

PANAL NIEUWS

Jaargang 22
December 2019
Driemaandelijks tijdschrift

Waardigheid in de zorg

Begin oktober werd door PANAL een minisymposium georganiseerd met als titel "Waardigheid als werkwoord". Spreker Linus Vanlaere legde tijdens deze mooie vormingsavond het accent op waardigheid als relatieconcept.

Mensen ondervragen over hun aanvoelen en denken over eigen toekomstig overlijden en sterven maakt dat ze vaak onwennig reageren. Sommigen willen dit onderwerp mijden, anderen hopen op een plotse dood of leggen de nadruk op sterven zonder lijden en waardig sterven. Dit doet nadenken over het begrip waardigheid. Onze eigenwaarde verwerven we in de relatie met wie ons omringt. Als kind ervaren we liefde en geborgenheid: het geeft ons het gevoel dat we meetellen en verbonden zijn met onze ouders en andere familieleden, dat we gewaardeerd worden om wie en wat we zijn. Het geeft ons zelfvertrouwen en onderscheidt ons van de anderen. We voelen de nood dit te affirmeren en deze dialoog tussen erkenning en waardering vormt ons tot een eigen persoon die zich als zichzelf en waardevol wil laten kennen. Hechtingsproblemen hebben met deze eigenwaarde te maken. Deze persoonlijke ervaringen wortelen de kind-ouder-relaties. Gebrek aan deze relaties tast onze eigenwaarde aan.

Ook in het verdere leven voeden we onze eigenwaarde: de waardering die anderen ons toedichten in woord en gedrag zijn hiervan de bouwstenen. Het netwerk van onze relaties steunen ons zelfbeeld en wij nemen deel aan de waardering van anderen door ons gedrag en onze erkenning. Dit zowel op het persoonlijke vlak, als op het maatschappelijk vlak. Zijn we niet allen zoekend naar deze waardering?

Het is niet toevallig dat sommige senioren en zieken zich onnuttig voelen en

eventueel levensmoeheid ervaren. Heeft dit niet juist met deze eigenwaarde te maken? Men voelt zich meer en meer uitgesloten uit het maatschappelijk leven. Men ervaart geen waardering en erkenning meer, men voelt zich tot last. Hoe meer men vereenzaamt hoe moeilijker het wordt. Is het niet de taak van de ganse samenleving juist deze lijdende medemensen blijvende erkenning te betuigen?

"Waardigheid als werkwoord" is een bijzonder goede woordkeuze voor al wie in de zorg werkzaam is. En zoals aangetoond maakt waardering deel uit van de relatie. Dit uit zich in vele verschillende facetten. Denken we maar bijvoorbeeld aan de gebruikte

taal: deze moet volwassen, duidelijk en aangepast zijn. Verkleinwoorden worden vaak als betuttelend ervaren, te ambtelijke taal toont desinteresse. Fijngevoeligheid en voornaamheid zijn geboden. Blijken van waardering zijn vaak woordeloos en zijn het product van positieve lichaamstaal. Humor en lichte relativering kunnen solidariteit, steun en medemenselijkheid verwoorden.

Kleine attenties en wat Linus Vanlaere "kleine goedheden" noemde, zijn even zovele dragende en steunende acties die waardering en vertrouwen opwekken. Hulpverleners in de zorg voor mensen hebben ook met de intieme mens te maken: ook daar is kiesheid, voornaamheid en discretie een noodzakelijke blijk van waardering.

Dr. Dominique Dewilde
Voorzitter Panal vzw

*Een nieuw jaar,
een nieuw begin.*

*Wij hebben er al
heel veel zin in!*

*We wensen jou dan
ook een mooie tijd!*

Het bestuur en de medewerkers van Panal wensen u fijne feestdagen en een gezond en voorspoedig nieuw jaar.



Recente inzichten in het gebruik van opioïden en de WHO trapladder

Morfine is en blijft ook op heden het referentieproduct in de palliatieve pijnmedicatie. De nieuwe producten zoals oxycodone en hydromorfone zijn duurder en hebben geen belangrijke meerwaarde. Ook qua neveneffecten scoren zij niet beter dan morfine.

Bij opioïd-naïeve patiënten kan zowel met kortwerkende als met langwerkende medicatie opgestart worden. Bij zwakke (frailty) bejaarden start men met lage dosissen en gaat men traag opbouwen (dagdosis om te starten < 30 mg/d). Doorbraakpijnmedicatie steeds voorzien en afhankelijk van de pijnscore een totale doorbraakdosis 1/6 tot 1/10 van de totale dagdosis.

Ophogen (optitratie) kan in een beginfase en bij lage dosissen morfine met 50% of bij hoge dagdosissen met 20%. Te snel en te vlug opdrijven van morfine kan leiden tot hyperexitatie van het centraal pijncentrum en klinisch een toestand van hyperalgesie teweegbrengen. In deze situatie is downtitratie nodig (reductie van totale dagdosis met 50%).

Bij teveel nevenwerkingen kan men overgaan tot een opioïdrotatie. Dit kan door de toedieningsweg te veranderen (per os naar subcutaan of intraveneus) ofwel door te veranderen van product.

Het gebruik van trap 2 (zwakke opioïden zoals codeïne en tramadol) kan weggelaten worden. Het zijn producten met een plafondeffect: hogere dosissen hebben geen meerwaarde op pijnstilling, maar verhogen de neveneffecten.

Voor het berekenen van equianalgetische dosissen kan men grosso modo aannemen dat de maximale medicatie uit trap 1 overeenkomt met ± 30 mg morfine (4 g paracetamol) en voor trap 2 (tramadol 400 mg) is dit ± 40 mg morfine.

Oxycodone is dubbel zo sterk als morfine, hydromorfone is 7 maal sterker, een transdermale pleister van 25 microgram fentanyl komt overeen met 100 mg morfine. Dit zijn de omrekeningen die bij Panal gebruikt worden. Naargelang de gebruikte bron kunnen hier verschillen op zitten.

Transdermale pleisters kunnen een goed alternatief zijn maar worden best niet gebruikt in een pre-terminale fase omwille van de trage biodisponibiliteit (tot 24 uur voor de maximale dosis bereikt wordt). Morfine subcutaan

(meestal via een spuitdrijver) is omwille van de soepele aanpassing en snelle werking de beste keuze.

Maligne pijnen zijn vaak gemengde pijntypes waarin zowel nociceptieve als neuropathische pijn aanwezig is. Een combinatie met verschillende pijnmedicaties met verschillende aangrijpingspunten is hier in combinatie met morfine producten aangewezen. Hier zijn tricyclische antidepressiva, gabapentine, SSRI, ketamine, enz.. aangewezen en is advies van pijnspecialisten wenselijk.

Bedenk ook dat pijn een 'totaalconcept' is waarbij naast medicamenteuze behandeling ruime aandacht voor psycho-emotionele problematiek, context en omgevingsfactoren even belangrijk zijn.

Meer info op www.oncoline.nl en www.pallialine.be

Dr. Johan Coppens
Huisarts-consulent

Het is een magere troost...

Het is een magere troost
Dat alles moet verdwijnen

En ik je hoe dan ook op een keer
Toch zou moeten missen, bij voorbeeld

Door de dood. Ik hou van je, al
Kunnen we waarschijnlijk niet meer
Worden wat we vroeger waren of dachten
Te zijn. Geen verhalen over afkeer,

Over waanzin of grote trouw: ik
Verlang naar toen terwijl
Ik ouder word. Ik denk
Nog veel aan jou.

Tom Lanoye



VEERKRACHT IN DE ZORGSECTOR: 'You'll never walk alone'

Een journalist moet klaar staan voor het volgend artikel. Een kok moet klaar staan voor de volgende maaltijd. Een zorgverstreker moet klaar zijn voor de volgende patiënt. Soms is die vorige patiënt niet 'genezen', geen blijde patiënt, geen patiënt die met vernieuwde kracht het leven aanpakt. Dat stelt extra eisen aan de zorgverstreker.

Mensen spelen allerlei spelletjes. Sommige zijn leuk, andere zijn gevaarlijk. De zorgsector wordt altijd verleid door vier gevaarlijk spelletjes, straatjes zonder einde: de spaarstrategie (het 'pampermodel'), de wees-spontaan sabotage (enkel wat 'spontaan' komt, is waardevol), verlaafd raken aan 'neurotici' (mensen die niet echt afhankelijk zijn, maar van wie je altijd veel minder zult terugkrijgen dan je geeft) en spel-zonder-grenzen (geen enkele grens aan tijd en inzet). Toch is er ook fundamenteel goed nieuws. Uit recent psychologisch onderzoek is gebleken dat iedereen, zelfs bij zware geheugenstoornissen en zeer hoge leeftijd, nog nieuwe gewoontes kan aanleren.

In 1959 schreef Alan Sillitoe de klassieker 'De eenzaamheid van de langeafstandloper'. Zorgverstrekkers voelen zich vaak alleen in de emotionele marathon van hun job. Ze moeten zelf maar al die overweldigende en existentiële ervaringen verwerken. Op het werk is het druk, de collega's hebben ook hun zorgen, de leiding heeft geen tijd, en het thuisfront zit niet bepaald te wachten op nog een verhaal over een (pijnlijk) levenseinde. Zorgverstrekkers zijn vaak mensen die voor iedereen zorgen, behalve voor zichzelf. Op termijn moet zich dat wreken. Voor deze doelgroep schre-

ven wijlen mijn echtgenote Ann Vermeiren en ikzelf het boek 'Beter zorgen voor Jezelf. Zelfzorg is een klavertje vier van 'zelfkennis' (wat heb ik echt nodig, wat is wezenlijk goed voor mij?), 'zelfwaardering' (loyaal en mild kunnen zijn tegenover zichzelf), 'bewuste keuzes' maken en tijd nemen voor verandering en 'verwenning'. Geen veerkracht zonder zelfzorg. Zelfzorg is gemakkelijker met grote veerkracht. Dit is een cirkel die in positieve of negatieve richting draait.

Maar: 'You'll never walk alone'. We werken in teams, netwerken, organisaties. We hebben managers en leiders. Wat is hun opdracht? Elk menselijk systeem draait rond 'wederzijdse duidelijkheid' en 'sociale steun'. De eerste opdracht voor collega's en leidinggevendenden is duidelijkheid scheppen. In de zorgsector moeten op verschillende niveaus (team, afdeling, organisatie) fundamentele vragen worden beantwoord als:

- Wat is goede zorg?
- Waar trekken we de lijn? Hebben we een criterium om 'neen' te zeggen?
- Wat moet ik als zorgverstreker doen om het goed te doen? Wat is een criterium van 'effectief resultaat'?

- Ben ik/jij de persoon die dat moet doen?

Dit lijken eenvoudige vragen, maar in een palliatieve omgeving worden deze harder, complexer, komen de ethische, de psychologische, de technisch-medische aspecten in al hun omvattendheid naar voor. Een reden te meer om naar mekaar toe (collega's), naar medewerkers (leidinggevendenden) en naar de organisatie deze vragen uit te spreken en zo helder mogelijk te stellen. Dit is een veeleisende taak voor de meeste verantwoordelijken, ze vluchten soms in de operationele management-verantwoordelijkheden, in de zorg zelf of de politieke spelletjes.

De tweede opdracht is sociale steun. We werken voor mensen maar ook met mensen. En wij mensen willen voortdurend in onze identiteit bevestigd worden. We willen geen nummers zijn in een vervreemdend systeem. We willen een stem hebben in het gesprek. We willen gehoord worden als we spreken. We willen op de juiste momenten gezien worden. In de praktijk kan sociale steun de vorm aannemen van 'de zelfzorg van de anderen bevorderen'. Help ik de leden van het team nog meer zichzelf te zijn, grenzen te verleggen, nieuwe compe-

tenties te ontwikkelen. Krijgen de medewerkers heel veel feedback? Of is dat beperkt tot een jaarlijkse routine van een 'evaluatiegesprek'? Helpt de leidinggevende bij zelfwaardering, bevestigt die de fundamentele keuzes die mensen maken, of worden die voortdurend verworpen?

De problematiek van 'veerkracht in de zorgsector' kreeg voor mij persoonlijk een bijzondere betekenis toen mijn echtgenote op 27 november 2011 overleed ten gevolge van een uitgezaaide kanker. Ze was als psychotherapeute zelf actief in de zorgsector en had tientallen mensen begeleid die zinvol moesten leren omgaan met een radicaal keerpunt in hun leven. Ze heeft over haar persoonlijke ervaring als kankerpatiënt en over haar ervaring met het zorgsysteem een boek geschreven: 'Kies en bemin je keuze'. Haar boek draait (uiteraard) rond twee centrale thema's: duidelijkheid en sociale steun. Ze beschrijft hoe ze op alle niveaus omringd wordt met de beste bedoelingen en de grootst mogelijke competentie en steun. Eén competentie ontbreekt echter telkens opnieuw: communicatie. Het systeem lukt er niet in duidelijkheid te brengen waar en wanneer je ze nodig hebt. Het systeem draagt op die manier veel te weinig bij tot het welzijn van een patiënt-in-nood, die ook in extreme en soms dramatische omstandigheden hoge nood heeft aan zelfzorg. Het medische systeem helpt fundamenteel veel te weinig bij de keuzes die een patiënt moet maken over zijn of haar eigen leven.

Prof. dr. Marc Buelens
www.marcbuelens.com

PERSONEELSNIUWS

- * Op 30 september 2019 startte Ellen Cumps als verpleegkundig-consulent in de thuiszorgelijke van Panal.



OMGAAN MET ONTEVREDENHEID

Op dinsdag 8 oktober bracht Karen Claes, zaakvoerder en trainer-coach bij VICE CONSULTANCY ons een geanimeerde en interactieve opleiding over 'omgaan met ontevredenheid in zorg'.

Palliatieve zorg brengt heel wat emoties met zich mee. De patiënt en diens omgeving worden geconfronteerd met situaties die zij soms moeilijk het hoofd kunnen bieden. Dit uit zich soms in ontevredenheid over de zorg. Niet als uiting van 'moeilijk doen' of een aanval, maar als kreet van iemand die het moeilijk heeft (en zich misschien ongelukkig uitdrukt): een wisselwerking tussen emoties, verwachtingen en rationeel begrip van wat hen allemaal overkomt. Tegelijkertijd ervaren we dat ook hulpverleners soms ontevreden kunnen zijn: verwachtingen die niet op elkaar zijn afgestemd, krijtlijnen van de organisatie die onvoldoende aansluiten bij het idee van 'de beste zorg verlenen', tekort aan zorgpersoneel, ... het zijn allemaal verzuchtingen van ontevredenheid, maar die we wel het hoofd dienen te bieden.

Maar hoe doe je dat dan concreet?

Stel je (on)tevredenheid over zorg even voor als een weegschaal.

Met aan de ene kant de verwachtingen over zorg, en aan de andere kant de geboden service. Op het moment dat deze beide in evenwicht zijn, hebben we een 'normale' situatie. De verwachtingen zijn gelijk aan de service, niemand is ontevreden, maar tegelijkertijd scoor je niet. Deze zorg is het 'nulpunt'.

Wat we eigenlijk zouden willen, is die situatie waarin de geboden service meer gewicht krijgt dan de verwachtingen. Dat de zorg de verwachtingen overstijgt. Patiënten en familie zijn er blij mee, en het geeft ons als hulpverlener een goed gevoel. Dit blijvend creëren is echter niet vanzelfsprekend. Op het moment dat de service de verwachtingen overstijgt, gaan automatisch ook de verwachtingen stijgen: de volgende keer moet de service minstens even goed zijn om het 'nulpunt' te kunnen ervaren.

Een nog dramatischer scenario is datgene waarin de verwachtingen



gen de service overstijgen. Met andere woorden: de geboden zorg voldoet niet aan de verwachtingen en de ander is ontevreden. Deze situatie kan tweeledig zijn: iemands verwachtingen kunnen onvoldoende afgestemd zijn op wat daadwerkelijk geboden kan worden. De kunst is dan om de verwachtingen te verlagen, door een duidelijk kader te scheppen over wat iemand kan en mag verwachten van de zorgverlener/service: wat is binnen de lijnen van de organisatie of zorg mogelijk en wat stemt dan zoveel als mogelijk overeen met de verwachtingen van de patiënt of diens familie? Maar veelal creëren we deze ontevredenheid als zorgverlener zelf: door onbedoeld verwachtingen te scheppen die we daarna niet kunnen waarmaken.

Een heel herkenbaar voorbeeld daarvan is die situatie waarin we iets voor iemand moeten navragen en ofwel:

- De tijd die daarvoor nodig is vaag houden (bv. ik kom daar zo snel als mogelijk op terug), met als doel onszelf ruimte te geven en geen loze belofte te willen doen. Probleem daarbij is echter dat onze gesprekspartner hierdoor zelf ideeën gaat vormen over wat een redelijke termijn is om een antwoord te verwachten. Maak dus zoveel als mogelijk de tijd concreet.

- De concreet gemaakte tijd te klein houden (bv. geef me vijf minuten). Als je er dan niet in slaagt om je te houden aan de afgesproken tijdsspanne, creëer je ontevredenheid. Geef jezelf marge. Verdubbel de tijd die je denkt nodig te hebben. Als het dus langer duurt dan voorzien, heb je marge, ben je sneller dan aangekondigd is je cliënt tevreden over de geboden service (beter dan aangegeven of verwacht).

Beloftes doen schept verwachtingen. Ga heel goed na of je die kan waarmaken, en maak ze nooit in naam van iemand anders. Toon ook oprechte interesse of de geboden mogelijkheden afstemmen op de verwachtingen van je gesprekspartner ('Is dat goed voor u?'). Op die manier geef je iemand de kans of het gevoel mee te kunnen beslissen, in plaats van dat hij of zij de zorg slechts kan ondergaan.

Als mensen dan toch ontevreden zijn over zorg, tonen ze dit vaak op drie manieren:

- Berusten: de geboden zorg ondergaan, ook al is men ontevreden ("geen andere keus")
- Zappen: de geboden zorg eenmalig accepteren en daarna een andere hulpverlener zoeken

- Klagen: tegen de persoon die er iets aan kan doen klagen over de geboden service.

Aan mensen die berusten of zappen heb je niets. Hun ontevredenheid komt niet tot bij jou, waardoor je de geboden service niet kan evalueren en eventueel bijsturen waar mogelijk. Vaak wordt er in die situaties ook gebruik gemaakt van "radio trottoir": anderen krijgen in geuren en kleuren de ontevredenheid te horen, maar de klacht wordt niet gelegd bij de persoon die daadwerkelijk iets zou kunnen ondernemen.

Op die manier naar ontevredenheid kijken, maakt dat we eigenlijk blij kunnen zijn met klagers: met personen die hun klacht leggen waar ze moet liggen, en eigenlijk betrokkenheid tonen over de zorg. Hoe je naar hen kijkt als klagende partij, zal bepalen hoe je er mee omgaat: in het ideale scenario herken je de klacht als zijnde kansen tot verbetering van de geboden service. Het is aan ons om elke klacht met open armen te ontvangen en onze klagers te soigneren: alleen zij durven het aan om hun ontevredenheid te uiten en in samenwerking te zoeken naar zorg in evenwicht.

Nele Geysen
Vormingsverantwoordelijke Panal

Een bed bij het raam

Sylvia Vanden Heede. (€8)



Stan is ook eens ziek geweest. Zijn keel deed pijn. Hij mocht met een dekentje op de bank en mama bracht hem aardbeienyoghurt en chocolade-ijs. De dokter kwam en gaf hem een drankje dat naar kersen smaakte. Daar werd Stan beter van. Dat was een beetje jammer, want toen moest hij weer naar school. Iedereen wordt vroeg of laat beter, maar bij mama duurt

het lang.

'Een bed bij het raam' is een ontroerend verhaal over een jongetje dat ziet dat zijn mama niet meer beter wordt. Het boek kwam tot stand in samenwerking met de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Een voorleesboek voor kinderen vanaf 8 jaar of voor oudere kinderen om zelf te lezen.

Alles over het levenseinde.

Wegwijs in palliatieve zorg.

FPZV. (€16)

Op een dag is het zover. Je hebt een ziekte en je weet dat je gaat sterven. Misschien nog niet meteen, maar toch binnen afzienbare tijd. Of je krijgt te horen dat iemand uit je nabije omgeving ongeneeslijk ziek is. Er volgt een heel ingrijpende periode.

Dit boek biedt een overzicht van de zorg aan het einde van het leven en helpt je om de beste weg te vinden om ermee om te gaan. Getuigenissen bieden herkenning en steun. Verwijzingen naar palliatieve voorzieningen en hulpmiddelen, informatiebronnen en nuttige adressen maken van dit boek een volledig naslagwerk, dat dient als houvast voor palliatieve zorg.



Zakboekje: samenvatting van de richtlijnen palliatieve zorg.

FPZV. (€10)



Dit handige zakboekje bevat de samenvattingen van een aantal richtlijnen palliatieve zorg. De volledige richtlijnen zijn terug te vinden op www.pallialine.be. Deze website is gebaseerd op de Nederlandse website www.pallialine.nl van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en tot stand gekomen om zorgverleners in de palliatieve zorg te ondersteunen in hun werk door het aanbieden van richtlijnen. De richtlijnen

behandelen de verschillende aspecten van de palliatieve zorgverlening. Hiervoor wordt de huidige wetenschappelijke kennis zoals bekend in de literatuur gekoppeld aan de ruime praktijkervaring van zorgverleners in Vlaanderen uit verschillende disciplines. Bestaande richtlijnen op dit moment: Euthanasie, Vroegtijdige Zorgplanning voor mensen met dementie, Amyotrofische laterale sclerose (ALS), Vroegtijdige Zorgplanning (VZP), Pijnbestrijding bij palliatieve patiënten, Delirium, Palliatieve sedatie, Maligne obstructie, Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase, Hypercalciëmie, Hik, Dyspnoe, Hoesten, Koorts, Misselijkheid en braken.

Niet alleen...als je niet meer kunt genezen.

Bruno Craps. (€3)

Kreeg je te horen dat je ongeneeslijk ziek bent? En beseft je dat het einde van je leven niet meer ver af is? Of is iemand van wie je houdt ongeneeslijk ziek?

Of je nu jong bent, van middelbare leeftijd of oud: als je plots beseft

dat het over jou gaat, verandert heel je leven.



De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw en de netwerken palliatieve zorg in samenwerking met Toemeka vzw – Beweging voor een verstaanbare samenleving – willen met deze brochure palliatieve zorg beter bekend maken. Voor alle ongeneeslijke zieke mensen en hun omgeving wordt duidelijk uitgelegd wat palliatieve zorg betekent voor de zieke én voor wie hem verzorgt, zowel thuis als in een woon- en zorgcentrum, een ziekenhuis, een serviceflat...



Waardigheid als werkwoord

Op donderdag 3 oktober sprak ethicus Linus Vanlaere op ons derde minisymposium in de reeks 'palliatieve zorg, leefbare zorg?!'. Het thema van de avond was 'waardigheid als werkwoord'.

In de zorg worden we regelmatig geconfronteerd met zorg-ethische dilemma's. Situaties waarin de zorg moeilijk samensmelt met wensen of ideeën van patiënt en familie. Dit geeft ons als zorgverlener een gevoel van onmacht, omdat we het idee hebben niet de juiste oplossing te kunnen bieden. Om hieruit te geraken kan het helpen niet te denken in termen van 'juiste oplossing', maar in termen van '**meest waardige optie**': welke zorg kunnen wij aanbieden die aansluit bij het waardigheidsgevoel van de patiënt? En hoe behouden we daarin onze eigen waardigheid als zorgverlener? Met deze vragen als uitgangspunt gingen we het concept 'waardigheid als relationeel gegeven' onderzoeken.

Volgens Kantiaans begrip is waardigheid iets dat onvervreemdbaar is (cfr. Mensenrechten): waardigheid is eigen aan de mens. Tegelijkertijd wordt daaraan gekoppeld de wil en de vrijheid voor zichzelf de wet te stellen: ik bepaal zelf wat waardig is in mijn leven en geef mijn leven zelf vorm. Palliatieve zorg leert ons echter dat een lijf je soms in de steek kan laten. Dat er in momenten van ziekte en verval subjectieve ervaringen van onwaardigheid kunnen ontstaan.

Of zoals E.F. Kittay (2003) het uitdrukte: "We ontnemen mensen hun waardigheid in die mate waarin we hen plaatsen in omstandigheden die hun de vrijheid ontnemen de keuzes te maken die ze zouden hebben kunnen maken in omstandigheden waarover zij meer controle zouden hebben." Kunnen we dan samen alternatieven onderzoeken die hen weer in de waardigheid plaatsen?

Een **nieuw concept van waardigheid** is daarvoor nodig. Een concept dat recht doet aan de subjectieve ervaring van mensen dat je waardigheid kan verliezen. Dat recht doet aan het feit dat mensen behoeftige (lichamelijke) wezens zijn -waarbij het lichaam je soms in de steek kan laten- en dat inclusief is en gebaseerd is op respect ten aanzien van alle mensen. **Waardigheid als relationeel gegeven** probeert daar een antwoord op te bieden: dat waardigheid bepaald wordt in hoe we anderen bejegenen.

Waardigheid wordt in dat geval ver-

wezenlijkt in en door het delen van onwaardigheid. Respect voor de waardigheid van de ander wordt gewekt door het zien of opmerken van onwaardigheid (cfr. De barmhartige Samaritaan). De ander wint waardigheid in en door de zorgzame daad van de ander. De hulpverlener eert zichzelf in het eren van de naakte humaniteit van de ander. Je creëert als het ware waardigheid door je te verbinden aan elkaar in zorg. Een ethisch antwoord op een dilemma is dan het appél van iemand in onwaardigheid, dat zo sterk is dat jij er als hulpverlener iets mee moet doen.

'Waardigheid is dus geen eigenschap die eigen is aan de persoon in diens bijzonderheid, ze is een relatie. Liever: ze manifesteert zich in de daad waardoor wij ons op de ander richten om hem te beschouwen als mens, evenzeer mens, ook al getuigt de schijn van niet-menselijk zijn of zelfs onmenselijkheid' (P. Valadier, 2003).

De waardigheid van de hulpverlener en die van de zorgontvanger zijn dus met elkaar verweven. Bijvoorbeeld in het uiten van **betrokkenheid**. Een Europees onderzoek in de ouderenzorg uit 2003 ging na waar ouderen

ervaren dat waardigheid onder druk komt te staan. De uitkomst was dat deze ervaring zich vooral voordoet in kleine dingen: Hoe iemand wordt aangesproken (meneer, mevrouw, voornaam, mevrouwtje, madammeke, ...); Hoe er met privacy wordt omgegaan (bv. iemand bedekken bij het geven van een bad); of er autonomie is in het kiezen van kleding en voeding (is er de mogelijkheid om zelf nog te kiezen naargelang 'goesting'). Allemaal ervaringen van (on)waardigheid waar zorgverleners gemakkelijk op in kunnen spelen. Het gevoel van de eigen waardigheid (of de ervaring van 'wat als ik het zelf was') kan een appellerende kracht zijn.

Het is dan aan de samenleving en de daarin opgenomen zorginstellingen om aandacht te hebben voor de gevoelens van (on)waardigheid van hun mensen – zowel bij patiënten of bewoners, diens familie of bij de eigen medewerkers. Waar patiënten, bewoners of familie hun ideeën over waardigheid kunnen uiten, waar hulpverleners worden ondersteund en gestimuleerd in hun engagement, in hun pogingen om vorm te geven aan hun gevoel over wat van waarde is, daar wordt vorm gegeven aan **het morele karakter van zorg**.

Nele Geysen
Vormingsverantwoordelijke Panal

**De minisymposia van 2020 hebben als rode draad:
'Communicatie in palliatieve zorg: daar valt wat voor te zeggen'
Wij nodigen u graag uit voor het eerste minisymposium:**

DURVEN PRATEN OVER DOODGAAN: in gesprek met de palliatieve patiënt

**Donderdag 12 maart 2020
LDC Wijnveld - zaal 1, Wingerdstraat 14, 3000 Leuven**

Gast spreker: **Joris DE LANGE**, STEM-trainer en geestelijk verzorger voor de zorginstellingen van Zuyderland Care en het Centrum voor Levensvragen Westelijke Mijnstreek, lid van de ethische commissie Zuyderland.

Opgelet: de minisymposia starten voortaan om **20u00**.

De kostprijs bedraagt **25 euro** per minisymposium.

Accreditering voor artsen aangevraagd in rubriek 6 ethiek en economie.

BASISCURSUS PALLIATIEVE ZORG

De volgende **basis cursus palliatieve zorg** voor **professionele hulpverleners** start op **21 januari 2020**.

De lessen hebben plaats op **dinsdagnamiddag 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 en praktische info omtrent het overlijden.

SPIRITUELE ZORG IN DE PRAKTIJK: gespreks- vaardigheden

Dinsdag 31 maart 2020 van 13u30 tot 16u30
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

In deze vorming bekijken we hoe we in gesprek met de palliatieve patiënt de spirituele laag naar boven kunnen halen. We verkennen de Spiritwijzer, een concreet werkinstrument dat ontwikkeld werd om in een gesprek deze beweging te maken. Aan de hand van oefeningen met concrete casussen uit de eigen praktijk gaan we na of en hoe de spiritwijzer van dienst kan zijn. In een tweede deel gaan we vanuit enkele basisprincipes (traagheid, ambivalentie, raadselachtigheid en waardengebondenheid) zoeken naar grondhoudingen om een spiritueel gesprek met zorg te voeren.

De vorming wordt verzorgd door **Renilde Vos**, theoloog, met jarenlange ervaring op vlak van spirituele vorming en begeleiding. Zij is medebezielster van 'De Grondmelodie' - centrum voor zin en bezieling, een vzw die spirituele en existentiële counseling verzorgt en diverse initiatieven rond zingeving en spirituele verdieping aanbiedt. Voor meer info zie: www.degrondmelodie.be.

De kostprijs bedraagt 45 euro.

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/vormingen/ of via mail aan vragen@panal.be.



INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT IN PALLIATIEVE ZORG: Een gevoelig thema

Dinsdag 11 februari 2020 van 13u30 tot 16u30
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

In deze vorming bekijken we hoe je dit thema bespreekbaar maakt en wat helpende adviezen zijn. Vanuit een positievere benadering van intimiteit en seksualiteit – waarbij niet wordt gefocust op (seksuele) dysfuncties of problemen, maar wel op (seksueel) welzijn en welbevinden – kunnen we het gesprek aangaan over mogelijkheden die de patiënt en diens partner wel nog hebben en eventuele alternatieven.

De vorming wordt verzorgd door **Kristel Mulders**, coördinator oncopsychologen en seksuologe borstcentrum en gynaecologische oncologie in het Jessa ziekenhuis Hasselt.

De kostprijs bedraagt 45 euro. Accreditering voor artsen aangevraagd in 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 **donderdag 23 april 2020** en loopt telkens van 13u30 tot 16u30 op **Panal, Waversebaan 220 te 3001 Heverlee**. De kostprijs bedraagt 100 euro per deel.