

PANAL NIEUWS

Jaargang 22

Maart 2019

Driemaandelijks tijdschrift

Palliatieve zorg en informatie uitwisseling

In oktober laatstleden organiseerde Panal voor zijn medewerkers een studie- en teambuilding over beroepsgeheim, discretieplicht en bescherming van persoonlijke gegevens. Deze thema's zijn de laatste tijd bijzonder in ieders aandacht. We hebben allen te maken met de groeiende realiteit van de verspreiding en de versnippering van alle details van ons leven via digitale media. Het is moeilijk inschatten welke persoonlijke gegevens waar terecht komen en hoe en waarom deze worden gedeeld met anderen en voor welke doeleinden ze gebruikt worden. Het lijkt in het algemeen niet alleen te gaan om betere dienstbaarheid te bieden aan de individuele gebruiker van digitale media, maar ook om macht, beïnvloeding, sturing en geld. Dit geldt in het bijzonder in het brede veld van de sociale media, die meer en meer onze persoon publiek naar buiten brengen. Waar in vroegere tijden de details van ons handelen en zijn in een relatief kleine kring bekend waren, worden deze nu in allerlei algoritmes gebruikt en te gelde gemaakt. Het geeft een gevoel van onveiligheid, vervreemding, anonimiteit en vervlakking. In het publieke domein maken we dagelijks mee dat gegevens oneigenlijk gebruikt worden, ze worden verkocht, gehackt, misbruikt en gemanipuleerd.

Het woord beroepsgeheim dekt een heel andere lading. We spreken over beroepsgeheim als mensen ons geheimen toevertrouwen uit hoofde van onze staat of beroep. Ook op Panal willen we hierover nadenken zodat onze eigen gegevens en die van onze patiënten zo goed mogelijk beschermd worden en informatie toch uitgewisseld wordt. Palliatieve zorg is een intense zorg voor patiënten die in hun laatste levensdagen zo zorgvuldig mogelijk begeleid worden. Daarbij zijn vaak verschillende hulpverleners betrokken, elk met een eigen deskundigheid en taak. Elk van hen heeft zijn persoonlijk beroepsgeheim – dat deel uitmaakt van zijn deskundigheid. Samen delen deze hulpverleners een gedeeld beroepsgeheim. Het blijft een dagelijks aandachtspunt voor ieder van hen dit beroepsgeheim met grote nauwkeurigheid te bewaken.

Uiteraard is in palliatieve zorg informatie uitwisseling cruciaal voor het optimaal verloop van de zorg. Hiervoor zijn strikte procedures nodig, zoals bv. duidelijk weten wie wel en wie niet betrokken is bij de zorg en in welke

hoedanigheid. Ook het bijhouden van dossiergegevens moet met de nodige discretie gebeuren, maar toegankelijk zijn voor wie het terecht nodig heeft.

Palliatieve thuiszorg gebeurt in de intieme sfeer van een kleine of grote familie. Zorgverleners zijn vaak getuige van ontroerende en beklievende momenten. Deze verdienen alle aandacht en moeten gekoesterd worden. Zorg moet bijdragen aan dit private en mogelijks louterende en emotionele gebeuren. Ook hier is beroepsgeheim cruciaal. Medewerkers van Panal zijn zich zeer bewust van dit gebeuren en willen in alle discretie bijdragen om het palliatieve verloop zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Samen overleggen ze regels en maken ze afspraken om dit waar te maken.

dr. Dominique Dewilde
Voorzitter



Samenvatting richtlijn "Depressie" Pallialine.nl (2010).

Levensbedreigende ziekten, zeker als het overlijden (op afzienbare termijn) onvermijdelijk is, zijn geassocieerd met verlies van gezondheid, pijn, angst, wanhoop en dood. Dit gaat vaak gepaard met somberheid, die zo vanzelfsprekend is dat soms over het hoofd wordt gezien dat dit ook pathologische vormen kan aannemen en dat de patiënt ook effectief een depressie kan hebben.



Er wordt **onderscheid** gemaakt tussen:

- **Somberheid als normale reactie:** wisselende momenten van somberheid en wanhoop, die het leven van de patiënt niet in belangrijke mate belemmeren.
- **Depressie in enge zin:** sombere stemming en/of vermindering van interesse en/of plezier gedurende het grootste deel van de dag en gedurende ten minste twee weken. Zie criteria DSM-4-TR.

Depressie in de palliatieve fase wordt regelmatig niet onderkend en behandeld omdat de sombere stemming als een normale reactie wordt beschouwd die "erbij hoort" en geen behandeling behoeft. De prevalentie van depressie bij patiënten met kanker bedraagt 10-15% (depressieve stoornissen 30-35%).

Oorzaken en risicofactoren:

- **Pijn** die niet goed onder controle is
- **Fysieke beperkingen**
- **(Co)morbiditeit:** soort kanker (vaker bij hoofd- en pancreascarcinomen), neurologische, endocriene, hart, vaat- en nieraandoeningen, auto-immuunziektes, infectieziektes
- **Medicatie:** bv. corticosteroiden, psychofarmaca
- **Misbruik van middelen:** alcohol, nicotine
- **Persoonlijkheidskenmerken:** afhankelijkheid
- **Eenzaamheid:** gebrek aan steun
- **Eerdere depressie:** familiale belasting

Diagnostiek:

Depressie is een veel gemiste diagnose bij patiënten met een levensbedreigende ziekte. Een potentieel behandelbare psychiatrische aandoening, die de kwaliteit van leven, morbiditeit, aantal ziekenhuisopnames en zelfs mortaliteit negatief beïnvloedt, blijft zo vaak onbehandeld. Het is ernstiger een depressie te missen dan een diagnose depressie ten onrechte te stellen.

Problemen bij diagnostiek:

- **Bij de zorgverlener:** Foute veronderstelling dat een sombere stemming er gewoon bij hoort en het opperen van de mogelijkheid van pathologische somberheid kan zelfs verontwaardiging wekken bij de zorgverlener. De zorgverlener kan zich afvragen of het nog zinvol is te behandelen terwijl het levenseinde nabij is.
- **Bij de DSM-criteria zelf:** De lichamelijke symptomen van depressie kunnen ook veroorzaakt worden door de levensbedreigende ziekte of de behandeling. Terugkerende gedachten aan de dood zijn niet vreemd bij palliatieve patiënten. Verder is er de genoemde tijdsduur van twee weken: pas als de verschijnselen langer dan twee weken aanhouden en eerder toe dan afnemen, dient de diagnose depressie en behandeling bij patiënten met een levensbedreigende ziekte, overwogen te worden. Ook het comorbide voorkomen van angst kan de diagnose bemoeilijken. Angst en depressie kunnen mekaar wederzijds versterken.

- **Bij de patiënt zelf:** De patiënt zelf denkt niet snel aan een depressie en meldt bijgevolg niet snel spontaan zijn depressieve symptomen aan de arts.

Diagnostiek:

- Overweeg de diagnose depressie bij elke patiënt die palliatief is.
- Informeer actief naar de gemoedstoestand.
- Gebruik bij twijfel een screeningsinstrument: vb. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) of de 4DKL (Vierdimensionele klachtenlijst).
- Stel de diagnose aan de hand van de DSM-4-criteria
- Raadpleeg eventueel een psychiater met ervaring in de palliatieve zorg.
- Aandacht voor de differentiaaldiagnose met delier, dementie of een stemmingsstoornis door medicatie of een bijkomende ziekte.

Opvallend is dat de meeste patiënten geen bezwaar hebben tegen een uitgebreide bevraging naar hun stemming.

Mogelijke gevolgen van de miskennis van de diagnose depressie:

- Angst en gejaagdheid of net geremdheid
- Disproportionele schuld- en schaamtegevoelens
- Afkeer van zichzelf
- Geen enkele hoop meer op een waardig einde

- Verlies van interesse in de omgeving, waardoor afscheid van geliefden bemoelijk of onmogelijk wordt
- Isolement, verlies van eigenwaarde, vervreemding van omgeving
- Negatieve invloed op kwaliteit van leven
- Impact op omgeving: gevoelens van machteloosheid, irritatie en wanhoop bemoelijken het bieden van steun en het afscheid nemen
- Wens van een spoedig overlijden bij patiënt én omgeving

Behandeling:

Behandeling van de oorzaak:

- Behandel **pijn** die onvoldoende onder controle is
- Staak of wijzig indien nodig bepaalde **behandelingen of medicatie**
- Behandel zo nodig en mogelijk andere predisponerende factoren

Niet-medicamenteus:

- **Informatie geven** aan patiënten en naasten over het voorkomen van depressie
- Een **zorgplan opstellen**: afspraken m.b.t. bejegening, eventuele medicatie en dagstructuur

- Steunende en structurerende **gesprekken bieden** met aandacht voor

- **emotionele aspecten**: spirituele ondersteuning, ventileren van gevoelens, stilstaan bij de levensgeschiedenis van de patiënt

- **gedragmatige aspecten**: doorbreken van piekeren door activiteiten ter afleiding en praten over alledaagse dingen, stimuleren van hoop, aandacht op het hier en nu, stimuleren van gezond slaap-waakritme

- **sociale aspecten**: informeren van naasten over depressie, naasten helpen bij het activeren en zoeken van afleiding, eventueel vrijwilligers inschakelen, patiënt blijven bezoeken en aandacht geven

- Zo nodig **doorverwijzen** voor gespecialiseerde psychotherapeutische interventies

Medicamenteus: zie richtlijn op www.pallialine.nl

• **Patiënten met een korte levensverwachting**: Methylfenidaat 5 mg 's ochtends en 's middags, verhoog iedere dag tot het gewenste resultaat

• **Patiënten met een levensverwachting van méér dan één maand**: tricy-

clische antidepressiva of moderne antidepressiva

Depressie en euthanasieverzoek:

Bij het beoordelen van een euthanasieverzoek moet worden uitgesloten dat het verzoek voortkomt uit depressiviteit. Bij depressiviteit zijn er nog behandelmogelijkheden en is er dus geen sprake van "uitzichtloos lijden". Een depressieve patiënt is ook niet wilsbekwaam ten aanzien van zijn euthanasieverzoek.

Wat kan helpen?

- **Onderscheid maken**:

- **Depressieve patiënt**: doodswensen wisselen meestal nogal, vaak zelfs op dezelfde dag.

- **Euthanasieverzoek**: duurzaam verlangen naar de dood is vereist

- **Consultatie van een psychiater** is aangeraden.

• **Bij voortgaande twijfel** over de diagnose depressiviteit en de invloed daarvan op de wens tot euthanasie, kan het raadzaam zijn een op depressiviteit gerichte **proefbehandeling** te starten.

Karen De Meerleer
Psycholoog Panal vzw

Bedenkingen vanuit de praktijkervaring in België.

Het stellen van de diagnose 'depressie' zoals beschreven in de DSM IV van de psychiatrie is niet altijd eenvoudig. Bij het beleven van een uitzichtloze en fatale aandoening is er meestal veel verdriet en angst aanwezig. We beschouwen dit als een normale reactie op het ziektegebeuren waarbij een luisterend oor en warme nabijheid in de eerste plaats als ondersteuning nodig is. Wanneer angst en emoties verlamrend aanwezig zijn, kunnen medicaties zoals anxiolytica (angst reducerende) en antidepressiva meer comfort geven.

Een nieuwe depressie strictu sensu volgens de psychiatrische classificatie DSM IV komt mijns inziens niet zo vaak voor in een palliatieve situatie. Meestal gaat het om patiënten met een voorgeschiedenis van depressie die nog steeds onder behandeling is en waar de depressie toeneemt o.w.v. de uitzichtloze situatie. Bij ouderen is depressie meestal gemaskeerd aanwezig en kan zich uiten in zowel mentale als gedragsstoornissen waarbij het voorschrijven van antidepressiva op proef een goede optie kan zijn.

In een (pre)terminale fase worden antidepressiva vaak niet meer opgestart. De tijd die nodig is om het effect van de medicatie te zien (4 à 6 weken) is meestal te kort.

Vaak is reeds polymedicatie aanwezig waardoor interferentie en toename op neveneffecten zeer reëel is (cfr. opioïden en psychofarmaca). Wanneer onrust, angst, agitatie als erg belastende symptomen aanwezig zijn (cfr. terminale onrust) gebruiken we anxiolytica en neuroleptica in functie van het beoogde comfort. Het product Methylfenidaat of Rilatine (cfr. Richtlijnen depressie) gebruiken we zelden in het kader van depressief lijden, soms wel bij uitgesproken moeheid (adynamie) tijdens een nog lopende palliatieve therapie (neveneffecten van bestraling en chemo).

Wanneer belangrijke beslissingen in verband met het levenseinde (moeten) genomen worden is het belangrijk om onderliggend depressief lijden bij de patiënt te herkennen en bij twijfel psychiatrisch advies in te winnen.

Dr. Johan Coppens
Huisarts-consulent Panal

VORMING OP MAAT

Elk jaar publiceert Panal een vormingsbrochure. Met daarin eerst en vooral onze terugkomende modules zoals onze basis-, vervolmakings- en vrijwilligerscursus palliatieve zorg. Jaarlijks bedenken we ook een overkoepelend thema voor onze minisymposia, waarover we dan vier avondlezingen brengen. De brochure wordt verder aangevuld met dagopleidingen over thema's die relevant zijn voor de sector: wondzorg, palliatieve richtlijnen, spiritualiteit, ...

In de brochure van 2019 (zie www.panal.be/vormingen voor meer informatie) hebben we er voor gekozen om voor een aantal opleidingen te differentiëren naar doelpubliek. Waar we vooralsnog multidisciplinaire opleidingen organiseren – kennis opdoen is ook leren van elkaars discipline en vakgebied – merken we dat sommige beroepsgroepen dan wat op hun honger blijven zitten. Dat soms het specifieke karakter van een bepaalde functie onvoldoende aan bod komt in onze 'standaard' basis- of vervolmakingsmodule.



Waar we nog steeds geloven dat in de multidisciplinaire samenwerking in palliatieve zorg voldoende aandacht moet zijn voor de kennis en expertise van alle hulpverleners, willen we uiteraard ook een antwoord bieden op de beroepseigen vragen waar sommige disciplines mee geconfronteerd worden. Naast een cursus specifiek voor vrijwilligers hebben we daarom dit jaar ook een cursus specifiek voor kinesitherapeuten en ergotherapeuten in palliatieve zorg. De vlotte inschrijvingen voor deze opleiding leren ons dat dit een juiste keuze was: er is vraag naar opleiding palliatieve zorg voor deze doelgroep, afgestemd op hun functieprofiel.

In het najaar van 2019 starten we – in samenwerking met de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen – een basiscursus palliatieve zorg voor artsen en specialisten. Ook zij worden

immers geconfronteerd met vraagstukken eigen aan hun beroep. Het is bijvoorbeeld steeds een arts die een palliatieve diagnose stelt (dat is een medische beslissing). De arts is daarnaast ook eindverantwoordelijke voor het medisch beleid, alsook eerste aanspreekpunt voor de palliatieve patiënt en diens omgeving.

Wanneer organisaties geconfronteerd worden met bepaalde noden op de werkvloer, kunnen zij beroep doen op ons vormingsaanbod op maat. In overleg met de aanvrager gaan we op zoek naar een antwoord op die vraag. Welk vormingsthema – en welke inhoud – biedt het meest volledige antwoord en kan de medewerkers kennis en handvaten bieden om verder te gaan in de praktijk? Met enige fierheid mochten we na een duik in onze archieven en wat berekeningen later concluderen dat de vormingsmedewerkers van Panal gemiddeld 75 vormingen op maat geven per jaar. Met stip op nummer één van meest gevraagde thema's blijft onze vorming 'Inleiding in palliatieve zorg', waarin we deelnemers onderdompelen in het wettelijk kader en de organisatie van palliatieve zorg in Vlaanderen. In het verdere verloop van onze top drie wedijveren de eerder lichamelijke thema's 'comfortzorg' en 'pijncontrole' met de meer mentale thema's over 'psychosociale aspecten' en 'omgaan met rouw'.

Uiteraard is ons aanbod aan vorming op maat uitgebreider dan deze vijf thema's. In wat volgt geven wij graag een korte inhoud van de thema's die kunnen aangevraagd worden. Deze lijst is echter nooit volledig: bij een specifieke vormingsnood waar u niet meteen een antwoord op vindt, aarzel niet om contact op te nemen. Wij streven ernaar om het concept 'aanbod op maat' letterlijk te nemen: samen met u gaan we op zoek naar een inhoudelijk kader dat beantwoordt aan uw vraag en dat uw medewerkers versterkt in het uitdragen van de palliatieve zorgcultuur.

Nele Geysen

Vormingsverantwoordelijke Panal

Inleiding in palliatieve zorg

Wat is palliatieve zorg? Hoe is palliatieve zorg georganiseerd? Welke ondersteuning is mogelijk? Het netwerk en de MBE (multidisciplinaire begeleidingsequipe of thuiszorgsequipe), palliatief verlof, de thuiszorgpremie, ... komen aan bod. Verder is er beknopt aandacht voor de wetgeving over palliatieve zorg, de patiëntenrechten en euthanasie.

Symptoomcontrole

Welke hinderlijke symptomen treden op bij palliatieve patiënten en hoe ga je hiermee om (bv. via medicatie of op verzorgingsvlak)? We bekijken vermoeidheid, gastro-intestinale klachten, voedingstips, pulmonaire symptomen, urologische, dermatologische en neurologische problemen.

Pijncontrole deel 1 en 2

We besteden aandacht aan de definitie van pijn, de soorten pijn, pijnmeting, de pijntrappen, de verschillende soorten medicatie (waaronder morfine, co-analgetica en adjuvante stoffen) en het gebruik van de spuitaanrijver. We bespreken een aantal relevante casussen.

Comfortzorg

Voor zorgkundigen. Welke niet-medicamenteuze behandelingen kunnen het comfort van de palliatieve patiënt zo hoog mogelijk maken? Hoe kunnen we als hulpverlener het comfort van de palliatieve patiënt ondersteunen? Wat zijn onze taken? Wat melden we aan wie? Wat kunnen we doen bij pijn of andere klachten? We bespreken de tekenen van naderend overlijden. Er worden concrete tips gegeven en we sluiten af met een oefening. Het is een inhoudelijke combinatie van bovenstaande vormingen rond pijn- en symptoomcontrole, maar afgestemd op het takenpakket van een zorgkundige binnen een woonzorgcentrum.

Terminale zorg

De terminale fase in palliatieve zorg is een beperkte, maar intense periode met specifieke noden en behoeften zowel bij de patiënt als bij de omgeving. Deze noden situeren zich op lichamelijk, emotioneel, sociaal en spiritueel vlak. Hoe kunnen wij als zorgverleners deze noden (h)erkennen?

Hoe zien we wanneer de terminale fase start? Hoe kunnen we passende ondersteuning bieden aan de patiënt

en zijn omgeving? Wat hebben de patiënt en zijn familie nodig om afscheid te kunnen nemen? Hoe kunnen we onze zorg hierop afstemmen? We staan stil bij de verschillende aspecten en bieden tips en handvatten aan.

Psychosociale aspecten

Welke verschillende emoties en reacties kunnen we zien bij een palliatieve patiënt en zijn omgeving? Wat betekent het voor de omgeving om te zorgen voor een ongeneeslijk zieke? Welke noden leven er bij patiënt en omgeving en hoe kan de hulpverlener hierop inspelen en gepaste ondersteuning bieden?

Omgaan met rouw

Rouw is universeel en toch uniek, als onze vingerafdruk of ons DNA. Wat is rouw en welke verschillende reacties kunnen rouwenden vertonen? Wat is de huidige visie rond rouw en welke misverstanden leven er? Hoe kan je als zorgverlener rouwenden ondersteunen en ook zorgen voor jezelf?

(Klein)Kinderen betrekken bij palliatieve zorg

Kinderen zijn belangrijke en kwetsbare medespelers in een palliatieve zorgsituatie. Veel hulpverleners en ouders worstelen met de vraag: hoe kunnen we kinderen en jongeren voorbereiden, opvangen en begeleiden? Wat zijn misverstanden en valkuilen? Hoe betrek je kinderen bij het afscheid nemen? Er worden concrete tips en handvatten aangereikt.

Medisch Begeleid Sterven

In 'Medisch Begeleid Sterven' worden enkele specifieke termen en handleidingen binnen de palliatieve zorg van nabij bekeken: (afzien van) curatief en/of levensverlengend handelen, pijn- en symptoomcontrole en actieve levensbeëindiging.

Praten over later

Een lezing over vroegtijdige zorgplanning: informatie over het opstellen van wilsverklaringen, terminologie (vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger, orgaandonatie, lichaam schenken aan de wetenschap, ...), het verschil tussen een actuele vraag naar euthanasie en de wilsverklaring inzake euthanasie, het verschil tussen euthanasie en palliatieve sedatie, informatie over palliatieve zorg en de werking van Panal. Duur: lezing van anderhalf

uur + half uur vragen uit het publiek. De doelgroep is brede bevolking.

Vroegtijdige zorgplanning

Uit onderzoek is gebleken dat gesprekken over vroegtijdige zorgplanning gepaard gaan met een daling van het aantal ziekenhuisopnames, een afname van ongewenste levensverlengende behandelingen, toename van de tevredenheid van patiënt en familie over zorg, toename van het aantal overlijdens in de thuisomgeving (o.a. woonzorgcentrum) en een grotere overeenstemming tussen wat de patiënt zelf wenst en de aangeboden hulp.

Het is wenselijk dat de patiënt centraal staat in besluitvorming rond zorgplanning en levenseinde. Toch zien we dat op het moment dat beslissingen zich aandienen, de communicatie met de patiënt vaak al bemoeilijkt is door het gevorderde ziekteproces. We moeten daarom anticiperen op de zorg die komt. In deze vorming bekijken we of het concept 'vroegtijdige zorgplanning' ons de nodige hulpmiddelen kan bieden.

PICT (Palliative Care Indicator Tool): een nieuw instrument in palliatieve zorg

Omdat levensverwachting niet voldoet als criterium voor de regelgeving en financiering van palliatieve zorg, werd een tool ontwikkeld om palliatieve patiënten adequaat te identificeren: de PICT. Dit meetinstrument identificeert in eerste instantie de palliatieve patiënt, waarbij de "surprise question" (zou u verrast zijn als deze patiënt binnen het jaar overlijdt?) als eerste filter fungeert. Niet als vraag naar levensverwachting, maar als vraag naar kwetsbaarheid. In de tweede schaal wordt daarna de ernst van de zorgnood ingeschat.

De PICT is een praktisch instrument dat bruikbaar is in ziekenhuizen, woonzorgcentra en in de thuissituatie. Het ondersteunt zorgverleners om tijdig in dialoog te treden met de patiënt en zijn naasten over de toekomst zodat zorg maximaal op de patiënt afgestemd kan worden. In deze vorming bespreken we eerst het kader rond de PICT en daarna gaan we aan de hand van enkele casussen het instrument gebruiken.

Ethische aspecten

Welke waarden en normen zijn belangrijk in palliatieve zorg? Hoe gaan we in palliatieve zorg om met ethische problemen? Vanuit een ethisch kader worden handvatten aangereikt die kunnen helpen bij ethische dilemma's.

Communicatie

In palliatieve zorg is communicatie essentieel. We bespreken de invloed van referentiekaders in communicatie. We geven aandacht aan bepaalde basisbehoudingen van een hulpverlener in de communicatie met de patiënt en zijn omgeving. Hoe heeft communicatie invloed op samenwerking en vice versa? Hoe ga ik om met ambivalente gevoelens van de patiënt en diens familieleden? Hoe hou ik hiermee rekening in de communicatie? Hoe ga ik om met conflicten? Wat met omgaan in waarheid?

Samenwerken

Door de extra zorg die in palliatieve situaties nodig is, zijn er vaak heel wat hulpverleners betrokken. Hoe werken deze hulpverleners (vanuit hun verschillende taken en verantwoordelijkheden) samen in een team? Wat zijn mogelijke valkuilen en aandachtspunten in samenwerking? Door oefening ontdek je wat de kwaliteiten van jezelf en van anderen zijn in een team en hoe we onze interacties met anderen beter kunnen begrijpen.

Zorg voor zorgenden

Werken met palliatieve patiënten en hun omgeving vergt veel van de zorgverlener. Om niet uitgeblust te geraken, is het telkens vinden van nieuwe energie noodzakelijk. Durf je jezelf een adempauze gunnen om nieuwe energie op te doen? Durf je grenzen trekken? Hoe doe je dit? Wat kan je daarbij helpen?

Quiz palliatieve zorg

Quiz over verschillende thema's in palliatieve zorg. Aan de hand van quizvragen worden verschillende onderwerpen in palliatieve zorg (kort) aangehaald en besproken. Deelnemers worden uitgenodigd om na te denken over verschillende situaties en een eigen mening te vormen. Door middel van bespreking na elke quizvraag wordt de inhoud onderbouwd met theorie.

Al onze vormingen zijn interactief en theoretisch onderbouwd. Panal volgt nieuwe ontwikkelingen in palliatieve zorg op de voet en verwerkt deze in het opleidingsaanbod. Al onze vormingsmedewerkers volgen jaarlijks ook zelf bijscholing en opleiding om de eigen expertise te vergroten. Een vorming op maat kan bij voorkeur aangevraagd worden via ngeysen@panal.be. Graag tijdig aanvragen, dat geeft de beste garantie dat er nog ruimte is in onze kalender in de gewenste periode.

In de kijker: Nieuwe boeken in de BIB van Panal



**Last days.
Hoe de
wereld
afscheid
neemt. (Lieve
Blancquaert)**

"Elke dag sterven er ongeveer 155.500 mensen, zo'n twee per seconde, en ooit zal het ook mijn dag zijn. Maar. Eerst wil ik oud worden. Het liefst van al stokoud en kranig, bazig ook. Laat mij maar niet dat meegaande, oude, beige vrouwtje worden. Laat mij niet angstig worden voor wat buiten is. Laat mij vrij zijn, dansen, kussen en bewegen. Laat mij lachen en laat mij zijn. Met rimpels, plooiën en hangend vel. Wat hou ik van dit leven, maar laat mij oud worden en vriendschap sluiten met het onbekende mysterie van de dood." Lieve Blancquaert.

Een prachtig geïllustreerd boek over het leven, afscheid nemen en de dood. Last Days volgt als derde deel Birth Day en Wedding Day op.



**Klein geluk
voor de
mantelzorgers
in Vlaanderen.
(Maria
Grijpma en
Inge Jager)**

"In Vlaanderen geven meer dan 600.000 mantelzorgers vrijwillig zorg aan iemand uit hun directe omgeving die extra hulp nodig heeft. Mantelzorgers zijn vaak iets dat je overkomt: je geliefde, een ouder, een kind of een vriend wordt ziek, en jij neemt een deel van de zorg op je. Maar wie niet oppast, vergeet zichzelf. Klein geluk voor de mantelzorgers is een onmisbare gids om goed voor jezelf te zorgen. Een echt cadeautje vol praktische tips, adviezen en herkenbare verhalen, dat het leven van (overbelaste) mannen en vrouwen verlicht. Stap voor stap breng je zo Klein geluk terug in je leven."

Bezoek aan "Bezorgd om mensen vzw" in Tienen

Panal heeft vanuit de Vlaamse overheid een aantal opdrachten gekregen om kwetsbare doelgroepen te bereiken en te ondersteunen. Eén van deze doelgroepen zijn mensen in armoede en/of mensen van allochtone afkomst. De opdrachten worden concreet omschreven als: "Het verkennen van mogelijke kanalen, manieren van sensibilisering en bekendmaking van palliatieve zorg aan personen in armoede en personen van allochtone afkomst. Het verkennen van samenwerking met armoedeorganisaties. Het opzetten van samenwerking met organisaties die ondersteuning bieden aan allochtone personen."

"Bezorgd om mensen", afgekort als BOM, is een non-profit organisatie voor kansarmen in de regio Tienen. De vzw bestaat sinds 1990 en wil vooral materiële ondersteuning bieden aan deze doelgroep, met daarbij de nodige aandacht voor respect en discretie. Zij werken samen met andere organisaties zoals CAW en OCMW, die eerder gericht zijn op het psychosociale welzijn van mensen.

We hebben een gesprek met Johan Bekaert, voorzitter van BOM.

Hoe ziet de werking van BOM eruit?

BOM richt zich vooral op het aanbieden van voeding, kledij en sociale integratie. Voeding wordt gratis aangeboden aan mensen en families die aan de voorwaarden voldoen. De voedingsmiddelen worden enerzijds door de vzw aangekocht en anderzijds geschonken door winkels. Tweedehandskledij wordt aangeboden in een winkel aan zeer lage prijzen (enkele euro's). De keuze om mensen toch te laten betalen voor de aankoop van kleding is doelbewust genomen; mensen kunnen op die manier echt naar de winkel gaan en zijn niet afhankelijk van liefdadigheid, wat hun gevoel van eigenwaarde ten goede komt. Kledij wordt geschonken door particulieren. Met de inkomsten van de verkoop van kledij wordt een deel van de voedingsmiddelen aangekocht. Tenslotte organiseert BOM wekelijks nailessen met taalonderricht Nederlands voor anderstaligen en mensen met een laag inkomen. 60% van de mensen die naar BOM komen zijn immers van allochtone afkomst; er zijn 24 verschillende nationaliteiten vertegenwoordigd. Er zijn op jaarbasis een 800 tal mensen (of 180 families) die beroep

doen op BOM, 650 (of 150 families) doen dit op regelmatige basis. 90% van de mensen worden door het OCMW naar BOM doorgestuurd.

De werking van BOM wordt volledig gedragen door 40 vrijwilligers, die dit engagement helemaal gratis doen. Verder ontvangt BOM subsidies van de Vlaamse overheid, de Provincie en de stad Tienen. Hiermee wordt onder meer de huur van de gebouwen en het transport van de voedingsmiddelen bekostigd. Het enkel gericht zijn op het bieden van materiële ondersteuning, maakt het aanbod voor mensen laagdrempelig. Bovendien zou het voeren van gesprekken andere gespecialiseerde capaciteiten vergen van de vrijwilligers. Mensen kunnen langskomen bij BOM zonder dat zij per sé hun verhaal moeten doen. Anderzijds is er wel de kans tot ontmoeting in de zitruimte van BOM, waar mensen warm worden onthaald en koffie aangeboden krijgen. Daar kunnen ze samenzitten met anderen, een babbeltje doen, een gezelschapsspel spelen. Voor de kinderen is een speelhoek ingericht.

Hoe kan er een samenwerking zijn tussen BOM en Panal?

Het is nuttig dat BOM op de hoogte is van het bestaan en de werking van onze dienst. De folder van Panal kan, indien nodig, door de vrijwilliger van BOM aangeboden worden.

Bedankt Johan, voor het warme onthaal, de tijd die je voor ons nam en de openheid om ons rond te leiden en ons de kans te geven voeling te krijgen met de werking van BOM. Een hartverwarmend én broodnodig initiatief!

Karen De Meerleer
Psycholoog Panal

“Verlies en rouw bij ouderen”.

Op donderdag 29 november bracht Arthur Polspoel voor Panal het 4de minisymposium binnen het jaarthema ‘Zorg voor ouderen in palliatieve zorg’. Arthur Polspoel is emeritus docent aan de Theologische faculteit in Tilburg en auteur over thema’s als rouw, terminale zorg, zingeving en eenzaamheid.

Een samenvatting van de belangrijkste ideeën die in deze lezing aan bod kwamen:

Rouw komt niet enkel voor bij nabestaanden, het heeft niet enkel te maken met het verlies van een ander door de dood. Rouw kan er ook zijn bij ander verlies, het verlies om iets of iemand wat voor de persoon wezenlijk was in het leven.

Er leven allerlei ideeën over rouw, zoals “in de loop van de tijd gaat het beter”. Maar vaak blijkt het tweede jaar lastiger dan het eerste. Kom je er ooit overheen?

Wie zijn partner verliest, verliest niet enkel die persoon, op dat moment staat het hele leven stil. In de eerste periode na het overlijden, dringt de rouw nog niet helemaal door, rouw heeft tijd nodig om in te dalen in het lichaam. Mensen vertellen hun verhaal, over “hoe dit is kunnen gebeuren”, op zoek naar een verklaring. Ze vertellen over “hoe iemand was”, een verhaal over de ander, maar ook over zichzelf: “weet je wel wat ik heb verloren?”.

In de periode na de uitvaart of afscheidsviering, hervat noodgedwongen het normale leven. De rouwende ziet zichzelf voor de taak terug deel te nemen aan het leven van alledag: het werk, het huishouden, naar de winkel gaan, eten maken, ... Maar de rouwende ervaart dat het leven er nu helemaal anders uitziet dan voorheen, de confrontatie met het verlies loert om elke hoek, hij kan het niet vermijden. Telkens opnieuw is er de boodschap dat “het wél waar is”. Wanneer men na verloop van tijd minder schrikt bij deze confrontaties, is het pijnlijke bewustzijn van de realiteit dieper doorgedrongen. En intussen draait de wereld verder door en wordt de rouwende geacht te handelen en te participeren, wat meestal als erg lastig wordt ervaren.

Als de rouwende durft om de realiteit van het verlies toe te laten en de pijn van het verlies te doorleven, en intus-

sen ook de gewone dingen van het leven kan oppakken, kan er ruimte komen om opnieuw zin te vinden in het leven. Rouw ‘verwerken’ betekent dan niet de ander ‘vergeten’, maar wel ‘meenemen in het verdere leven’.

Rouw hangt ook samen met onze identiteit: wie we zijn, waar en wanneer we zijn geboren en wat we meemaken in ons leven. Onze ervaringen maken ons tot de persoon die we zijn en welke waarden we hanteren in het leven. Het verlies van een betekenisvol iemand in ons leven heeft een impact op onze identiteit, wat op zijn beurt ook onze rouw beïnvloedt.

Wat met rouw bij ouderen? Ouderen worden geconfronteerd met het besef: het leven loopt op zijn einde. Het toelaten van deze realiteit, is voor ouderen vaak evidenter. Anderzijds blijkt dat ouderen het vaak moeilijker hebben om de pijn van het verlies toe te laten. Door afhankelijk van zorg en minder autonoom te zijn, is het deelnemen aan het leven van alledag voor hen vaak lastig, soms onmogelijk. Terug zin vinden in het leven, is dan voor de rouwende oudere moeilijk haalbaar. Vaak zeggen ze letterlijk:

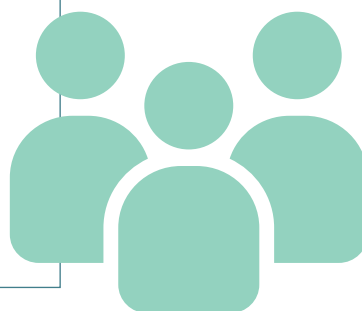
“het leven heeft voor mij geen zin meer”. De oudere trekt zich terug, vereenzaamt en geeft aan dat erover praten geen zin heeft.

Hoe kunnen wij hiermee omgaan? We moeten opletten met het veel gebruikte (soms misbruikte) “ik begrijp het”. Dit goedbedoelde zinnetje komt vaak verkeerd over, omdat we uiteraard niet in de schoenen van de ander staan. Beter klinkt “ik begrijp dat... (u zich heel eenzaam moet voelen)”, zo krijgt de ander de kans zich ook begrepen te voelen. Aandacht voor het levensverhaal van de oudere, is heel waardevol. Mensen willen vaak graag over hun leven vertellen, over wat ze hebben meegemaakt, de ups en de downs, de verwezenlijkingen en de tegenslagen, over wat ze hebben betekend. Het is belangrijk om mensen ruimte te geven hierover te vertellen en oprechte belangstelling te tonen. Zo kan de oudere terugvoeling krijgen met de zin van het voorbije leven, die kan uitstralen naar het huidige moment en kleur kan geven aan alledaagse ervaringen zoals bijvoorbeeld het bezoek van kleinkinderen.

Karen De Meerleer
Psycholoog Panal

PERSONEELSNIUWS

Kris Elsen, verwelkomde op 3 februari 2019 zijn kleinzoontje Msami.



De minisymposia van 2019 hebben als rode draad: **‘Palliatieve zorg, leefbare zorg?!’**

Wij nodigen u graag uit voor het tweede minisymposium:

HUMOR IN MOEILIJKE TIJDEN

Donderdag 23 mei 2019
Begijnhof CC Diest, Aula Geertrui Cordeys,
Infirmieriestraat zn. te 3290 Diest

Gast spreker: **Dr. Hugo Stuer**, huisarts, antroposofisch geneesheer en auteur.
Aanvang om **20u30**. De kostprijs bedraagt 25 euro.
Accreditering voor artsen 2 CP - rubriek 6 ethiek en economie.

ONCOLOGISCHE EN PALLIATIEVE WONDZORG DOOR EEN ANDERE BRIL BEKEKEN

Donderdag 9 mei 2019 van 13u30 tot 16u30

Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

In deze opleiding gaan we zowel theoretisch als praktisch aan de slag met wondzorg binnen de palliatieve en terminale zorgverlening. Het doel van deze opleiding is begrijpen hoe palliatieve wondzorg verschilt van zorg voor acute en chronische wonden, welke verschillende types van weefselvernietiging er zijn en hoe de behandeling van wonden kan worden benaderd. Naast kennisoverdracht wordt uitgebreid ingegaan op praktijkvoorbeelden aan de hand van casusmateriaal.

De doelgroep zijn artsen en verpleegkundigen, met praktijkervaring in palliatieve zorg.

De vorming wordt verzorgd door Nele Callaerts, wondzorgverpleegkundige consultatie complexe wondzorg in het Militair Hospitaal te Brussel, verantwoordelijke nieuwsbrief wondzorg.net, coördinator opleiding 2e jaar post-graduaat wondzorg en lid van het teachers network EWMA, European Wound Management Association.

De kostprijs bedraagt 45 euro. Accreditering voor artsen 2,5 CP -rubriek 6 ethiek en economie.

PALLIATIEVE ZORG VOOR GEÏNTERESSEERDEN EN VRIJWILLIGERS

Deze cursus is bedoeld voor **alle geïnteresseerden** in palliatieve zorg en voor **vrijwilligers** in de thuiszorg, op een palliatieve eenheid, in een woonzorgcentrum, een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking of een psychiatrische verzorgingsinstelling.

De cursus bestaat uit twee delen. Voor kandidaat-vrijwilligers voor de palliatieve thuiszorg (Pallium vzw) of voor een palliatieve eenheid (Heilig Hartziekenhuis Leuven of UZ Leuven Campus Sint-Pieter) is het volgen van de twee delen van deze cursus een voorwaarde. Andere geïnteresseerden kunnen zich beperken tot deel 1 van de cursus.

Personen die zich kandidaat willen stellen als vrijwilliger, nemen vooraf contact op met Karen De Meerleer op 016-23 91 01 (tijdens de kantooruren) of kdemeerleer@panal.be.

De cursus start op **dinsdag 23 april 2019** en loopt telkens van 13u30 tot 16u30 op **Panal, Waversebaan 220 te 3001 Heverlee**. De kostprijs bedraagt 100 euro per deel.

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 vormen kan bij voorkeur online op onze website www.panal.be/vormingen/ 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.

OMGAAN MET ROUW: NIEUWE INZICHTEN

Donderdag 13 juni 2019
van 11u30 tot 14u00

Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

In deze middagsessie belichten we de huidige visie en de nieuwste inzichten in de kijk naar rouw in onze maatschappij. Wat is rouw en hoe kunnen we rouw (h)erken- nen? Hoe kunnen we als zorgverlener omgaan met rouw- wonden? Welke misverstanden en valkuilen staan ons hierbij soms in de weg? Wat is helpend en wat vermijden we beter? We staan stil bij het belang van afscheid nemen, hechting en verbondenheid, de kracht van kwetsbaarheid, betekenisgeving, ... en hoe dit ons handvatten biedt om met de nodige expertise én een warm hart zorg te dragen voor rouwenden.

De doelgroep zijn artsen, verpleegkundigen, psycholo- gen, pastores, moreel consultants, sociaal werkers, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, vrijwilligers, ...

De vorming wordt verzorgd door Karen De Meerleer, psy- choloog van Panal.

De kostprijs bedraagt 45 euro (broodjeslunch inbegre- pen). Accreditering voor artsen 2 CP - rubriek 6 ethiek en economie.

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 lessen hebben plaats in U.Z. Gasthuisberg te Leuven.

De opleiding loopt over **6 zaterdagen** (5 oktober 2019, 16 november 2019, 14 december 2019, 18 januari 2020, 15 februari 2020 en 14 maart 2020) van 9 tot 16 uur. 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 automa- tisch 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.