

**prof. K.C.P. Vissers** richtte als anesthesioloog met specialisatie in de pijnbestrijding het multidisciplinair pijncentrum op van het Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk, België. Hij was er nauw betrokken bij de uitbouw van de dienst palliatieve zorg en stimuleerde de thuiszorg voor patiënten met een ongeneeslijke aandoening. In 2005 werd hij benoemd tot hoogleraar in de palliatieve zorg en pijnbestrijding van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen.

Binnengekomen 17 juni 2007

Geaccepteerd 8 februari 2008

KRIS VISSERS

## PALLIATIEVE ZORG ALS 'HEELKUNST'<sup>1</sup>

27

PALLIATIEVE ZORG ALS 'HEELKUNST'

### INLEIDING

Het pogen om ongemakken te voorkomen of te verlichten van mensen die lijden, is zo oud als de mensheid. De palliatieve gedachte is breder dan het verlichten van de klachten, zij omvat eveneens de totale ondersteuning van de patiënt met als doel een verbeterd comfort. De evolutie van de medische wetenschap zorgde ervoor dat meer aandoeningen behandelbaar zijn en er een betere symptoomcontrole mogelijk is. Nu we in een periode van hoog technologische geneeskunde leven, is het herdefiniëren van palliatieve zorg noodzakelijk.

Na een kort historisch overzicht van de palliatieve zorg wordt in dit artikel aandacht besteed aan de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), die een breder kader schept voor de palliatieve zorg. De noodzaak van een evenwichtige samenwerking tussen orgaangerichte geneeskunde en palliatieve zorg wordt aangekaart, alsook het principe van preventie in de palliatieve zorg.

### HISTORIE VAN DE PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg en de christelijke gedachte lopen parallel. Het verstrekken van geneeskundige zorg werd lange tijd bestempeld als een bevoorrechte interactie tussen patiënt en zijn arts.

Zorgverleners, artsen in het bijzonder, zijn opgeleid om mensen te genezen. Dit handelen steunde op het principe van *primum non nocere*: het niet schaden van de patiënt, en op *beneficentia*: het helpen van de patiënt. Het eerste principe vindt zijn oorsprong in een humane visie op het leven en de ziekte en werd reeds vroeg geformuleerd in de eed van Hippocrates.<sup>2</sup> Ik citeer:

*'Ik zal naar mijn beste oordeel en vermogen en om bestwil mijner zieken hun een leefregel voorschrijven en nooit iemand kwaad doen. Nooit zal ik, om iemand te gerieven, een dodelijk middel voorschrijven of een raad geven die, als hij wordt gevolgd, de dood tot gevolg heeft...' 'Ik zal de zuiverheid van mijn leven en mijn kunst bewaren. In ieder huis waar ik binnentreed, zal ik slechts komen in het belang van mijn patiënten...' 'Ik zweer dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan, zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvatting. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de*

*samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.'*

De opdracht, die vele zorgverleners hebben gezworen, houdt in dat wij ook de plicht hebben de patiënt zo volledig mogelijk te informeren en hem te respecteren in zijn opvatting. De eed moet men zien in een Grieks filosofisch kader van goed vakmanschap, waarbij de timmerman als een goed vakman het beeld van de natuur dat verborgen zit in het hout, zonder beschadigen naar buiten moest brengen. De kunst van het geheel.

Het tweede principe van het goed doen aan de patiënt komt ons denken binnen via de Samaritaanse traditie in de geneeskunde. Zo is bekend dat Lucas de evangelist een geneeskundige achtergrond had en de barmhartige samaritaan maakte gebruik van Griekse behandelprincipes om de zieke te helpen. Tijdens de kruistochten werden in Xenodochia of hospices en privaatwoningen door de hospitaalridders vermoeide pelgrims opgevangen en verzorgd, en ook zieke of zorgbehoevende burgers konden daar terecht. Deze ridders spraken vaak van 'our lords, the sick'. Deze huizen verloren door de eeuwen heen geleidelijk hun nut, door het ontstaan van de ziekenhuizen. Toen men er dankzij de ontwikkeling van de geneeskunde steeds meer in slaagde om 'jaren aan het leven toe te voegen', werd de nood aan kwaliteit van leven en sterven ook steeds groter. Het was Dame Cecily Saunders, een Engelse verpleegkundige en arts, die in Zuid-Londen in de jaren 1960-1970 een speciale ruimte inrichtte voor mensen die in het ziekenhuis waren opgegeven en die thuis niet konden sterven, namelijk het St. Christopher's Hospice. In dit hospice – en de andere die ze later oprichtte – streefde zij ernaar om de door de somatische geneeskunde opgegeven patiënten, maar ook hun naasten, te begeleiden gedurende de laatste fase van het leven. Zij pleitte voor een adequate pijnbestrijding, een symptomatische behandeling van andere klachten en aandacht voor de psychosociale en spirituele problemen. Zij leerde dat zorg aan uitbehandelde patiënten moet worden aangeboden in hun eigen omgeving of, als het niet anders kan, in een vervangende omgeving die zo veel mogelijk op thuis lijkt. Dit zou een kleinschalige, rustige omgeving moeten zijn,

met ruimte voor warmte en medemenselijkheid, waar de naasten of mantelzorgers van de patiënt nadrukkelijk bij de verzorging worden betrokken. Kortom: een totale thuisbegeleiding naar een waardige dood, want dát valt aan patiënten en naasten nog te bieden als genezing niet meer mogelijk is.

## **PALLIATIEVE ZORG IS TOTAALZORG**

Palliatieve zorg verdiept zich. In 1990 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de eerste definitie van palliatieve zorg, welke de nadruk legde op de terminale fase.<sup>3</sup> In 2002 publiceerde de WHO een nieuwe definitie, waarbinnen de Nijmeegse visie en het beleid, zoals ik ze verder zal uitwerken, veel beter past.<sup>4</sup> Deze recente definitie toont een aanzienlijke verbreding van het toepassingsdomein van palliatieve zorg: van symptoomverlichting en verbetering van de levenskwaliteit, naar een integrale holistische benadering van de ongeneeslijk zieke patiënt, dus niet alleen van de kankerpatiënt. Zij legt bovendien een belangrijk accent richting spirituele en existentiële noden. De definitie van palliatieve zorg luidt nu als volgt: 'Palliatieve zorg is een benadering die de levenskwaliteit verbetert van patiënten en hun families die geconfronteerd worden met levensbedreigende aandoeningen, door preventie en verlichten van lijden door middel van een vroeg opsporen en een foutloze evaluatie en behandeling van pijn en andere problemen, fysieke, psychosociale en spirituele.'<sup>5</sup> Palliatieve zorg heeft de volgende accenten: 'Zij geeft pijnverlichting en vermindering van andere lastige symptomen, zij affirmeert leven en beschouwt sterven als een normaal proces, zij heeft niet de intentie om het overlijden te versnellen of uit te stellen, zij biedt een ondersteuningssysteem om de patiënt te helpen om zo actief mogelijk te leven tot de dood, zij biedt een ondersteuningssysteem om de familie te helpen de ziekte van de patiënt te aanvaarden en om te gaan met hun persoonlijk verlies, zij maakt gebruik van een groepsbenadering om te beantwoorden aan de noden van de patiënten en hun families, met inbegrip van overlijdensbegeleiding indien aangewezen, zij zal de levenskwaliteit verbeteren en kan ook het verloop van de ziekte positief beïnvloeden, zij is van toepassing in het begin van het ziektebeloop in associatie met andere

behandelingen die tot doel hebben het leven te verlengen, zoals chemo- of radiotherapie, en zij omvat die onderzoeken die noodzakelijk zijn om de beangstigende klinische complicaties te begrijpen en te behandelen.' De 'gehele geneeskunst' is nodig om dit waar te maken. In de volgende paragrafen wordt duidelijk waarom dat het geval is.

Voor palliatieve zorg is het van belang dat de grenzen van het medisch kunnen en de natuurlijke evolutie van het leven realistisch worden voorgesteld. De eerlijkheid om toe te geven dat de ziekte onomkeerbaar is, zelfs wanneer de levensverwachting nog vrij lang is, is de basis voor de uitbouw van een goed zorgtraject (Clayton et al., 2005). De WHO-definitie van 2002 specificeert duidelijk de integratie van behandelingen die het leven kunnen verlengen met de symptoombehandeling en de globale adviserende en steunende rol van de palliatieve zorg. Een hulpverlener kan het recht hebben een behandeling niet uit te voeren als hij ervan overtuigd is dat deze behandeling schadelijk zou kunnen zijn voor de integriteit van de patiënt. In logische omstandigheden van een consultatie zal de arts dit duidelijk maken aan de patiënt die hier zijn conclusies uit kan trekken (Clayton et al., 2005). Dit principe is bijzonder belangrijk voor een goede uitvoering van een palliatief zorgprogramma, omdat op deze wijze de zin en het nut van iedere medische behandeling door iedere arts en zorgverlener in ieder patiëntencontact wordt ingebouwd en men dus daadwerkelijk in overleg met de patiënt behandelingen zal starten of staken. Deze erkenning van de beperkingen van de curatieve geneeskunde door hulpverleners en patiënten zal een belangrijke omslag van het curatieve naar een zorgprogramma mogelijk maken, waardoor bijna per definitie de kennis van palliatieve zorg zal worden ingebed in het zorgstelsel voor alle patiënten. Iedereen wordt vroeg of laat geconfronteerd met ongeneeslijk zieke mensen en velen voelen zich in dergelijke situaties verloren. Informatie over de doelstellingen en de werkingsprincipes van palliatieve zorg zou ertoe moeten bijdragen dat de bevolking in het algemeen en de patiënten en hun familie op een meer serene manier meewerken bij het uitstippelen van het zorgtraject. Alle zorgverstrekkers moeten een basisopleiding palliatieve zorg krijgen om als volwaardig lid

van het team, dat de patiënt en zijn omgeving begeleid, te kunnen functioneren.

## **MEDISCH-ETHISCHE DILEMMA'S DOOR NIEUWE ZORG?**

Palliatieve zorg wordt nog te veel als synoniem voor de zorg van de laatste dagen of weken beschouwd. Het is een feit dat tijdens de voorgaande eeuw de geneeskunde als het ware 'revoluties' heeft gekend zoals de ontdekking van de penicilline en het toepassen van kijkoperaties. Regelmatig zien we hoopgevende berichten opduiken waarin de ontdekking van een nieuwe therapie voor een tot op heden onbehandelbare aandoening wordt aangekondigd. Het is dan ook logisch dat het overschakelen van curatieve naar palliatieve zorg moeilijk te aanvaarden is. Het is van uitzonderlijk belang de palliatieve zorg in een breder kader te beschouwen.

In de eerste plaats moet de grens tussen curatieve en palliatieve zorg vervagen om een vloeiende overgang mogelijk te maken. De moderne geneeskunde stelt ons in staat aandoeningen die vroeger onvermijdelijk de dood tot gevolg hadden, te genezen of te behandelen, zodat de patiënt nog een aanzienlijke periode van goede levenskwaliteit krijgt. Hierdoor kan het palliatieve traject aanzienlijk worden verlengd. Nochtans is sterven inherent aan het leven, hoe goed we dit ook met zijn allen proberen te ontkennen of te verbergen. De periode tussen geboorte en overlijden wordt bepaald door vele erfelijke en omgevingsfactoren. De inherentie dat leven en dood met elkaar verweven zijn als belangrijke tegengestelde polen, lijkt vanzelfsprekend, maar blijft confronterend als het om geliefden gaat. Een markant moment in het leven is voor vele mensen het eerste contact met ziekte waarbij curatie of genezing niet langer mogelijk is. Het spreekt vanzelf dat alles in het werk moet worden gesteld om de periode die op dat moment volgt, zo comfortabel mogelijk te laten verlopen. Tot op heden was de aandacht in de gezondheidszorg erg gericht op de acute aanpak van in het oog springende aandoeningen, met als doel curatie en volledige genezing. Gaandeweg bleek echter dat voor vele aandoeningen zowel volledig herstel als curatie niet mogelijk waren. Hiervoor zijn nieuwe professies in de gezondheidszorg noodzakelijk, waarbij

zorgverleners zich ervan bewust moeten zijn dat een orgaangerichte aanpak volgens het biomedische model ontoereikend kan zijn om de chronische problemen van een patiënt te verhelpen. Een bredere biopsychosociale gezondheidszorg wordt hierdoor belangrijk, zoals de palliatieve consultatieteams, het palliatieve netwerk en de centra ter behandeling van patiënten met chronische pijn (Crul en Van der Linden, 1983). Al deze zeer gespecialiseerde diensten verlenen een bijzonder intensieve multidisciplinaire zorg op een uitzonderlijk niveau die voornamelijk gericht is op het beheersen van de klachten en een verbetering van de levenskwaliteit bij meestal therapieresistente symptomen waar tot op heden weinig duidelijke richtlijnen ter behandeling voorhanden waren. Pas wanneer de hulpverleners die werkzaam zijn in de chronische zorg, professioneel in een multidisciplinair kader gaan samenwerken met de orgaanspecialisten die zich met primaire diagnostiek en behandeling bezighouden, zal er een logische ketenzorg ontstaan waar begin- en eindpunt van de zorg beter gedefinieerd zullen zijn. Dit betekent concreet dat binnen de ziekenhuizen en gezondheidscentra niet alleen rekening moet worden gehouden met een basisfinanciering van primaire behandelingen, maar dat ook rekening moet worden gehouden met de omkadering van de verdere opvang van chronische zorg. De zorgketen moet in zijn totaliteit voorgelegd en bestudeerd worden alvorens men de diagnostiek en behandeling kan aanvatten.

In de tweede plaats moet elke zorgverstrekker, en meer in het bijzonder elke arts, de beperkingen van de moderne geneeskunde kunnen erkennen en de patiënt durven beschermen voor de utopie dat elke ziekte kan worden beheerst.

De zorgverleners zijn hoeders van de eindigheid, een wijsheid die in ieder lichaam verscholen ligt. De palliatieve gedachte en zorg houdt rekening met deze eindigheid waardoor de geneeskundige balans weer in evenwicht wordt gebracht. Dit vraagt van hulpverleners in de palliatieve zorg een bijzondere professionalisering. Het vraagt de kunde mee te denken op de raakvlakken van de nieuwe ontwikkelingen in de oncologische en andere terminale aandoeningen. Zodra er geen curatieve zorg meer mogelijk is, schakelen we moeilijk over op een ander 'doen'. We moeten ons de vraag stellen: wat is de zin van dit 'doordoen'?

Hiermee komen we terecht bij de vraag naar een zinvolle geneeskunde en zorg, kortom bij zorgverleners met grenzen. Techniek leidt tot merkwaardige resultaten, maar houdt ook verleidingen en gevaren in. Van belang is hier vooral het verschil tussen resultaat en zin. Zo indrukwekkend zijn de resultaten van de techniek dat ze dit verschil dreigen te maskeren. Het lijkt er bijvoorbeeld op dat zin bereikt is als kanker volledig beheerst zal zijn. Maar met dit resultaat is nog niets gezegd over de betekenis van de beheersing van kanker of een onbehandelbare aandoening zoals terminale long- of hartaandoeningen. Door deze technische kennis wekt de moderne geneeskunde bij het publiek de droom dat ze ten slotte elke ziekte zal beheersen. Maar juist tegen deze droom zou de arts en gezondheidswerker het publiek moeten beschermen (Travis et al., 2005). We moeten ons beschouwen als een hoeder van de eindigheid, een wijsheid die in ieder van ons en in ieder lichaam verscholen zit.

## NAAR EEN PREVENTIEVE AANPAK IN DE PALLIATIEVE ZORG

Literatuuronderzoek naar preventie en palliatieve zorg resulteert voornamelijk in studies omtrent de preventie van kanker zelf, de preventie van infecties of doorligwonden. Toch gaan er stemmen op dat vroegtijdig instellen van de palliatieve zorg, in de brede zin van het woord, veel lijden kan voorkomen. De vraag dringt zich op of 'palliatieve preventie' betaalbaar is (Weinstein, 1990). In 1990 werd dit onderwerp reeds door de WHO aangekaard. Hierbij werden twee adviezen geformuleerd: (1) de kosteneffectiviteit van een preventief programma moet zorgvuldig worden onderzocht en (2) een preventief programma moet niet aan strengere evaluatiecriteria worden onderworpen dan andere gezondheidsprogramma's. Zij moeten geen geld besparen, maar de gezondheid of de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving verbeteren. De preventieve palliatieve zorg beoogt de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving te verbeteren. Vele artsen in de palliatieve zorg braken reeds een lans om de hoogtechnologische ingrepen, die vaak meer bijwerkingen en complicaties veroorzaken en enkele 'dagen van lijden' aan het leven toevoegen, op een rationele manier aan te wenden. Het nettoresultaat

hiervan cijfermatig bepalen is onmogelijk. Toch zal een ongeneeslijk zieke patiënt en zijn familie die een realistisch verwachtingspatroon hebben, die afdoende zijn geïnformeerd omtrent de pijn- en symptoomcontrole, rustig kunnen 'genieten' van de laatste levensperiode, wat op zich een grote verbetering van de levenskwaliteit zal betekenen. Hierbij moet gezegd worden dat een goed ingelichte familie het rouwproces ook beter zal ondergaan en minder medische hulp nodig zal hebben. Helaas moet ik al te vaak constateren dat in het huidige zorgstelsel palliatieve preventie niet belangrijk is. Preventie wordt niet gefinancierd en wordt niet als een belangrijke must ingebouwd in de gezondheidszorg. In het licht van de nieuwe definitie van de WHO, die ik al eerder noemde, wil ik ervoor pleiten dat behandelaars uit de curatieve geneeskunde rekening houden met de multidisciplinaire centra die in de verschillende domeinen worden uitgebouwd. Door deze benadering wordt al vanaf de diagnose rekening gehouden met een realistische weergave van behandelingspraktijken in plaats van de somatische aanpak waarbij al veel vroeger kon worden overgeschakeld naar palliatieve zorg. Hierdoor zal palliatieve zorg niet langer het laatste wagonnetje zijn dat wordt geconsulteerd als de 'tekenen des doods' duidelijk zichtbaar zijn. Om dit mogelijk te maken is het belangrijk de kennis over het leven en de levenscyclus van ieder individu te bestuderen, in kaart te brengen, te anticiperen en te integreren in welk behandelingstraject ook. Alleen door deze kennis zal preventie ontstaan!

De voorspelbaarheid van het verloop van de ziekte blijft daarbij een probleem. Het verloop van een ziekte varieert immers van patiënt tot patiënt. Tot op heden werd pas dan op een palliatief zorgkader overgeschakeld wanneer de kans op genezing niet langer aanwezig was en werd vaak te laat aandacht besteed aan het uitbouwen van het comfort van de patiënt in zijn laatste periode. Voor velen gaat het begrip palliatieve zorg gepaard met een te verwachten overlijden binnen enkele weken, waardoor dit type zorg beperkt blijft tot directe stervensbegeleiding. Uiteraard is een goede stervensbegeleiding belangrijk: dit wil zeggen de voorbereiding van de patiënt en zijn omgeving op een progressief verslechterende gezondheidstoestand, het informeren omtrent de verschillende mogelijkheden van sterven en de mensen de tijd geven om de infor-

matie te begrijpen, te verwerken en eventueel keuzen te maken (Working Party on Clinical Guidelines in Palliative Care, 1997). Een goed geïnformeerde patiënt kan samen met zijn omgeving de verschillende aspecten afwegen en aan de hand van de eigen prioriteiten een gewogen keuze maken, wat zijn autonomie zal bevestigen. Voor vele ziekten wordt dit plan retrospectief duidelijk, maar het ontbreekt aan een prospectieve visie. Een zorgverlener of arts heeft weinig indicatoren die duidelijk aangeven op welk traject de patiënt zich bevindt, waardoor hij steeds alle middelen volledig inzet, wat in het huidige zorgkader veel discussie opwekt! Tegenover de veelheid van aandoeningen waaraan de mens kan lijden, zijn er maar een paar trajecten waarbinnen de palliatieve zorg zich afspeelt. Een goede kennis en meetbaarheid van deze trajecten zal het mogelijk maken om de zorg beter te voorspellen en af te stemmen op de werkelijke behoeften van de patiënt (Ellershaw, Forster en Murphy, 1997). Hoe meer je van mensen weet, hoe ingewikkelder hun problemen worden. Toch moeten we het verwachte verloop van een ziekte bespreekbaar maken. De eerlijke communicatie moet ertoe leiden dat de patiënt integraal deel uitmaakt van het team dat hem omringt. Dit doet de vraag rijzen wat het ideale moment is om met palliatieve zorg te starten. De kennis en kunde om deze vraag te beantwoorden moet minutieus worden aangeleerd aan hulpverleners in opleiding. Dat deze kunde – naast een pure somatische aanpak – bijzondere capaciteiten vraagt, is evident (Han et al., 2005).

## GOEDE PALLIATIEVE ZORG STREEFT NAAR INTEGRATIE EN KETENZORG

Alle professionals in de gezondheidszorg zijn opgeleid met het doel te genezen en het leven in stand te houden. Daarnaast evolueerde de geneeskunde zo snel dat superspecialisaties zich opdrongen: voor bijna elk orgaan is er een specialisme en toch blijft de patiënt en vooral de ongeneeslijk zieke patiënt één geheel waar de wisselwerking tussen psychische, sociale en somatische ervaringen in belangrijke mate mede het eindresultaat zullen bepalen. Het is dan ook logisch dat de zorg voor de patiënt voor wie genezen niet meer mogelijk is, niet door één enkele hulpverlener op zich genomen kan worden. Palliatieve zorg is een multidis-

ciplinair specialisme, waar de eerstelijns hulpverleners een centrale rol spelen (Nikbakht-Van de Sande et al., 2005). Een integraal zorgprogramma zal aandacht moeten besteden aan het behandelen van alle symptomen die een kwaliteit van leven of sterven in de weg staan, zoals pijn, nausea, braken, verwardheid, doorligwonden. Te vaak wordt er pas over het ongeneeslijke karakter van de aandoening gepraat wanneer de laatste levensdagen zijn bereikt. De patiënt zelf kan dan reeds in een semicomateuze toestand verkeren, terwijl door de aanhoudende inspanningen om betere, meer invasieve of sterkere behandelingen uit te proberen de patiënt en zeker zijn naasten in de waan blijven dat er toch nog genezing mogelijk is. Het kan niet voldoende worden benadrukt dat palliatieve zorg teamwerk in de zorg is, waarbij elke partner een belangrijke rol te vervullen heeft. Alle partners van het team hebben idealiter een gespecialiseerde opleiding, ervaring en toegang tot begeleiding, inclusief psychologische begeleiding en spirituele en existentiële vraagstellingen. Het inzicht dat medische zorg veel verder reikt dan biomedische zorg, is een positieve verworvenheid van deze tijd. De beweging vertrekt bij een al dan niet bewuste kijk op wat waardevol is in het leven. Daarop ent zich op een gegeven moment een confrontatie met ziekte en kwaad. Dit leidt tot een moment van interpretatie van het ziek zijn en van diagnostische therapeutische en prognostische beslissingen. Steeds is er ook in mindere of meerdere mate een lijdensmoment, soms gevolgd door het moment van het sterven. Soms is er een genezingsmoment, altijd is een helingsmoment mogelijk (Desmet, 1998). En er komt een moment dat men ervaart dat hoe dan ook een nieuw leven is begonnen: men kijkt nu anders tegen de mensen en de dingen aan.

## TOT SLOT

Samenvattend, er is nog een lange weg af te leggen vooraleer we de gedocumenteerde 'beste palliatieve zorg' hebben. Er is nood aan het doorbreken van taboes, er moet werk worden gemaakt van het leren samenwerken van verschillende zorgverleners als een team waarvan de patiënt en zijn familie integraal deel uitmaken. Er moet voortdurend worden gewerkt aan de opleiding van zorgverleners, die op hun beurt toe-

gang moeten hebben tot (psychologische) begeleiding. De zorgtrajecten moeten kritisch geëvalueerd worden en de zwakke punten moeten worden weggewerkt. Er is nood aan betere middelen voor de symptoomcontrole. Maar voor alles is er nood aan communicatietraining. Alle teamleden moeten onderling en met de patiënt en zijn familie op een accurate en eerlijke manier leren communiceren.

## NOTEN

1. Dit artikel is een bewerking van de oratie van prof. Vissers, uitgesproken bij de aanvaarding van zijn leerstoel aan het UMC St. Radboud op 23 juni 2006.
2. Wikipedia (2007) 'Eed van Hippocrates'. Geraadpleegd op: [http://nl.wikipedia.org/wiki/Eed\\_van\\_Hippocrates](http://nl.wikipedia.org/wiki/Eed_van_Hippocrates).
3. Zie voor deze definitie: 'WHO definition of palliative care' (1990). Geraadpleegd op: <http://64.85.16.230/educate/content/elements/whodefinition.html> ed.
4. Zie voor deze definitie: WHO definition of palliative care (2002). Geraadpleegd op: [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)
5. Zie voor deze definitie: WHO definition of palliative care (2002). Geraadpleegd op: [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)

## LITERATUUR

- Clayton, J.M., P.N. Butow, R.M. Arnold en M.H. Tattersall (2005) 'Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers'. *Cancer* 103(9), p. 1965-1975.
- Crul, B. en A. van der Linden (1983) 'Pijnbehandeling bij kanker. De rol van het Integraal Kankercentrum bij de behandelingsmogelijkheden van pijn bij kanker'. *Medisch Contact* 48, p. 1517-1519.
- Desmet, M. (1998) *Dag & Nacht. Een spiritualiteit vanuit de medische ervaring*. Tielt: Uitgeverij Lannoo.
- Ellershaw, J., A. Forster en D. Murphy (1997) 'Developing an integrated care pathway for the dying patient'. *European Journal of Palliative Care*, p. 4203-4207.

- Han, P.K., L.B. Keranen, D.A. Lescisin en R.M. Arnold (2005) 'The palliative care clinical evaluation exercise (CEX): an experience-based intervention for teaching end-of-life communication skills'. *Academic Medicine* 80(7), p. 669-676.
- Nikbakht-Van de Sande, C.V., C.C. van der Rijt, A.P. Visser, M.A. ten Voorde en J.F. Pruyn (2005) 'Function of local networks in palliative care: a Dutch view'. *Journal of Palliative Medicine* 8(4), p. 808-816.
- Travis, S.S., S. Moore, P.D. Larsen en M. Turner (2005) 'Clinical indicators of treatment futility and imminent terminal decline as discussed by multidisciplinary teams in long-term care'. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 22(3), p. 204-210.
- Weinstein, M.C. (1990) 'The costs of prevention'. *Journal of General Internal Medicine* 5(5 suppl.), p. S89-92.
- Working Party on Clinical Guidelines in Palliative Care (1997) *Changing Gear – Guidelines for managing the last days of life in adults*. Northamptonshire: Land & Unwin (Data Sciences) Ltd.

## SUMMARY

In this article, Kris Vissers elucidates his view on palliative care. The author quotes the new definition on palliative care, formulated by the World Health Organisation, and states that this new definition broadens our view on palliative care. He explains – in accordance with this definition – what 'good' palliative care contains. Starting point is the notion that to improve the quality of life of patients who face life-threatening illness, it is necessary to accept the fact that life is finite, so palliative care can be offered to the patient at the right time. Extensive knowledge on the course of illness, as well as integrated care, is necessary to determine at what moment palliative care has to be offered. In this respect, palliative care demands education of and cooperation between professionals in their care for a patient.