie.

De reacties waren onverdeeld zeer positief en vanuit het PST werd dan ook de vraag naar de vormingscel gericht om deze sessie nogmaals te hernemen voor de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Samen met de verantwoordelijken van het medische equipo dient nagegaan te worden hoe we deze doelgroep aansluiting kunnen laten vinden bij dit initiatief.

□ **Vorming en bewustwording:**

◆ **Uitgangspunt:**

Reeds van bij aanvang van het palliatief support team werd er ruime aandacht gegeven aan bewustwording en vorming van het ziekenhuispersoneel. Het basisprincipe hierbij is dat mensen bewuster met palliatieve zorg zullen omgaan wanneer zij ook concreet weten wat een palliatieve zorgcultuur inhoudt. Om de voeling van de werkvloer met het palliatieve concept te behouden is regelmatig contact met het PST en blijvende sensibilisatie naast vorming noodzakelijk.

Voor de leden van het PST zelf geldt dan weer het principe dat het opportuun blijft om op regelmatige basis vormingen en cursussen te volgen. Dit om een blijvende deskundigheid te verzekeren en om voeling met recente ontwikkelingen binnen de palliatieve zorg te behouden.

Voor het uitvoeren van de vormingsprojecten wordt er nauw samengewerkt met de vormingscoördinator en de vormingscel.

◆ **Vormingen:**

* **Interne vormingen:**

- Er werd één intervisiesessie met twee groepen georganiseerd voor verpleegkundigen met als thema “zorg voor de zorgenden”. Dit onder leiding van dhr. Ignace Hanoulle. Voor het werkjaar 2006 is de vormingscel gevraagd deze sessies te hernemen en verder uit te werken.
- Om in te gaan op de concrete vraag van de verpleegkundigen naar vorming omtrent “de waarheidmededeling” werd op maandag 5 december een lesdag georganiseerd over deze thematiek. Als gastspreker werd mevr. Kathlijn Willems uitgenodigd, die vanuit haar eigen praktijkervaring niet enkel inging op heel herkenbare situaties, maar die ook zeer bruikbare tips aanbracht. Omdat het aantal inschrijvingen voor deze dag beperkt was, richtte deze vorming zich in de eerste plaats naar de leden van de werkgroep en de hoofdverpleegkundigen. Dit vanuit de vaststelling dat een vraag tot waarheid vaak naar hen doorgespeeld wordt vanuit het verpleegkundige equipo. Dit betekent echter niet dat andere verpleegkundigen geen nood hebben aan vorming over dit onderwerp. Het PST dringt er dan ook op aan bij de vormingscel om ook deze dag te hernemen, temeer de reacties bij de deelnemers weerom onverdeeld positief waren. Ook het concept om een studiedag te organiseren voor de leden van de werkgroep samen met de hoofdverpleegkundigen is voor herhaling vatbaar. Het PST wil dan ook graag in het najaar weer een lesdag inrichten voor deze doelgroep. Er werden reeds voorstellen in deze richting geformuleerd.

* **Externe vormingen:**

- Het tweede Vlaams Congres Palliatieve Zorg kreeg als werktitel mee: “Palliatieve zorg bij de bejaarde patiënt”. Caroline en Lieve namen deel.
- Op 18 maart richtte de Stichting tegen Kanker een symposium in omtrent de psycho-oncologische begeleiding bij kankerpatiënten dat gevolgd werd door Caroline.

- Els bereidde zich voor om als pijnverpleegkundige ingeschakeld te worden bij specifieke problemen en vragen. Hiervoor doorliep zij dit jaar een vijfdaagse pijn cursus. Samen met Lieve nam ze ook deel aan een vormingsvoormiddag rond pijn en symptoomcontrole voor gevorderden, welke ingericht werd door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Ook de oncologische studiedag te Brugge kon op haar aandachtige aanwezigheid rekenen. Onderwerpen die ondermeer aan bod kwamen waren: “emoties bij kankerpatiënten” door dhr. Walter Rombauts en “twee jaar ervaring met de euthanasiewet” door dhr Wim Distelmans.
- Op de Adviesraad van het Netwerk Palliatieve Zorg, waar Dr. C. De Valck sprak over “Het spijt me maar...Richtlijnen voor het voeren van een slecht-nieuwsgesprek” werd het PST vertegenwoordigd door Lieve.
- Caroline doorliep de kennismakingscursus palliatieve zorgen te Antwerpen ingericht door het PHA. Deze driedaagse lesreeks werd georganiseerd om naast het reeds bestaande vormingsaanbod voor medisch en verpleegkundig personeel ook een gerichte opleiding te voorzien voor anders paramedisch geschoolden zoals psychologen, logistiek assistenten enz...
- Op 8 oktober gingen Lieve en Annick naar Ronse voor een congres over therapeutische hardnekkigheid, naar aanleiding van 15 jaar Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en de eerste werelddag Palliatieve Zorg. Hierbij werd dieper ingegaan op items als “Moet alles wat nog kan, patiëntenrechten en knelpunten tussen ethiek en praktijk”.
- Het palliatief support team van Maria Middelaers is tien jaar actief en om dit te vieren organiseerden zij een eigen symposium. Caroline, Sylvia en Annick luisterden o.a. mee naar voordrachten over de structurele uitbouw van palliatieve zorg in het ziekenhuis, de noodzaak aan opleiding, vorming en bijscholingen en de uitdaging in samenwerking met de partners.

♦ **Bewustwording:**

Vanuit het PST interpreteren we het begrip bewustwording heel ruim, waardoor er een gevarieerd activiteitenpakket ontstaat:

* **Contacten met de werkvloer:**

- Twee maal per week wordt er rondgegaan op de afdelingen om na te gaan of er palliatieve patiënten zijn, nl. op maandag en donderdag.
- Wanneer er voldoende tijd en ruimte is, proberen we patiëntenoverdrachten bij te wonen. Op deze manier kunnen we niet alleen meer gegevens rond een patiënt verzamelen, maar zijn we ook makkelijk aanspreekbaar voor het verpleegkundige equipo. Nadeel is wel dat dit een vrij tijdsintensief gebeuren is, waardoor we dit opzet niet zoveel kunnen realiseren als we wel zouden willen.
- Op de wekelijkse patiëntenbespreking worden verpleegkundigen en andere hulpverleners rond een patiënt uitgenodigd. (cfr. pg.2)
- De referentieverpleegkundigen worden aangemoedigd om vb. tijdens een werkoverleg een korte reflectie te geven over de behandelde thema's in de werkgroepen.
- Het PST kreeg in juni ook de kans om zijn werking voor te stellen op de introductiedag voor nieuwe personeelsleden.
- Specifieke projecten worden door het PST voorgesteld op een werkoverleg of tijdens de hoofdverpleegkundigenvergadering. Zo werd de palliatieve fiche aan de hoofdverpleegkundigen voorgesteld. In het verlengde van de pijnvorming in 2004 werden tijdens de werkoverleggen van de 1^e, 2^e en 3^e verdieping pijnlatjes verspreid. Volgende aandachtspunten werden kort toegelicht: Waarom pijnmeting, hoe een meting uitvoeren, hoe de patiënt informeren, hoe scoren en noteren.

* **Brochures en boeken:**

- Bij het opstarten van het PST werd ervoor gekozen de eigen ontworpen palliatieve folder samen met andere concrete info over kanker, thuishulp ed. te verdelen via infostaanders die verspreid staan over het ziekenhuis. Het PST staat in voor het aanvragen en verspreiden van deze brochures.
- Vanaf dit jaar zijn we actief begonnen om een bibliotheek eigen aan het ziekenhuis op te starten. Het is onze opzet om deze bibliotheek gestaag te laten groeien en om nieuwe boeken voor te stellen op werkgroepen en via de portaalsite. Daarnaast willen we iedere geïnteresseerde ook aanmoedigen om de boeken daadwerkelijk te lezen. Volgende boeken werden aangekocht:
 - * Als sterven tot het leven behoort: praktische handleiding voor de hulpverlener in de palliatieve zorg. Van H.Clement, D. Aerts, L. Vanderlinden, M. Van Royen en K. Willems.
 - * Omgaan met ziekte, een gids voor de patiënt, het gezin en de hulpverlener van Manu Keirse.
 - * Kinderen helpen bij verlies, Manu Keirse
 - * Omgaan met een miskraam, Manu Keirse, Bernard Spitz en Annemie Vandermeulen.
 - * Communicatie in de palliatieve fase. (Cahierreeks Pallium)
 - * Ethische vragen in de palliatieve zorg. (Cahierreeks Pallium)
 - * Algemene inleiding palliatieve zorg. (Cahierreeks Pallium)
 - * Infuustechnologie in de palliatieve fase. (Cahierreeks Pallium)
 - * Zelfzorg in de palliatieve fase. (Cahierreeks Pallium)
 - * Zingeving in de palliatieve zorg. (Cahierreeks Pallium)

* **Belangenbehartiging:**

- Het Ethisch Comité: Het PST ijverde reeds van bij aanvang voor het installeren van een ethisch comité. Uiteindelijk vond op dinsdag 13 december de installatievergadering plaats. In het comité zetelen o.a. één jurist, twee huisartsen, zeven specialisten en één verpleegkundige. Omdat verpleegkundigen in het werkveld toch ook veelvuldig geconfronteerd worden met ethische probleemsituaties, stelde het PST de vraag of er geen verpleegkundige meer kon aansluiten. Hierop werd vanuit de vergadering positief gereageerd. De directie onderzoekt op dit moment nog wie hiervoor het best geplaatst is. Vanuit het PST werden de volgende items naar voor gebracht die uitgewerkt kunnen worden:
 - DNR-codes
 - Stappenplan euthanasie
 - Palliatieve sedatie
 - Waarheidsmededeling
 - Visie PST bekrachtigen
- Omtrent de parkeerkaart voor chemopatiënten zou er administratief reeds stappen ondernomen zijn. Toch is er concreet nog altijd geen resultaat. Hier blijft dus ook nog enig werk aan te winkel.
- Op regelmatige basis overlegde het PST met de adjunct-directieverpleging omtrent meerdere initiatieven. Dit om enige ondersteuning bij de praktische uitvoering te verkrijgen.

□ **Contacten met externe organisaties:**

- ◆ Het ziekenhuis en het PST hebben een samenwerkingscontract met :
 - de palliatieve eenheid van het Sint-Blasius Ziekenhuis Campus Zele.
 - het Netwerk Palliatieve Zorg Waasland. Dit netwerk organiseert drie maal per jaar de Werkgroep Ziekenhuizen, waaraan de drie PST's van de drie Wase ziekenhuizen deelnemen. Dit jaar werd er o.a. informatie uitgewisseld rond palliatieve sedatie.
 - Vzw. Ovosit. Zij organiseren vier maal per jaar een overlegmoment met de eerstelijns-hulpverleners. Bij deze vergaderingen wordt het PST vertegenwoordigd door de sociaal verpleegkundige-palliatief coördinator.
- ◆ De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft meerdere werkgroepen. De psychologe van het PST sluit hier aan bij de werkgroep voor psychologen.

2. Geregistreeerde palliatieve patiënten:

□ **Algemene informatie:**

- ◆ In 2005 werden er 82 begeleidingen opgenomen. Het gaat hierbij effectief om 73 verschillende patiënten waarvan 46 mannen en 36 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 76 jaar.
- ◆ 44 % van de patiënten was gehuwd of samenwonend, 32 % was alleenwonend en 10 % verbleef in een rustoord/RVT. Het grootste deel van de patiënten was omringd door hetzij een partner en kinderen, hetzij door andere familieleden. Toch waren er ook zeven personen die niemand in hun directe omgeving hadden om hen te ondersteunen.

□ **Diagnose:**

- ◆ In het merendeel van de situaties, namelijk 66 %. handelde het om een oncologische diagnose of een gemengde diagnose (11 %) waarvan verhoudingsgewijs:
 - 29 % pneumologische carcinomen. (44 % in 2004)
 - 24 % carcinomen met een gastro-intestinale oorsprong. (30 %)
 - 27 % gynaeco-uro-borstkankers. (22,6 %)
 - 20 % andere.
- ◆ De meest voorkomende niet-oncologische diagnose (24 %) blijft hart- en vaatlijden.

□ **Begeleidingsopstart en duur:**

- ◆ De directe vraag tot het opstarten van palliatieve hulpverlening komt in $\frac{3}{4}$ van de situaties uit de ziekenhuisomgeving, waarbij voornamelijk de verpleegkundigen het voortouw nemen. Andere initiatiefnemers zijn de reeds thuis ingeschakelde palliatieve zorgdiensten.
- ◆ In totaal werden 859 begeleidingsdagen gerealiseerd, met een gemiddelde verblijfsduur van 10 dagen. Dit blijft gelijklopend met de voorgaande jaren.

□ **Reden ondersteuning:**

- ◆ Fysieke ongemakken blijven de voornaamste reden om hulp op te starten (62 %), waarbij pijn- en symptoomcontrole een belangrijk gegeven blijft.

- ◆ De meest voorkomende psychische reden blijven de nood aan emotionele ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving.
- ◆ In 6 % van de situaties werd een ethische vraag gehoord.

□ **Ontslagomstandigheden:**

- ◆ 39 % van de patiënten overleden in het ziekenhuis, (30 % in 2004), bij 4/5 van de overlijdens was de familie aanwezig. Deze cijfers geven aan dat openstaan voor rouwzorg en opvang van familie een belangrijke taak van het ziekenhuis is.
- ◆ 7 patiënten zijn overgebracht naar de palliatieve eenheid. (8 in 2004)
- ◆ 36 % van de cliënten keerden terug naar huis, de helft van deze cliënten stemden toe in het inschakelen van palliatieve thuiszorg.

□ **Bedenkingen:**

- ◆ De hierboven vermelde informatie en cijfers geven een globaal overzicht van de patiëntenpopulatie waar we mee samenwerken. Toch mogen we niet uit het oog verliezen dat we werken met individuele patiënten en hun omgeving, waarbij elke cliënt en zijn specifieke situatie uniek is. Blijvende aandacht voor dit aspect gekoppeld aan erkenning, gepaste steun en praktische hulp dragen bij tot een adequate hulpverlening.
- ◆ Het aantal begeleidingsdagen van het PST blijft gemiddeld tien dagen. Het opstarten en opbouwen van een hulpverleningsrelatie dient snel te gebeuren, heel snel gevolgd door het afronden van de contacten. Het blijft dan ook een spijtige vaststelling dat er bij sommige mensen nog altijd het idee heerst dat een palliatieve patiënt een terminale of een stervende patiënt is. Op die manier gaat vaak kostbare tijd verloren om op weg te gaan met de patiënt en zijn familie. Ook het omgaan met waarheid blijft een cruciale rol spelen bij het al dan niet opvolgen van een patiënt door het PST. Wanneer de waarheid niet meegedeeld wordt, wordt ook het PST vaak op een afstand gehouden. Vast staat dat de waarheidsmededeling voor alle partijen een moeilijk en stresserend gegeven is. Juist binnen deze context zou het PST een extra ondersteuning naar alle betrokken partijen kunnen bieden. Wat op zich dus ook niet betekent dat het PST alle zorg en verantwoordelijkheid op zich gaat nemen. Het slecht-nieuwsgesprek is een voorname stap binnen het totaal begeleidingsproces en blijft een opdracht van de arts. Het creëren van de voorwaarden van dit gesprek en de opvang van de patiënt en zijn omgeving is de verantwoordelijkheid van het hele ziekenhuisteam. Toch merken we ook positieve invloeden waarbij er meer aandacht komt voor de waarheidsmededeling binnen het behandelingsconcept. Voor het PST is het een permanente opdracht om te werken rond en te ondersteunen bij het waarheidsgebeuren. Op dit moment is er een eerste aanzet om een pilootproject te ondersteunen. De verkennende gesprekken voor het verkrijgen van groen licht en voor de concrete uitwerking van het project moeten echter nog starten.
- ◆ Wanneer er een ethische of zingevingvraag gesteld wordt, roept dit vaak gevoelens van ongemak of afweer op. Zeker als het om een euthanasievraag gaat weten hulpverleners niet goed hoe ermee om te gaan. De wettelijke kaders mbt. euthanasie zijn gekend en worden op beleidsniveau erkent. Echter verpleegkundigen zijn voor de patiënt makkelijk aanspreekbaar en een vraag tot levensbeëindiging wordt soms makkelijker naar hen toe gericht dan naar de behandelende geneesheer. Toch ligt de verantwoordelijkheid bij hem. Vragen als “ Wat kunnen verpleegkundigen doen voor een patiënt bij deze specifieke vraag naast het signaleren en noteren of het beluisteren van de achterliggende reden?” leven bij de verpleegkundigen en komen verder uit een sterk verantwoordelijkheidsgevoel tav. de patiënten. Dit gevoel wordt nog versterkt wanneer een arts afstand neemt van de euthanasievraag. Het recht van een arts om te weigeren wordt door niemand in vraag

gesteld. Maar een bezinning over hoe hij als arts en als mens hiermee in zijn relatie met de patiënt kan omgaan, kan bij alle partijen negatieve gevoelens wegnemen. De patiënt en zijn omgeving van hun kant vertrekken soms vanuit een perceptie dat de wetgeving aan hun zijde staat en dat euthanasie nu zonder voorbehoud kan. Het verder verduidelijken van de euthanasiewetgeving en het introduceren van het stappenplan euthanasie zou een eerste aanzet kunnen zijn om efficiënter te communiceren en op weg te gaan bij deze levensvragen. Een samenwerking op alle niveaus en met alle disciplines is een belangrijke vereiste om hieraan tegemoet te komen.

- ♦ Wat het organiseren van een ontslag betreft, zal er steeds overleg gepleegd worden met alle betrokken partijen, denken we hierbij in de eerste plaats aan de patiënt zelf, de familie/omgeving, de huisarts, de thuiszorgdiensten, thuisvervangende centra e.d. Door gerichte informatie door te geven wordt aan de patiënt en de familie de kans gegeven om bewust te kiezen. Vaak leeft nog het idee dat vnl. bij zwaar zorgbehoevende situaties de thuissituatie niet haalbaar is, niet alleen bij de cliënt of zijn familie, maar ook bij de zorgverleners zelf. Toch moet het vertrekpunt blijven dat de patiënt en zijn familie in overleg hun eigen keuzes bepalen. Zeker de draagkracht van de laatste groep bepaalt sterk de richting die gekozen wordt. Daar waar uiteindelijk geopteerd wordt om een overname naar de palliatieve eenheid te realiseren, wordt achteraf vaak betreurd dat men niet sneller gekozen heeft voor een opname op deze afdeling. Toch kan een opname hier pas als patiënt en omgeving ervoor openstaan. Daarnaast wordt een aanvraag voor een palliatieve eenheid soms wel opgestart, maar is er geen opnamemogelijkheid of gaat de patiënt zo sterk achteruit dat een overname niet meer haalbaar is. Een bijkomend probleem bij de ontslagregeling is dat ook wat palliatieve zorgsituaties betreft, we meer geconfronteerd worden met de problematiek van de ligdagen. Een evenwicht vinden tussen een aanvaardbaar ontslagmanagement (gezien binnen het beleidskader) en een menselijke houding is soms een moeilijke, maar tevens noodzakelijke oefening.
- ♦ Palliatieve zorg is een integrale zorg die zich richt tot alle levensdomeinen van de palliatieve persoon en zijn omgeving. Palliatieve zorg is levenszorg. Het is een dagdagelijkse taak van éénieder die werkt binnen het ziekenhuis.

Voor het verslag, namens het PST: De Roep Annick