



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

1. Inleiding

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

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

De WHO verklaart verder dat palliatieve zorg:

- verlichting biedt voor pijnklachten en lijden door andere symptomen;
- het leven eerbiedigt en de dood ziet als een normaal proces;
- de intentie heeft de dood noch te bespoedigen noch uit te stellen;
- de psychologische en levensbeschouwelijke aspecten van de patiëntzorg integreert;



Avis sur l'enseignement des soins palliatifs dans les facultés de médecine en Belgique

1. Introduction

Le nombre de patients atteints de maladies chroniques augmente, à cause du vieillissement de la population et de l'efficacité de la médecine pour des affections aiguës, et augmentera encore d'avantage au cours des années suivantes. Les prochaines décennies verront une accélération de ces évolutions, résultant en un allongement de la durée de vie. En conséquence, plus de 20.000 patients devraient avoir accès à des soins palliatifs en Belgique en 2017. Une formation en soins palliatifs doit dès lors être accessible, et doit être organisée pour les médecins qui prennent en charge des patients avec des maladies en phase terminale. La mise en place d'un traitement palliatif devrait se faire indépendamment du type de maladie, de l'âge, ou de la modalité de la prise en charge, que ce soit à domicile ou en hospitalisation.

Les soins palliatifs sont définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une approche de soins qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles, lorsque ceux-ci sont confrontés aux problèmes rencontrés lors de maladies menaçant la vie. Cette approche est basée sur la prévention et l'apaisement des souffrances, en mettant en œuvre l'identification précoce, l'évaluation précise, et le traitement de la douleur et d'autres problèmes, tels physiques, psychosociaux et spirituels.

L'OMS précise encore que les soins palliatifs :

- visent le soulagement de la douleur et des souffrances liées aux autres symptômes affligeants ;
- affirment la valeur de la vie, tout en considérant la mort comme un processus normal ;
- n'ont pas comme objectif de hâter ni de postposer la mort ;
- intègrent dans la prise en charge les aspects psychosociaux et spirituels des soins ;

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

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

- een ondersteuningssysteem biedt om de patiënten te helpen een zo actief mogelijk leven te leiden tot aan hun dood;
- een ondersteuningssysteem biedt om de familie te helpen om met de ziekte van de patiënt en hun eigen rouwproces om te gaan;
- een teamaanpak hanteert om te voorzien in de behoeften van patiënten en hun families, inclusief rouwverwerking, indien nodig;
- de levenskwaliteit zal verhogen en zo mogelijk ook het ziekteverloop positief zal beïnvloeden;
- vroeg in het ziekteverloop toepasbaar is, in combinatie met een verscheidenheid van andere behandelingen die gericht zijn op het verlengen van het leven, zoals chemotherapie en radiotherapie.

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

Wordt palliatieve zorg onderwezen aan de faculteiten geneeskunde in België?

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

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

- offrent une aide au patient pour vivre aussi activement que possible jusqu'au moment du décès ;
- offrent une aide à la famille durant la maladie du patient et lors du deuil ;
- utilisent une approche de travail en équipe pour rencontrer les besoins des patients et de leurs familles, y compris pour donner des conseils sur le deuil, si nécessaire ;
- visent à améliorer la qualité de vie, et peuvent aussi influencer positivement le décours de la maladie ;
- peuvent être entrepris précocement dans l'évolution de la maladie, en association avec d'autres thérapies qui de base visent à prolonger la vie, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie.

Au cours de la dernière décennie, de nouveaux modèles de soins palliatifs ont été mis en route, et récemment l'OMS a publié une résolution sur l'intégration des soins palliatifs dans les systèmes de santé. Ces initiatives mettent en exergue l'importance d'une approche palliative tout au long de l'évolution de la maladie, cette approche pouvant débiter au stade précoce d'une maladie d'évolution fatale.

Les soins palliatifs sont-ils enseignés dans les facultés de médecine en Belgique ?

Il a été recherché comment les soins palliatifs font partie du curriculum dans les écoles médicales de Belgique. Les points principaux des documents des facultés de médecine en Belgique sont résumés comme suit :

- Il y a une hétérogénéité dans l'enseignement/la formation, que ce soit en termes de volume, de contenu, ou de continuité durant le curriculum et au niveau de la structuration du curriculum.
- Le nombre d'heures consacrées à l'enseignement et à la formation spécifique en soins palliatifs et en soins de fin de vie est dans un nombre de cas limité, et varie considérablement entre les curricula des masters en médecine des différentes facultés de médecine.
- L'enseignement et la formation sont étalés sur plusieurs années du curriculum.
- L'enseignement consiste avant tout en des cours magistraux. Il est rare qu'il y ait contact direct avec des soins palliatifs, comme par exemple au lit de patients en fin de vie. Il n'y a pas de garantie structurelle d'une formation pratique en soins palliatifs pour chaque étudiant, avec un nombre d'heures minimal de formation.
- L'expérience médicale et la formation des enseignants dans ce domaine est hétérogène, et très peu d'entre eux ont eu une formation spécialisée de 3 ans en soins palliatifs, contrairement à la situation

in bepaalde landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, gebruikelijk is.

- In het licht van de beperking van de duur van de opleiding geneeskunde van 7 tot 6 jaar in de bachelor- en mastercurricula, kan zelfs het beperkte aantal verplichte opleidingsuren palliatieve zorg in het gedrang komen.

Het doel van dit document is:

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

2. Vereist expertiseniveau in de palliatieve zorg in ons gezondheidszorgsysteem

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

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

NIVEAU EEN – PALLIATIEVE ZORGBENADERING (*bachelor – master opleiding*): Alle zorgverleners zouden de basisprincipes van de palliatieve zorg moeten leren en toepassen, bij het levenseinde, maar bij voorkeur ook vroeger in het behandelingstraject. De palliatieve zorgbenadering zou een kernvaardigheid moeten zijn van elke arts die in een ziekenhuis of op gemeenschapsniveau werkt. Men zou volledig aan de behoeften inzake levenseindebegeleiding van patiënten met progressieve en gevorderde aandoeningen moeten kunnen voldoen zonder hen door te verwijzen naar een in palliatieve zorg gespecialiseerde dienst of zorgverlener.

Faculteiten geneeskunde zouden zowel in de bachelor- als in de masteropleiding moeten focussen op eindtermen betreffende kennis, attitudes en vaardigheden inzake palliatieve zorg.

NIVEAU TWEE – ALGEMENE PALLIATIEVE ZORG (*master na master of postgraduaatopleiding*): Op dit niveau zal een gedeelte van de patiënten en hun familie kunnen profiteren van de expertise van zorgverleners die een bijkomende opleiding palliatieve zorg hebben gevolgd en ervaring hebben opgedaan. Deze expertise van intermediair niveau kan beschikbaar zijn in ziekenhuis- of

dans d'autres pays, comme par exemple au Royaume Uni.

- Devant la réduction de la formation médicale de 7 à 6 ans au niveau du baccalauréat et du master, le nombre d'heures obligatoires, déjà limités, de formation en soins palliatifs pourrait être mis en question.

Le but de ce document est d'esquisser :

1. Le niveau d'expertise en soins palliatifs requis dans notre système de soins
2. Les objectifs finaux d'éducation en soins palliatifs pour le master en médecine
3. Des recommandations pour développer les soins palliatifs dans les écoles médicales.

2. Niveaux d'expertise en soins palliatifs nécessaires dans notre système de santé

Afin d'organiser les soins palliatifs dans notre système de santé, les soins palliatifs devraient être envisagés à 3 niveaux différents, les niveaux 1 et 2 devant être de mise dans le système de base de tous les soins de santé. Le niveau 3 devrait être disponible sur demande expresse des patients, de leurs familles, et des soignants.

En corollaire, l'enseignement aux soignants des soins palliatifs doit être organisé à *trois niveaux différents* :

NIVEAU UN – APPROCHE DES SOINS PALLIATIFS (*baccalauréat – master*)

Tous les professionnels de la santé doivent étudier et connaître les principes de base des soins palliatifs, tant ceux rencontrés en fin de vie que ceux observés en cas de maladie moins avancée. L'approche palliative des soins devrait être une des notions de base pour chaque clinicien qui travaille dans un hôpital, et aussi pour les acteurs de soins de première ligne. Beaucoup de patients avec des affections progressives avancées devraient pouvoir être traités sans avoir recours à un service spécialisé en soins palliatifs, ni à un soignant spécialisé dans ce domaine.

Les facultés de médecine devraient se pencher, tant durant le baccalauréat que durant le master, sur les objectifs finaux qui concernent les soins palliatifs, de même que sur les attitudes à adopter et les connaissances et aptitudes à acquérir.

NIVEAU DEUX – SOINS PALLIATIFS GÉNÉRAUX (*formation post-graduée*) :

A ce niveau, une proportion de patients et leurs familles bénéficieront de l'expertise de professionnels de la santé qui ont eu une formation supplémentaire et une expérience en soins palliatifs. Cette expertise de niveau intermédiaire peut être disponible dans un hôpital ou au niveau des soins de santé de première

gemeenschapsongevingen. De algemene kennis en vaardigheden inzake palliatieve zorg moeten worden behandeld in de curricula voor huisartsen en alle andere klinische specialismen, zoals radiotherapie, pneumologie, gastro-enterologie, pediatrie, geriatrie, cardiologie, oncologie, hematologie, gynaecologie, neurologie, nefrologie, urgentiegeneeskunde en intensieve zorgen. Een onderwijsbeleid voor dit niveau moet gericht zijn op de organisatie van *postacademische opleidingen* (“*Manama*”) voor artsen en moet pathologiespecifiek zijn: de grondige palliatieve opleiding voor huisartsen verschilt van de behoeften in de oncologie en alle soorten chronische, niet-maligne aandoeningen (chronisch hartfalen, COPD, neurodegeneratieve aandoeningen, dementie, nierfalen ...). Er moeten dringend pathologiespecifieke richtlijnen worden ontwikkeld voor het stopzetten of het afzien van ziektespecifieke behandelingsprocedures.

Multidisciplinaire teamvergaderingen met verpleegkundigen, diëtisten, apothekers, en andere zorgverleners waarin complexe palliatieve patiënten kunnen worden besproken, zijn eveneens noodzakelijk. Professionele verenigingen voor palliatieve zorg kunnen deze postgraduaatopleidingen ondersteunen bij de verschillende specialistenverenigingen.

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

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

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

ligne. Les enseignements en soins palliatifs devraient être accessibles dans les programmes de formation des médecins généralistes, tout comme dans les formations pour toutes les autres spécialités cliniques, médicales ou chirurgicales, comme en radiothérapie, pneumologie, gastro-entérologie, pédiatrie, gériatrie, cardiologie, oncologie, hématologie, gynécologie, neurologie, néphrologie, médecine d'urgence et intensive. Une politique d'éducation correspondante à ce niveau doit être intégrée dans la formation post-graduée, et doit être spécifique à la pathologie : en effet, l'éducation approfondie en soins palliatifs pour les médecins généralistes est différente de celle pour un oncologue ou de celle pour toutes sortes de maladies chroniques non malignes (décompensation cardiaque chronique, BPCO, maladie neurodégénérative, démence, insuffisance rénale...). Il y a un besoin de développer des recommandations, spécifiques aux différentes pathologies, d'interromption du traitement ou d'abstention de traitement spécifique.

Des rencontres multidisciplinaires avec des infirmier(e)s, diététicien(ne)s, pharmacien(ne)s, et avec autres soignants pour discuter des patients qui nécessitent des soins palliatifs complexes, sont aussi nécessaires. Des associations professionnelles de soins palliatifs peuvent offrir un support à ces formations post-graduées qui sont organisées par différentes associations professionnelles et spécialisées.

NIVEAU TROIS – EXPERTS EN SOINS PALLIATIFS (*position académique*) :

Les services de soins palliatifs spécialisés ont comme activité de base et spécifique de délivrer des soins palliatifs, d'enseigner les soins palliatifs, et de faire de la recherche en soins palliatifs. Ces services sont plus spécialisés en soins à accorder à des patients qui ont des besoins complexes et contraignants, et qui en conséquence demandent un niveau plus avancé de formation des soignants, et une infrastructure plus adaptée. Ces soins palliatifs spécialisés sont gérés par une équipe multi-disciplinaire, sous la direction d'un médecin avec une expertise en soins palliatifs. Les services de soins palliatifs peuvent être accessibles dans des organisations de soins primaires (équipe de soins palliatifs multidisciplinaires), dans des hôpitaux généraux (équipe de support en soins palliatifs), et dans des unités d'hospitalisation spécialisées (unités de soins palliatifs).

La politique de formation à ce niveau est complexe, et nécessite de s'investir en recherche scientifique et en éducation académique interuniversitaire et internationale. Ces services devraient créer des chaires en soins palliatifs dans les universités et dans les hôpitaux universitaires, développer des programmes de recherche, établir des associations professionnelles, éditer des journaux professionnels, organiser des conférences, et aussi mettre en place un programme de

conferenties organiseren, maar ook doctoraatsprogramma's palliatieve zorg ontwikkelen.

3. Eindtermen voor master in de geneeskunde

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

a. Pijn- en symptoombestrijding

De arts past de principes toe van palliatieve zorg en van de beoordeling en bestrijding van pijn en andere symptomen (bv. dyspneu, vermoeidheid, misselijkheid, constipatie, depressie) en het beheer van palliatieve zorg.

De arts kan deze principes uitleggen en toepassen, niet alleen bij het levenseinde, maar ook vroeger in elk ziekteverloop wanneer symptomen al zichtbaar en zwaar om dragen worden voor de patiënten en hun families.

b. Communicatie over de dood en het sterven

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

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

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

c. Verandering van de behandelingsdoelen bij het levenseinde

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

doctorat en soins palliatifs.

3. Objectifs finaux pour le master en médecine

Dans le but d'atteindre, dans notre système de santé, le niveau d'expertise décrit dans les paragraphes précédents, les écoles médicales devraient implémenter les objectifs éducationnels suivants, à atteindre après 6 années de formation :

a. Prise en charge de la douleur et des symptômes

Le médecin est en mesure d'appliquer les principes de soins palliatifs, d'évaluer et de traiter la douleur et d'autres symptômes (comme dyspnée, fatigue, nausées, constipation, dépression), et de gérer des soins palliatifs.

Le médecin peut expliquer et appliquer ces principes non seulement en situation de fin de vie, mais également à un stade plus précoce de la maladie, alors que les symptômes deviennent déjà apparents et pénibles pour les patients et leurs familles.

b. Communication sur la mort et le décès

Le médecin est en mesure de communiquer le diagnostic et le pronostic, prenant en considération l'équilibre émotionnel du patient et de sa famille, leurs capacités de compréhension, et la qualité du support qui l'entoure.

Le médecin est capable de communiquer avec le patient et la famille sur la fin de vie et le décès, et sur les différentes options de soins en fin de vie, respectant les croyances et les valeurs spirituelles du patient et de sa famille. Ceci comprend l'habileté nécessaire pour informer sur les traitements futiles et vains, et pour discuter avec le patient et la famille l'intérêt d'éviter et d'interrompre des traitements comme vitamines, médicaments visant à diminuer le niveau de cholestérol, médicaments préventifs, et toute forme d'intervention chirurgicale.

Le médecin choisit un environnement adéquat, avec tout support nécessaire, pour la communication de nouvelles compliquées et défavorables.

c. Modification des options thérapeutiques en fin de vie

Le médecin est capable d'identifier les patients avec un besoin en soins palliatifs, et d'orienter le traitement à visée curative vers des soins palliatifs, ce faisant en se concentrant sur la qualité de vie du patient et de sa famille, en lieu et place d'une attention ciblée sur la maladie. Il guidera finalement vers des soins terminaux, visant une mort paisible, avec support pour la famille, ceci dans le but d'éviter un deuil compliqué. Il clarifie les attentes et préférences des patients, et recueille l'information sur les aspects somatiques, psychologiques, sociaux et spirituels de leurs symptômes et de leurs plaintes, tout comme il recueille l'information sur la situation familiale et sociale du patient, sa compréhension, son expérience et ses

en klachten en over de toestand van de patiënt, zijn inzicht, bezorgdheden en ziekte-ervaring.

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

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

d. Advance Care Planning (ACP)

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

e. Zorgethiek en -limieten van de arts

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

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

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

f. Interdisciplinaire samenwerking en thuiszorg

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

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

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

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

4. Bijkomende aanbevelingen

soucis sur sa maladie.

Le médecin explique les critères quant à l'ordre « A ne pas ressusciter » et possède la connaissance de les documenter dans le dossier du patient, tout comme il informera ses collègues sur cet ordre.

Le médecin identifie les principes d'éthique qui concernent les décisions d'interrompre ou de ne pas appliquer le traitement prolongeant la vie.

d. Planification des soins

Tous les médecins (tant les médecins généralistes que les médecins spécialistes) peuvent planifier le traitement avec les patients et leurs familles, et sont en mesure de réévaluer et de documenter régulièrement les préférences du patient. Lorsque le patient est renvoyé à une autre organisation de soins, le médecin responsable transmet les préférences du patient aux autres soignants.

e. Les limites éthiques des soins médicaux

Le médecin en charge a une attitude de soignant appropriée, avec professionnalisme de haut niveau, incluant honnêteté, intégrité, compassion, responsabilité, engagement, empathie et altruïsme.

Le médecin maintient une balance appropriée entre son rôle professionnel et ses sentiments personnels, et est conscient des conflits d'intérêts potentiels.

Le médecin est compréhensif et offre une réponse aux aspects psychologiques, sociologiques, culturels et spirituels du patient et de sa famille. Le médecin développe une compétence culturelle pour fonctionner de manière efficace en cas d'interaction transculturelle.

f. Collaboration interdisciplinaire et soins à domicile

Le médecin traitant fait preuve de capacités anamnétiques et de communication avec les patients, leur famille et d'autres soignants, et cherche de l'information d'autres sources, avec différenciation des concepts de « maladie » telle que vécue par le patient versus l'histoire médicale d'un désordre de la santé.

Le médecin prend en considération le contexte relevant et l'histoire du patient et de sa famille, tout comme les charges liées au traitement.

Le médecin connaît le milieu social et culturel du patient, et intègre cette notion dans son travail clinique.

Il prend en compte l'importance de la « continuité des soins », et aussi l'importance de l'information à donner au patient lorsqu'il est transféré de l'hôpital vers une organisation ambulatoire.

4. Recommendations supplémentaires

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

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

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

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

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

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

Dans le but d’implémenter les notions citées ci-dessus dans les facultés de médecine, les Académies proposent différentes façons d’implémenter les objectifs éducationnels.

a. Intégration horizontale et verticale. L’éducation en soins palliatifs doit être étalée sur l’entièreté de la formation de Bachelier et de master en médecine, avec une attention attirée sur les aspects psychosociaux (y compris la connaissance de soi), spirituels, organisationnels, de communication et d’éthique (années 1 à 3), et sur les aspects cliniques (évaluation de la douleur et d’autres symptômes affligeants, la prise en charge de symptômes, la planification des soins avancés; la décision collégiale, les soins aux patients en fin de vie, la sédation palliative, l’euthanasie, etc.). Y est comprise la formation au lit du patient durant les années de formation au master (années 4 à 6).

b. Le programme de soins palliatifs doit être porté à l’attention de l’étudiant durant l’entièreté du curriculum. Idéalement, une personnalité académique devrait être nommée comme **coordinateur responsable** pour monitorer le progrès de la formation au long des années (connaissances et aptitudes).

c. Méthodes d’enseignement. En plus des cours, des stages, des discussions en groupes restreints, de l’enseignement interactif, et des jeux de rôle, des formations au lit du patient sont nécessaires. Des sessions d’enseignement multidisciplinaires avec des étudiants d’autres professions (infirmiers, pharmaciens, psychologues cliniciens, assistants sociaux, théologiens...) sont encouragées.

d. Enseignants. L’enseignement obligatoire des soins palliatifs et la formation en soins palliatifs devraient être donnés par des cliniciens experts en soins palliatifs, venant de différents horizons professionnels (médecins généralistes, anesthésiologistes, oncologues, géiatres, pédiatres, pneumologues, cardiologues, hépatologues, néphrologues, infirmiers, pharmaciens, psychologues, aumôniers, assistants sociaux). Il y a lieu de s’assurer de l’ouverture de postes en recherche et de postes pour l’enseignement en soins palliatifs, ceci dans l’optique d’une formation et d’un enseignement mis à jour en continu.

e. Évaluation/examen. un bon format facultaire d’un examen en soins palliatifs est celui d’un apprentissage basé sur un portfolio. D’autres canevas de formation et d’examen sont basés sur des histoires structurées de patients, d’un projet de travail, ou d’un OSCE (objective structured clinical examination).