

PANAL NIEUWS

Jaargang 21
September 2018
Driemaandelijks tijdschrift

Vormingsaanbod 2019

Panal vzw wil de palliatieve zorgcultuur stimuleren en uitbouwen binnen het arrondissement Leuven onder meer via vorming en opleiding. In de nieuwe vormingsbrochure 2019 vindt u de vormingsinitiatieven voor het komende jaar terug. Deze brochure kunt u raadplegen via de website www.panal.be en kunt u aanvragen bij Panal.

We overlopen de brochure waarin alle verdere concrete informatie te vinden is.

Er zijn vooreerst de jaarlijkse vormingspakketten "**Basismodule palliatieve zorg**" en "**Vervolmakingsmodule palliatieve zorg**". Beide modules worden verspreid over 10 sessies en zijn bedoeld voor professionele zorgverleners. Een greep uit de inhoud: organisatie van palliatieve zorg, communicatie en samenwerking met de verschillende hulpverleners en de betrokken patiënt/familie, pijn- en symptoomcontrole, psychosociale aandachtspunten in het omgaan met palliatieve patiënten en hun familie, omgaan met rouw, medisch begeleid sterven en zorg na het overlijden.

In de vervolmakingsmodule wordt verder ingegaan op specifieke aspecten: ambivalente gevoelens van patiënten en familie in palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning, (klein)kinderen betrekken en ondersteunen, terminale zorg, omgaan met emotionele en spirituele pijn, zorg voor mantelzorgers en familieleden, ethische aspecten en respect voor alle betrokkenen. Deze modules behandelen de pijlers waarop palliatieve zorg steunt. Ze geven inzicht in de denkkaders en de achterliggende waarden waarin deze zorg gebed is.

Een specifieke opleiding palliatieve zorg wordt voorzien voor **vrijwilligers en geïnteresseerden** uit woonzorgcentra en andere voorzieningen voor mensen die met deze zorg begaan zijn met zorg. Deze opleiding is er eveneens voor **kandidaat-vrijwilli-**

gers voor palliatieve thuiszorg (Pallium vzw) **of voor een palliatieve eenheid** (H. Hartziekenhuis of UZ Leuven campus St. Pieter). Volgende thema's worden aangeboden: inleiding in palliatieve zorg, psychosociale aspecten, communicatie, omgaan met rouw, spirituele noden, omgaan met waarheid en vertrouwen, comfortzorg.

Naast deze basismodules voor zorgverleners en geïnteresseerden worden jaarlijks **vier minisymposia** aangeboden. Deze worden georganiseerd verspreid over het arrondissement Leuven (Tielt-Winge, Diest, Heverlee en Kortenberg). Dit jaar is de rode draad binnen deze symposia: "**Positieve inzet in palliatieve zorg**" met focus op streven naar optimale kwaliteit in palliatieve zorg. Het eerste symposium heeft als thema "**werken met mensen voor mensen**" en geeft aandacht aan de menselijke kant van samenwerken, het tweede symposium dat gaat over "**humor in moeilijke tijden**" wil relativering en verbondenheid benadrukken, het derde thema gaat over "**waardigheid**" en respectvol omgaan met zowel patiënten, familieleden als verschillende zorgverleners, het laatste thema gaat in op het gegeven "**zorgen voor een ander door te zorgen voor jezelf**". Deze symposia worden telkens georganiseerd op donderdagavond van 20u30 tot 22u30.

Voor **(huis)artsen** wordt samen met

de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen **een basisopleiding palliatieve zorg** georganiseerd in nauwe samenwerking met de verschillende Vlaamse Universiteiten. Deze basis cursus wil tegemoetkomen aan het huidige tekort aan opleiding hierover in het basiscurriculum geneeskunde. De opleiding richt zich tot huisartsen en specialisten die basiskennis over palliatieve zorg willen verwerven of vervolledigen. De opleiding loopt over zes zaterdagen gespreid van oktober 2019 tot juni 2020. Elke lesdag omvat drie uur kennisoverdracht en drie uur interactie op basis van vooraf gemaakte opdrachten. Nadien wordt een getuigschrift geleverd dat ook toegang verschaft tot het Interuniversitaire Postgraduaat Palliatieve Zorg. De opleiding is volledig geaccrediteerd.

Naast deze vormingen worden een aantal **specifieke korte vormingen** aangeboden:

- Een palliatieve benadering van wondzorg
- Gebrokenheid en heling: spiritueel competent worden vanuit het arsmoriendi-model van Carlo Leget.
- Omgaan met rouw: nieuwe inzichten
- De kinesitherapeut en de ergotherapeut in palliatieve zorg
- Omgaan met ontevredenheid in de zorg
- Werken met de richtlijn delirium
- Update rond palliatieve sedatie

Alle gevolgde vormingen worden gestaafd met een getuigschrift van aanwezigheid en voor artsen een accrediteringsnummer.

Dr. Dominique Dewilde
Voorzitter

Hypercalciemie in de oncologie

Onder hypercalciëmie wordt een verhoging van de concentratie van het geïoniseerd calcium in het plasma of serum verstaan. Onder normale omstandigheden maakt het geïoniseerd calcium circa 50% van het totale calciumgehalte in het plasma uit. Dit is echter afhankelijk van de concentratie van het albumine in het serum.

Er is sprake van een hypercalciëmie als het geïoniseerd calcium meer dan 1,30 mmol/l bedraagt. Bij een normaal serumalbumine komt dit overeen met een concentratie van het totaal calcium van meer dan 2,65 mmol/l. Een geïoniseerd calciumgehalte dat hoger is dan 2,0 mmol/l kan fataal zijn indien het niet behandeld wordt.

De mediane overleving van patiënten met een hypercalciëmie is 64 dagen. Een belangrijke prognostische factor is de (on)mogelijkheid tot behandeling van de onderliggende maligniteit. De mediane overleving van patiënten met een hypercalciëmie waarvoor geen anti-tumortherapie (meer) beschikbaar is, bedraagt 30-35 dagen; 65-75% overlijdt binnen 3 maanden. De mediane overleving bij patiënten waarbij nog anti-tumorbehandeling mogelijk is (m.n. bij hematologische maligniteiten of mammacarcinoom), loopt in verschillende onderzoeken uiteen van 86-140 dagen.

Patiënten met een hypercalciëmie en een plaveiselcelcarcinoom, levermetastasen of een verlaagd serumalbumine hebben een slechtere prognose.

VOORKOMEN

Van alle patiënten met kanker ontwikkelt 20-30% een hypercalciëmie, bijna altijd in een vergevorderd stadium van de ziekte. De geschatte prevalentie van hypercalciëmie door kanker bedraagt 15-20 per 100.000 personen.

De kans op het ontwikkelen van hypercalciëmie is afhankelijk van de diagnose:

- vaak bij mammacarcinoom (20-40% van de patiënten met een hypercalciëmie, bijna altijd in aanwezigheid van botmetastasen), bij het niet-kleincellig bronchuscarcinoom (12-35%, voornamelijk bij plaveiselcelcarcinomen, waarbij dan meestal geen bot-

metastasen aantoonbaar zijn) en bij de ziekte van Kahler (multipel myeloom, 30-50%)

- soms bij plaveiselcelcarcinomen in het hoofd-halsgebied (uitgaande van mondholte, farynx, larynx of oesofagus) (3-25%), niercarcinoom (3-17%) en maligne lymfomen (1-4%)
- zelden bij het prostaatcarcinoom (ondanks het feit dat hierbij frequent botmetastasen voorkomen), het coloncarcinoom, het maagcarcinoom en het kleincellig bronchuscarcinoom

Als gevolg van de langere overleving van patiënten met een gemetastaseerde maligniteit wordt hypercalciëmie tegenwoordig vaker gezien dan vroeger.

GEVOLGEN

Mogelijke klachten (kunnen ook geheel ontbreken):

- anorexie, misselijkheid en braken, obstipatie
- polyurie (veel plassen) en dorst
- moeheid en algemene malaise
- later: uitdroging en gewichtsverlies, ileus, spierzwakte, cerebrale stoornissen, hartritmestoornissen (potentieel levensbedreigend)

Klachten veroorzaakt door hypercalciëmie zijn gemakkelijk te verwarren met klachten veroorzaakt door algemene achteruitgang, bijwerkingen van opioïden of chemotherapie, symptomen van ileus of hersenmetastasen.

OORZAKEN

Hypercalciëmie bij patiënten met kanker treedt meestal op als uiting van activiteit van de ziekte.

Bij patiënten met een mammacarcinoom met botmetastasen kan hypercalciëmie optreden in het kader van de zgn. 'tumor flare'. Hierbij is er sprake

van een toename van pijnklachten en/of hypercalciëmie binnen enkele weken na het starten van hormonale therapie. Dit is meestal een uiting van een positieve reactie op de behandeling.

Bij uitzondering kan er ook bij patiënten met kanker sprake zijn van andere oorzaken van hypercalciëmie:

- primaire hyperparathyroïdie (verhoogde activiteit van de bijnierschorsklieren, meestal als gevolg van een adenoom). Dit is de meest voorkomende andere oorzaak.
- bijwerkingen van medicatie (calciumsupplementen, thiazide diuretica, lithium)
- vitamine A- of vitamine D-intoxicatie
- sarcoïdose (ziekte van Besnier-Boeck)
- hyperthyroïdie (te sterk werkende schildklier)
- nierinsufficiëntie met renale osteodystrofie
- ziekte van Paget (botziekte)
- ziekte van Addison (bijnierschorsinsufficiëntie)
- melk-alkali syndroom (overmatig gebruik van melk in combinatie met antacida)

ONTSTAANSWIJZE

Hypercalciëmie komt voor bij tumoren met botmetastasen, maar kan ook in afwezigheid van botmetastasen optreden. In beide gevallen is er meestal sprake van een verhoogde activiteit van de osteoclasten (cellen betrokken bij de afbraak van bot). In sommige gevallen is er ook sprake van een inhibitie van osteoblasten (cellen waaruit botweefsel wordt gevormd).

Hypercalciëmie wordt met name veroorzaakt door een parathormoon (PTH)-achtig eiwit (PTH-related protein, PTH-rP), dat door de tumorcellen wordt aangemaakt. Het PTH-rP komt in de bloedbaan terecht en leidt tot verhoogde activiteit van osteoclasten. PTH-rP is aantoonbaar in het bloed bij 80-90% van de patiënten met een solide tumor en een hypercalciëmie. Men spreekt dan van 'humoral hypercalcaemia of malignancy'. Dit komt voor bij patiënten met botmetastasen, maar ook zonder botmetastasen bij plaveiselcelcarcinomen van het hoofd-halsgebied en bij long, nier-, blaas-, mamma- en ovariumcarcinoom.

Bij botmetastasen of bij de ziekte van Kahler (multipel myeloom) kunnen ook lokaal stoffen geproduceerd worden die osteoclasten stimuleren. In twee derde van de gevallen betreft het PTH-rP, in de overige gevallen kunnen andere stoffen (o.a. osteoclast activating factor (OAF), tumour necrosis factor (TNF), interleukine-1, -6 en -11 (IL-1, IL-6, IL-11), en transforming growth factor (TGF)) een rol spelen.

Bij het ontstaan van hypercalciëmie speelt verder een verhoogde terugresorptie van calcium in de proximale tubuli van de nier een rol. Dit kan zowel een effect zijn van het PTH-rP als van vochttekort.

Verhoogde opname van calcium door de darmen kan optreden bij de ziekte van Hodgkin en bij non-Hodgkin-lymfomen. Productie van calcitriol (1,25-dihydroxy-vitamine D) door de tumor kan hierbij een rol spelen. Hierbij kan er ook sprake zijn van verhoogde botafbraak.

Sporadisch is er sprake van ectopische productie van PTH.

DIAGNOSTIEK

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Laboratoriumonderzoek:
 - geïoniseerd calcium of gecorrigeerd calcium
(gecorrigeerd Ca = Serumcalcium + 1,0 - (0,025 x serumalbumine))
 - serumcreatinine, serumkalium
- ECG bij hartritmestoornissen, botscan, CT-scan of MRI bij verdenking op botmetastasen

BELEID

Bespreek met de patiënt en zijn naasten of behandeling aangewezen is (afhankelijk van klachten en levensverwachting) en zo ja, waar deze behandeling zal worden uitgevoerd (thuis of in ziekenhuis). Behandel de bijhorende klachten, vooral misselijkheid, braken en obstipatie.

BEHANDELING

1° Oorzakelijke behandeling

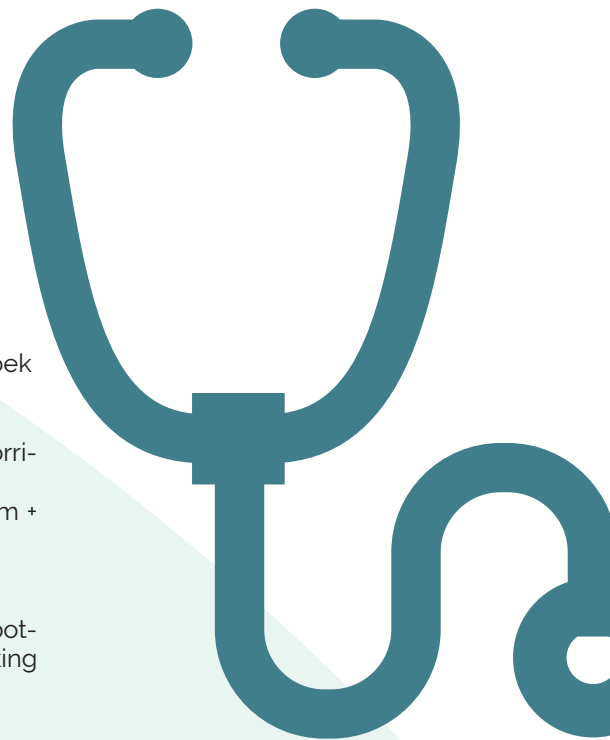
- (wijziging van) antitumortherapie (niet als hypercalciëmie kort na start van hormonale behandeling optreedt)
- wijziging of staken van medicatie

2° Niet-medicamenteuze behandeling

Vochttoediening: 2-4 l 0,9% NaCl/24 uur (vaak met toediening van kalium) tot normalisering serumcalcium

3° Medicamenteuze behandeling

- Bij maligne lymfomen: prednisolon: 1 dd 60 mg of dexamethason 1 dd 8 mg
- Bij andere maligniteiten:
 - Zoledroninezuur 4 mg in 15 min i.v. (eenmalig)
 - Pamidroninezuur 60-90 mg in 2 uur i.v. (eenmalig)



- Ibandroninezuur 4 mg in een uur i.v. (eenmalig)

- Clodronaat 1500 mg i.v. in 4 uur of s.c. in 2-3 uur

- Bij levensbedreigende hypercalciëmie (geïoniseerd serumcalcium >2 mmol/l of hypercalciëmie of ernstige cardiale of neurologische problemen) één van de bovengenoemde middelen combineren met calcitonine (2 dd 4-8 IE/kg s.c. of 8-16 IE/kg/24 uur s.c./i.v)
- Bij onvoldoende reactie of snel recidief na pamidroninezuur: zoledroninezuur 8 mg in 15 minuten i.v. (eenmalig)

CONCLUSIE

Hypercalciëmie als gevolg van bepaalde tumoren blijkt een prognostische factor te zijn van naderend levenseinde. Het kan nuttig zijn wanneer therapie nog mogelijk is om bij verdachte symptomen een calciumbepaling te doen. Indien niet meer mogelijk of wenselijk, is een symptomatische benadering nodig om het comfort van de patiënt te verzekeren. In de thuissituatie betekent dit uitzonderlijk vocht toedienen, anti-emetica opstarten en soms corticosteroiden als adjuvans. Bij storende verwardheid kan midazolam nuttig zijn.

Het volledige artikel is te vinden op www.pallialine.be.

Dr. Johan Coppens
Huisarts-consulent

20 jaar Pallium vzw

Op 5 juni 2018 werd de 20ste verjaardag van Pallium vzw gevierd. Ter gelegenheid van de feestelijke receptie, bracht oud-voorzitter Gard Vermeulen in zijn toespraak een originele schets van de levensloop van de organisatie.

Beste tochtgenoten en medevrijwilligers, lieve familie vrienden,

Moeders onder ons weten het wel: aan een gelukkige geboorte gaat ook een lange verwachting vooraf. Zo ook voor Pallium.

Vooreerst was er de zachte aandrang van een grootmoeder om een kind te verwekken: zuster Leontine in Sint-Jan te Brussel drong aan. Geleidelijk vormde zich een groepje dat actie wou en een kind concipieerde. We schreven 1991.

De respectabele ouders waren: Zuster Marcella van de Annunciaten, prof. dr. Johan Menten van UZ Gasthuisberg, het Wit-Gele Kruis en vele anderen die reeds lang in de geschiedenis verdwenen zijn. Het kind kreeg de doopnaam PTL, Palliatieve Thuiszorg Leuven, afgekort "Vrijwilligerswerking PTL."

Toen was Yolanda De Clercq er al bij, een buitenbeentje. Zij was verpleegster bij het Wit-Gele Kruis en werd "uitgeleend" aan PTL, wellicht als een soort leenmoeder. In de praktijk was ze tegelijkertijd verpleegkundige, coördinator en telefoniste.

Tijdens die draagtijd werd het mogelijk - door het decreet van de Vlaamse regering uit de pen van mevrouw Wivina De Meester in 1995 - om één netwerk per regio op te richten en te subsidiëren. Elke regio, elk netwerk,

moest tussen de 300.000 en 1.000.000 bewoners tellen. Op 1 januari 1996 waren er net geen half miljoen in het arrondissement Leuven. Daarop werd Panal vzw opgericht op 18 april 1996.

Ondertussen was PTL, in 1992 al gegroeid tot zelfs 92 mensen, een mengeling van vrijwilligers en professionelen. Ik kon niet te weten komen of en hoe vaak iedereen naar een zieke ging. Als de vrijwilligers gingen, waren het wel vrij dure vogels: 175 BEF (4,5 €) per uur. Ik weet ook niet of er enige subsidiëring was. Ik vermoed het niet.

Voor sommige van deze mensen kwam er een moeilijke keuze: zouden ze meedoen met het officiële netwerk van betaalde professionelen of bij een afgeslankte werking van PTL blijven met onbetaalde vrijwilligers? Geen enkele zwangerschap gaat zonder problemen en soms moet men rekening houden met afstotingsverschijnselen. Het eindigde met de ontbinding van PTL.

Dit was tegelijkertijd - na een zwangerschap van zeven jaar - de blijde geboorte van Pallium vzw, zoals je kan raden of rekenen, in het jaar 1998. Meer precies op vrijdag 20 maart om 13u.30 op de Naamssesteenweg 355 te Heverlee. De bevalling gebeurde dus in het moederhuis van de zusters Annunciaten. Honi soit qui mal y pense.

De bevalling werd juridisch uitgevoerd door Ria Bollens en - als ik het staats-

blad van 7 mei 1998 mag geloven - de ouders waren talrijk. Ik citeer: Buckinx Lea, De Prins Mariette, Diethelm Evelyn, Dubois Jozefa, Droogmans Josette, Valvekens Lea, Van de Werf Marcella en Van Mechelen Betty. De ouders waren allemaal ... vrouwen! Aan deze mensen breng ik graag een eresaluut.

En zoals het past bij elke opgroeiende deerne, zijn er wel eens relletjes en opstanden. Er moest vooreerst en dringend 'kinderbijslag' gevonden worden en inderdaad, in januari 1999 - het kind is 10 maanden oud - wordt het door de Vlaamse regering erkend en krijgt het subsidiëring.

In haar wispelturige jeugd heeft Pallium zich altijd vastgekleefd aan grote zus Panal vzw. Maar die grote zus voelde zich zelden lang thuis op hetzelfde adres. Kleine zus heeft voor haar geboorte al gewoond in de 'Witte Villa' in de Redingenstraat, heeft na haar geboorte geleefd in het klooster van de paters Dominicanen in de Ravenstraat, heeft dicht bij het Psychiatrisch centrum in Lovenjoel gewoond, om uiteindelijk onder de hoede te komen van de paters Jezuiten. Hier kan Pallium zich thuis voelen tussen vele twintigjarige studenten en dicht bij vele palliatief zieke paters.

Tegelijkertijd losten voorzitters elkaar af: eerst was er Zuster Marcella, die door haar orde werd teruggeroepen. Dan Betty Van Mechelen tot in 2002 bij haar overlijden. Daarna uw dienaar gedurende 12 jaar en nu Mieke Moons, hopelijk ook voor een lange tijd.

In zo'n grote familie botsen soms karakters en kwetsen soms onvoorzichtige woorden. Pallium was er niet van vrijgesteld. Maar het past dat men, nu het kind volwassen is, zulke onhebbelijkheden bedekt met de mantel der liefde en elkaar koestert met alle goede en zachte feiten die men zich wel wil herinneren. Ik ben zelf de gelukkige eigenaar van een perfect geheugen: het vergeet precies de pijnen en herinnert zich de knuffels.

In de logica van de natuur ligt het dat ook bakvissen volwassen worden en groeien tot rijpe vrouwen. Er is een lange, rustige groei gekomen over Pallium:



- De stuurgroep is gegroeid (na een dieptepunt van drie) naar acht leden met een aangepaste taakverdeling. Deze mensen nemen bovenop hun vrijwilligerswerk bij de zieken, ook nog de verantwoordelijkheid voor de groei en bloei van de vereniging. Heel soms kan dat zwaar wegen of moet men geheimen dragen in delicate eenzaamheid.
- De taak van coördinatie is, gedwongen door de subsidiërende overheid, overgenomen door vrijwilligers. Lea Valvekens heeft de weg gebaad. Aan buitenstaanders lijkt dat misschien een eenvoudige klus, maar het is een zenuwslopende zware taak, die Lea met volle inzet gedurende vele jaren heeft uitgevoerd. Geleidelijk is die taak in periodes verdeeld over drie of vier vrijwilligers.
- Om dezelfde reden - de dwang van de subsidiërende overheid - kwam het financiële werk terecht bij vrijwilligers, eerst bij Josette, later bij Evelyn. Deze mensen hebben bloed en tranen gezweet bij nukkige com-

puterprogramma's, slordige onkostennota's, gierige of nonchalante familieleden van zieken en meer nog van overledenen. En verder opgejaagd door een belastingontvanger, door de controlerende overheid en gedwongen door een geweten dat precisie eist.

Voor al deze mensen die Pallium draaiende houden graag een feestelijk applaus.

Bij elke verjaardag poogt men ook vooruit te blikken in de toekomst. In de eerstkomende jaren voert de overheid een reorganisatie door na de jongste staatshervorming. Daarenboven laat de huidige minister van welzijn en gezondheid verstaan dat hij deze job niet meer wil uitvoeren in de volgende legislatuur. Dit brengt onzekerheid mee over de financiering, over de sturing van de thuiszorg in het geheel en voor de vrijwilligers in de palliatieve zorg in het bijzonder.

In de langere toekomst zal het aantal palliatief zieken die door Panal begeleid worden wel toenemen, dankzij de

betere geneeskunde. Tegelijk is het niet duidelijk of de vraag naar degelijk geschoolde vrijwilligers voor de thuiszorg daarmee gelijke tred zal houden door de toenemende flexibiliteit van werkuren van de familieleden. De vraag wordt echter ook omhoog geduwd door latere pensionering, door kleinere gezinnen en kleinere eigen zorgkring.

Ik besluit met de beste heilwensen voor de toekomst:

- een stevige, geroutineerde organisatie
- zonder financiële zorgen
- en vooral, met vele, degelijk opgeleide en gekoesterde vrijwilligers.

Want die laatsten zijn het echte kapitaal van deze vereniging.

Proficiat Pallium, en veel sterke dienstbaarheid toegewenst in de volgende twintig jaar.

Gard Vermeulen

Oud-voorzitter en vrijwilliger Pallium

Moslims en palliatieve zorg (Mopa vzw)

Mopa vzw streeft naar een verbetering van de levenskwaliteit van alle moslimpatiënten en hun naasten die te maken krijgen met een levensbedreigende aandoening.

Mopa werd opgericht in het Antwerpse en is voornamelijk daar



werkzaam. Het wil zijn werking verder ontplooiën op het ganse Vlaamse grondgebied. De reden van oprichting was de vergrijzing van de eerste generatie arbeidsmigranten, de nieuwe migratie en het krimpen van de mantelzorg. Verder is informatie voor de bestaande hulpverleners nuttig omdat zij in toenemende mate te maken krijgen met moslims, ook in palliatieve zorg.

De organisatie biedt psychosociale en spirituele ondersteuning aan palliatieve moslimpatiënten en hun naasten. Ze werkt complementair aan de bestaande zorg en vervult een brugfunctie met de bestaande hulpverleners. Mopa wil ook als wegwijzer naar de bestaande hulp en zorg fungeren. De kernopdrachten zijn onder meer leemtes aanvullen in de ondersteuning van moslimpatiënten en hun omgeving en bemiddelen in communicatie tussen de patiënt,

de familie en de zorgverleners. Daarnaast wil ze de diverse moslimgemeenschappen sensibiliseren over vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg en de expertise over moslimpatiënten in de zorgsector verhogen (bv. via lezingen, vormingen en workshops).

Mopa vzw werkt transmuraal. Ze komen in het ziekenhuis, het woonzorgcentrum en bij patiënten thuis. Op deze manier werken ze aan vertrouwen en continuïteit in de zorg. Er werkt een team van goed opgeleide vrijwilligers.

Meer info over Mopa is te vinden op www.mopa.be.

Contact kan tijdens de week via Latifa Chebaa op het GSM-nummer: +32 489 50 57 59.

Op donderdag 31 mei 2018 ging het tweede minisymposium door in de reeks over 'zorg voor ouderen in palliatieve zorg', met als thema van de avond: *Multipathologie en multifarmacie*.

Spreker van de avond was dr. Floris De Knijf, huisarts en CRA arts.

Diagnostiek

In het eerste deel werd de diagnostiek bij multimorbide ouderen in kaart gebracht. De zorg voor ouderen neemt in onze samenleving erg toe. Vooral de kwetsbare (frailty) oudere heeft zijn specifieke uitdagingen. Hij heeft een verminderde homeostase, een multiple of chronische aandoening, medicamenteuze therapie met risico's, gewijzigde presentatie en verloop van pathologie en een somatische problematiek.

Belangrijk voor deze ouderen is een goed zorgmodel op te stellen met zorg op maat. Is het nuttig om nog een diagnose te stellen en is er effectief een goede behandeling? Men kan navragen wat de verwachtingen zijn van de ouderen. Er werden een paar voorbeelden van overdiagnostiek en overbehandeling aangebracht. Deze werden benaderd op een ethische manier, namelijk aan de hand van de vier medisch-ethische grondprincipes: autonomie, niet schaden, wel-doen en rechtvaardigheid nastreven. Wat willen we bijvoorbeeld nog bereiken bij een oudere met kanker? De behandeling van een oudere kankerpatiënt is anders dan van een jongere kankerpatiënt. Ook naar prognose is er een verschil.

Farmacotherapie

In het tweede deel sprak dr. De Knijf over de uitdagingen en problemen in farmacotherapie bij ouderen. Het inadequaat voorschrijfgedrag kan gaan over: het niet voorschrijven van de nodige medicatie, een teveel aan medicatie voorschrijven of het incorrect voorschrijven van noodzakelijke medicatie. Belangrijk is de juiste medicatie voor te schrijven in een juiste dosis. Een inadequaat voorschrijfgedrag kan voorkomen door: acute problemen bij multimorbiditeit, meerdere zorgverstrekkers bij verschillende aandoeningen, misinterpretatie van nevenwerkingen of de perceptie van noodzaak aan medicatie bij familie of patiënt.

Polyfarmacie is geassocieerd met negatieve gezondheidssuitkomsten:

veel nevenwerkingen, cognitieve problemen, geen therapietrouw, verhoogd valrisico, hogere kosten... Het is belangrijk te weten dat er bij ouderen specifieke veranderingen zijn die de farmacotherapie kunnen beïnvloeden en waarmee rekening moet gehouden worden. Er zijn farmacokinetische veranderingen bij de ouderen: dit is de manier waarop het lichaam het geneesmiddel verwerkt via de lever of de nieren. Ook zijn er de farmacodynamische veranderingen: de manier waarop het geneesmiddel inwerkt op het lichaam. De oorzaak hiervan zijn de veranderingen in de receptorfunctie van het eindorgaan met als gevolg sufheid, verwardheid en vallen.

Andere specifieke veranderingen relevant voor de farmacotherapie op somatisch vlak zijn: minder vocht en voeding, specifieke presentatie van de ziekte en bijwerkingen, vagere symptomen en psychosociale interactie. Verminderde functionaliteit zoals motoriek en spierkracht en een verminderd communicatievermogen maken het nemen van medicatie bij ouderen niet altijd evident. Het maatschappelijk aspect werd ook benoemd: alleenwonen, zelfmedicatie, meerdere behandelaars en therapietrouw. Het laatste aspect dat hier een rol kan spelen is het psychosociale aspect zoals vermindering van cerebrale functies of eerdere negatieve ervaringen met medicatie (bv. morfine).

Er zijn een aantal problemen benoemd door dr. De Knijf. Sommige medicatie, zoals diuretica, kunnen orthostatische hypotensie geven met valrisico tot gevolg. Opstart van sommige medicatie geeft vermoeidheid, spierzwakte en spierpijn. Een aantal medicijnen kunnen depressie geven wat zich uit in weinig motivatie en interesse. Hierbij is het moeilijk om de oorzaak te onderscheiden: de medicatie of de ziekte zelf. Verwardheid, dementie, incontinentieproblemen en bewegingsstoornissen zijn ook mogelijke problemen die kunnen optreden. Het valrisico kan verminderd worden door de medicatie te stoppen of af te bouwen.

Medicatiebeleid

Het AMO-instrument is een handig hulpmiddel voor de huisarts of andere hulpverleners. Deze kan een kijk geven op het Adequaat Medicatiebeleid bij Ouderen; of er afbouw of stop van medicatie mogelijk is. Dit hangt ook af van de fase waarin de patiënt zich bevindt. Dit gebeurt aan de hand van een aantal vragen: is er een duidelijke indicatie, reden tot gebruik van deze medicatie, is er een respons op de therapie. Verder wordt er bekeken of er nevenwerkingen zijn en interactie tussen verschillende geneesmiddelen. Zijn er geen duplicaten (meerdere geneesmiddelen van dezelfde klasse), zijn de dosissen en de vorm aangepast, zijn er geen alternatieven en past het medicatiebeleid in het zorgkader? Als onderzoek uitwijst dat het risico op nevenwerkingen 13 % is bij 2 medicamenten en verhoogt naar 58 % bij 5 medicamenten is het belangrijk om het medicatiebeleid bij de (palliatieve) patiënt regelmatig te evalueren.

Medicatie afbouwen

Het afbouwen van medicatie heeft een aantal voordelen zoals: minder kosten, minder nevenwerkingen en minder medicamenten. Redenen waarom het toch niet wordt gedaan in de palliatieve fase zijn: onzekerheid, meerdere voorschrijvers, complexe situaties.

De meest courante medicaties die worden stopgezet in de palliatieve fase zijn de volgende: dementie medicatie, statines, anticoagulantia, anti-hypertensiva, insuline en orale diabetesmedicatie, vitamines en supplementen.

Indien er wordt beslist om af te bouwen, is het belangrijk dit op een positieve manier te communiceren en op een geleidelijke manier te doen. De afbouw wordt beïnvloed door de patiëntenfactoren en de fase waarin hij zich bevindt. Onderbehandeling moet vermeden worden en palliatieve medicatie moet zorgen voor symptomcontrole en comfortzorg.

Catherine Costa
Verpleegkundig-consulent

> Panal 'ingekaderd' tijdens een ontspannende familieuitstap naar de blotevoetenwandeling in Zutendaal.



BASISOPLEIDING PALLIATIEVE ZORG VOOR ARTSEN

4de editie oktober 2019 - juni 2020

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen organiseert jaarlijks een basisopleiding palliatieve zorg voor artsen, roterend over de Vlaamse provincies. De federatie werkt hiervoor samen met vertegenwoordigers van 3 Vlaamse universiteiten en voor de jaargang 2019-2020 (die zal plaatsvinden in de provincie Vlaams-Brabant) ook met Panal.

De opleiding loopt over 6 zaterdagen gespreid tussen **oktober 2019 tot juni 2020**. Elke lesdag omvat 3u kennisoverdracht en 3u interactie op basis van vooraf gemaakte opdrachten. Deelnemers dienen het hele traject te volgen en ontvangen op het einde een getuigschrift. Dit getuigschrift geeft automatisch toegang tot het Interuniversitaire Postgraduaat Palliatieve Zorg voor Artsen, een verdiepende opleiding.

Meer informatie volgt later in onze online nieuwsbrief en op onze website www.panal.be.

BASISCURSUS PALLIATIEVE ZORG

De volgende **basis cursus palliatieve zorg** voor **professionele hulpverleners** start op **24 januari 2019**.

De lessen hebben plaats op **donderdagnamiddag van 13u15 tot 16u30** op **Panal, Waversebaan 220 te 3001 Heverlee**. De kostprijs bedraagt 440 euro.

De basis cursus palliatieve zorg omvat tien lesnamiddagen. Diverse aspecten van palliatieve zorg worden toegelicht: inleiding in palliatieve zorg, communicatie, pijn- en symptoomcontrole, psychosociale aspecten, omgaan met rouw, medisch begeleid sterven, samenwerken, terminale zorg en praktische info omtrent het overlijden.

TIJD VOOR ZORG

Donderdag 25 oktober 2018
van 13u.30 tot 16u.30
Panal, Waversebaan 220
3001 Heverlee

In de palliatieve fase is de afstemming van de zorg op het tijdsperspectief van de patiënt van belang. In deze vorming worden verschillende tijdsperspectieven in de zorg besproken, met daaraan gekoppeld principes zoals hanteren van tijdsdruk, tijdsbeleving en timing van zorgvraag op zorgaanbod. Deze interactieve workshop biedt creatieve materialen om de principes te vertalen naar de eigen situatie en de persoonlijke tijdstijl te versterken.

De doelgroep zijn artsen, verpleegkundigen, psychologen, pastores, moreel consulenten, sociaal werkers, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, vrijwilligers, ...

De vorming wordt verzorgd door **dr. Gabriëlle Verbeek**, eigenaar van Artmea, bureau voor vraagsturing, timing en zelfmanagement in de zorg.

De kostprijs bedraagt 45 euro.

Accreditering voor artsen in rubriek 6 – ethiek en economie.

De minisymposia van 2018 hebben als rode draad:
'Zorg voor ouderen in palliatieve zorg'
Wij nodigen u graag uit voor de minisymposia:

WERKEN MET LEVENSVERRHALEN

Donderdag 11 oktober 2018
Begijnhof CC, Aula Geertrui Cordeys,
Infirmieriestraat zn. te 3290 Diest

Gast spreker: **Mikis Dormaels**, medewerker bij CGG Brussel en auteur van het boek 'Narratieve zorg bij ouderen'

VERLIES EN ROUW BIJ OUDEREN

Donderdag 29 november 2018
UPC Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, te 3070 Kortenberg

Gast spreker: **Arthur Polspoel**, emeritus docent aan de Theologische faculteit in Tilburg en auteur over thema's als rouw, terminale zorg, zingeving en eenzaamheid.

Aanvang om 20.30 uur. De kostprijs bedraagt 25 euro per minisymposium. Accreditering voor artsen in rubriek 6 – ethiek en economie.

STUDIENAMIDDAG

Palliatieve zorg bij mensen met een verstandelijke beperking

Dinsdag 16 oktober 2018 van 12u.30 tot 16u.30
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

De studienamiddag bestaat uit een plenair luik, waarin het theoretische kader toegelicht wordt, met aansluitend workshops.

PROGRAMMA

12u30 – 13u00: Ontvangst met broodjes

13u00 – 13u30: Plenaire lezing 'Het belang van palliatieve zorg: uitdagingen en knelpunten bij de doelgroep.'

13u35 – 14u25: Workshop 1 'Bezorgd over zorg? Het ABC van comfortzorg in de palliatief-terminale fase.'

14u25 – 14u45: Pauze

14u45 – 15u35: Workshop 2 'Ieder zijn zeg... Over communicatie en samenwerken met alle betrokkenen.'

15u40 – 16u30: Workshop 3 'Aan de slag! Werken met materialen ter ondersteuning.'

De studiedag wordt verzorgd door **Karen De Meerleer**, psycholoog Panal, **Veerle Massart**, hoofdverpleegkundige MBE Panal en **Marleen Bolle**, ortho-agoog bij Het Roerhuis – Broeders van Liefde.

De doelgroep zijn zorgverleners in voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking.

De kostprijs bedraagt 45 euro.

MORFINE

Donderdag 6 december 2018 van 11u.30 tot 14u.00
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

Morfine en zijn derivaten blijven één van de meest gebruikte middelen bij de behandeling van pijn en bepaalde symptomen in de palliatieve fase. Wanneer geven we aan welk product de voorkeur? Wat zijn de meest gebruikte vormen? Zijn er nieuwe tendensen? Welke misvattingen bestaan er over morfine? Welke combinaties zijn er mogelijk? Hoe gebeurt de opstart van morfine en hoe gebeurt het optitreren? Ook de nevenwerkingen van morfine worden bekeken.

De doelgroep zijn artsen en verpleegkundigen.

De vorming wordt verzorgd door **Dr. Johan Coppens**, huisarts en equipearts van Panal vzw.

De kostprijs bedraagt 45 euro (broodjeslunch inbegrepen). Accreditering voor artsen in rubriek 6 – ethiek en economie.

MEER INFO INSCHRIJVEN

Voor meer informatie over deze opleidingen kan u onze vormingsbrochure raadplegen op www.panal.be of bellen tijdens de kantooruren op het nummer **016-23 91 01**.

Inschrijven voor bovenstaande vormingen kan bij voorkeur online op onze website www.panal.be of aan de hand van het **inschrijvingsformulier** in de vormingsbrochure.

Je kan annuleren tot veertien dagen vóór de cursus en dan krijg je het inschrijvingsgeld terugbetaald. Zonder tijdig annuleren kan er geen terugbetaling gebeuren. Indien je nog niet betaalde, wordt de kostprijs van de vorming aangerekend.