

PANAL NIEUWS

Jaargang 23
december 2020
Driemaandelijks tijdschrift

Leedverzachtende zorg

"Als je tandpijn hebt, moet je naar de tandarts, als er een virus-pandemie is moet je naar de virologen" - "Het advies van de virologen en van de epidemiologen, dat is het advies waar ik naar luister", zo verklaarde minister Frank Vandenbroucke. De beslissende politici proberen een compromis te vinden waarbij dat advies maximaal gevolgd wordt, dat er tegelijk voor zorgt dat de scholen zoveel als mogelijk open blijven en de economie het redt. Intussen vermijden we te allen prijze onnodige contacten. Afstandsregels, maskers en buitenlucht zorgen mee voor bescherming.

We zijn in een nieuwe pandemiegolf verzeild en proberen met grote moed en volharding deze onder controle te krijgen. Er wordt met een zekere ijdele hoop uitgekeken hoe de kerstdagen van het jaar 2020 en het oudjaar kunnen gevierd worden. Wat zeker te verwachten is, is dat er geen uitbundige feestvreugde zal heersen. We verlangen nu met zijn allen naar de aangekondigde vaccinatie die in de loop van 2021 hopelijk bewaarheid zal worden.

Ik vond in mijn boekenkast een versleten uitgave uit 1969 in de reeks "Le Livre de Poche" het beroemde boek van de Franse schrijver en filosoof Albert Camus (1913-1960, nobelprijs literatuur in 1957) "La Peste", voor het eerst uitgegeven in 1947. Dit boek verhaalt een pestepidemie in de Noord-Afrikaanse stad Oran door de ogen van een arts. Naast een zeer vergelijkbaar verslag van de publieke maatregelen die nodig zijn - quarantaine, isolatie, rantsoening - is het ook een

menselijk verhaal over sociale omgang, zingeving en menselijke relaties. Een zeer actueel boek en een opsteker en doordenker in deze eenzame tijd. Het boek werd geschreven gedurende de tweede wereldoorlog en is ook te lezen als een allegorie: het bezette en geïsoleerde Europese vasteland - het bevrijde Noord-Afrika.

Deze tweede pandemiegolf legt het accent in de eerste plaats op het voorkomen van te veel ziekenhuisopnames, het innemen van te veel intensieve bedden, het vermijden van te veel uitgestelde zorg en het daarmee samenhangend missen van vroege diagnoses en dus ook het te laat instellen van nodige medische zorg. Ook nu zijn er veel sterfgevallen zowel in ziekenhuizen als in woonzorgcentra. Verpleegkundigen en zorgenden hebben het op korte tijd weer hard te verduren en zijn grotendeels overbelast.

Als netwerk palliatieve zorg denken wij in de eerste plaats aan de mensen die geconfronteerd worden met een covid-19 infectie. Aan zij die wekelang eenzaam lijden en vechten voor hun leven, aan zij die zonder familie overlijden in een vreemde omgeving. Wij denken aan de familieleden van deze mensen en hun verlies. Ook aan de mensen die Covid-19 overleven maar langdurig met zware klachten te kampen hebben. We ondersteunen mensen die thuis blijven uit angst voor een besmetting of geen bezoek krijgen, terwijl ze misschien anders voor een woonzorgcentrum of een palliatieve eenheid zouden gekozen hebben. We zijn bekommerd om de

werkdruk en de psychologische impact op alle hulpverleners en meer specifiek deze die werken met palliatieve patiënten/bewoners/cliënten.

Wij vragen ons af hoe we al deze mensen kunnen bijstaan. Kunnen we "palliatieve zorg" - in zijn oorspronkelijke betekenis namelijk "leedverzachtende zorg" - bieden, niet alleen door psychologische hulp, maar ook door menselijke aandacht, aanwezigheid, solidariteit en daadwerkelijke hulp. Er is volharding, een blijvend geloof in de zinvolheid van zorg en creativiteit nodig om dit te realiseren in tijden waar afstand houden de regel is.

Dr. Dominique Dewilde
Voorzitter Panal vzw



Reflectienota 'palliatieve zorg en dementie: levenseindebeslissingen'

Tekst van de stuurgroep Ethiek van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

Levenseindebeslissingen bij personen met dementie: behandelbeslissingen, palliatieve sedatie en euthanasie

Wanneer de zorg vroegtijdig gepland werd en palliatieve zorg deskundig opgestart is, zijn ook moeilijker situaties goed aan te pakken. Levensbeëindiging is dan slechts heel uitzonderlijk aan de orde.

Zorgvuldig voorbereide en onderbouwde levenseindebeslissingen maken deel uit van passende levenseinde zorg. Deze komen niet pas aan de orde bij vragen naar levensbeëindiging, maar net zo goed reeds waar het bv. toediening van vocht en voeding, het niet (meer) opstarten van een behandeling of palliatieve sedatie betreft. Ook dit zijn beslissingen die alleen met zorg en overleg genomen kunnen worden. In het geval van dementie wordt het beslissingsproces gecompliceerd door toenemende en graduele wilsonbekwaamheid en het langdurige verloop van de aandoening.

Het informeren van patiënt en familie over de aandoening en het te verwachten verloop, en het tijdig ingaan op voorstellingen, verwachtingen en angsten, vormt het beginpunt van een dynamisch en actief proces van vroegtijdige zorgplanning (wat uiteraard veronderstelt dat de persoon in kwestie nog competent is). Het herkennen, vastleggen en communiceren van zorgdoelen maakt daar een wezenlijk onderdeel van uit. Als uitsluitend comfortzorg tot doel wordt gesteld, dan moeten alle genomen behandelingsbeslissingen hieraan zorgvuldig worden getoetst, en wordt bv. het kunstmatig toedienen van voedsel en vocht meestal onwenselijk. Afbouw van behandelingen die niet bijdragen tot comfort kan evenzeer worden overwogen en besproken. De patiënt kan hierbij de mogelijkheid worden geboden om te documenteren welk soort zorg hij of zij in welk stadium niet meer wenst. En belangrijker nog: of hij al dan niet een vertegenwoordiger wenst aan te duiden. Het is belangrijk

ook te wijzen op beperkingen en mogelijke misverstanden met betrekking tot voorafgaande zorgafspraken, bv. dat zelfs de beste vroegtijdige zorgplanning niet in alle mogelijke situaties kan voorzien. En voor wat therapiebeperkingen betreft, waartoe mensen vaak heel snel beslissen: soms biedt een (curatieve) behandeling van de oorzaak paradoxalerwijs tegelijk de beste comfortzorg. Voorafgaand overleg met betrokken zorgverleners en 'shared decision making' zijn dus cruciaal.

Tijdig inzetten op palliatieve zorg

Vroegtijdige zorgplanning is één zaak. Even belangrijk is het om tijdig in te zetten op palliatieve zorg. Multidisciplinair overleg en het gebruik van instrumenten/schalen helpen het scharniermoment te onderkennen waarbij men als team beslist dat niet langer levensverlenging of functiebehoud, maar comfort het doel van de zorg wordt.

Alle tot dusver geboden zorg ten spijt kunnen zich in de laatste stadia van de aandoening onmiskenbaar situaties voordoen waarbij het lijden van de persoon met dementie manifest wordt. Bijvoorbeeld wanneer door toenemende houdingsapraxie en spierspanning elke manipulatie aanleiding geeft tot manifest pijngedrag en uiteindelijk ontspanning in rusttoestand ondanks pijnstilling niet meer mogelijk is. In de grote meerderheid van de gevallen kunnen die adequaat verholpen worden, zeker wanneer de palliatieve zorg goed en in een vroeg stadium voorbereid is. Uitzonderlijk kunnen deze echter toch onvoldoende of niet duurzaam worden gelenigd, ook niet met goede pijn- en symptoomcontrole. Levensbeëindiging voor een persoon met dementie kan dus onder bepaalde, zeer uitzonderlijke omstandigheden de minst slechte uitweg zijn. Bijkomend kan de zieke ook vooraf, in het kader van vroegtijdige zorgplanning, aangegeven hebben niet in een bepaalde ziekte-toestand terecht te willen komen en

desgevallend ook niet (kunstmatig) in leven gehouden te willen worden.

De grens tussen het zinvolle (na)laten en het actief ingrijpen

Zelfs wanneer enkel nog ingezet wordt op optimaal comfort, kunnen zich nog doelgerichte tussenkomsten aandienen waarvoor men bij een wilsbekwame persoon uitdrukkelijk om toestemming zou vragen. Een dergelijke actie toch opstarten bij iemand die deze niet meer kan 'willen', kan dan ook nooit vanzelfsprekend zijn.

Waar verantwoordelijkheid in het geding is, en dus ook in de zorg, dienen zowel het doen als het (na) laten van een handeling voorwerp van bewuste overweging en keuze te zijn. Niet alleen een bepaalde zorghandeling verstrekken, maar net zo goed deze niet verstrekken, niet voortzetten of stoppen, is het voorwerp van een beslissing, een keuze. Deze beslissingen maken het voorwerp uit van de 'activiteit' van zorgverleners en van al wie inspraak heeft.

Er is echter ook nog een verder onderscheid te maken tussen niet behandelen, bv. de ziekte haar beloop laten, en daarbij maximaal comfort waarborgen, en anderzijds doelgericht tussenkomen met een behandeling, een ingreep, nieuwe medicatie, weze het ook palliatieve sedatie of euthanasie. Dit zijn acties die gericht zijn op een bepaalde ommekeer, versnelling of beëindiging van een spontaan verloop (of aflopend) proces. Men kan ongetwijfeld argumenteren dat er in onze moderne geneeskunde reeds lang geen 'natuurlijk' sterven meer bestaat (gegeven dat we precies door ondermeer die geneeskunde veel langer leven dan in de tijden van de 'natuur'geneeskunde). Maar er wordt in een aantal gevallen een duidelijke en scherpe grens overschreden wanneer men bv. overgaat tot de opstart van kunstmatige voeding en vocht, tot verhoogde/geïntensiveerde pijnbestrijding en sedatie, of tot levensbeëindiging. Van hetzelfde verschil geeft ook de wetgeving blijk wanneer ze

Nieuwe aanwinsten in onze bib

Georges en Rita. Leen Dendievel.

'Georges en Rita zijn meer dan een halve eeuw een paar, en samen kiezen ze voor euthanasie. Een beslissing die hun kinderen Lydie, Walter en Kurt elk op een andere manier onthalen. Er wordt afscheid genomen. Geheimen komen aan de oppervlakte., andere gaan mee in het graf. Eén hartverscheurend verhaal verteld vanuit twee zeer persoonlijke perspectieven.' Georges en Rita is een omkeerboek; men kiest zelf welke kant van het verhaal men eerst leest: dat van Rita of dat van Georges.



negatieve wilsverklaringen een (juridisch) bindend karakter verleent, en de positieve wilsverklaringen niet. Of wanneer ze patiënten het recht geeft een voorgestelde behandeling te weigeren (of te aanvaarden), maar nooit het recht om een bepaalde behandeling te eisen.

Actief ingrijpen op die facetten van het leven waar de lijdende persoon zelf niet meer wilsbekwaam is, waar zijn wil als 'beweeg-reden' tot actie niet meer actief is, is delicaat. Ook al kan dat in sommige gevallen, en voor sommige aspecten of voor een gelimiteerde periode zinvol zijn, toch is het nooit vanzelfsprekend om extern, als wil van buitenaf, in te grijpen op die facetten van een bestaan waarin de eigen wil zich niet meer manifesteert. Wanneer de wil van een ander (familie, zorgverstreker, ...) in de plaats komt van de wil van de persoon met dementie, dan houdt dit altijd het overschrijden van een grens in, een voorbijgaan aan de autonomie van diegene om wie het gaat. Het dient daarom steeds met de grootste omzichtigheid te gebeuren.

Familie en zorgverleners voelen dit doorgaans haarscherp aan bij die personen waarvan ze op voorhand wisten dat ze een gegeven ingrijpen duidelijk niet zouden hebben gewild, maar het geldt vaak ook in gevallen waar we geen weet hebben van enige voorafgaande wilsuiting. Het gaat alleen ogenschijnlijk om 'onschuldig' ingrijpen zoals kunstmatige toediening van voeding en vocht of bepaalde medische handelingen (als transfusies). Dit ingrijpen kan zelf bron van ongemak en zelfs lijden worden.

Dr. Johan Coppens
Huisarts-consulent Panal

Afscheid dat verbindt: Praten over het levenseinde. Hilde Ingels.

'Hilde Ingels, socioloog en journalist, tekent verhalen op van mensen die niet zo lang meer te leven hebben. Ze laat hen terugblikken op hun leven, vooruitkijken naar het afscheid dat eraan komt en ze spreekt met hen over de dood. Uit deze gesprekken blijkt hoe betekenisvol het voor betrokkenen en hun naasten kan zijn om afscheid en dood te benoemen. In het boek reflecteert de auteur op deze ontmoetingen en reikt ze handvatten aan voor wie met de eindfase van het leven geconfronteerd wordt. Nabestaanden delen hun ervaringen over de laatste maanden, weken en dagen met hun geliefde en enkele zorgverleners vertellen over wat de veelvuldige contacten met stervenden met hen doen.'



Weg van het piekeren: Actie als remedie. Filip Raes.

'Piekeren is geen pretje. Het brengt allerlei ellende met zich mee en kan zelfs uitmonden in een angststoornis of depressie. Toch ben je er midden in een piekerbui vaak van overtuigd dat je, door te blijven tobben, een oplossing zult vinden voor zaken waar je in vastzit. Het tegenovergestelde is waar: door al dat gepieker blij je juist vastzitten in je hoofd en kom je maar zelden tot actie of oplossingen. Het leven staat op pauze en intussen begin je jezelf alleen maar slechter te voelen.'



'In "Weg van het piekeren" beschrijft Filip Raes hoe hij, als gedragstherapeut, werkt met piekeren. Al kun je piekeren nooit helemaal uit je leven bannen, je kunt er wel anders mee omgaan. Door het piekeren sneller op te merken en op die momenten sneller over te gaan tot actie, leg je het piekeren lam. Er komt meer ruimte in het leven voor dingen die er echt toe doen. Dit boek vertelt in heldere stappen hoe je een nieuwe weg inslaat. Hoe meer je die nieuwe weg bewandelt, hoe breder die wordt en hoe meer je jezelf bevrijdt.'

Interesse om een boek te lenen uit onze bib?

Neem contact op met Karen De Meerleer, psycholoog Panal
kdmeerleer@panal.be of 016/23 91 01 (tijdens de kantooruren)

Focus op psychisch welbevinden

Psychisch welbevinden verdient de nodige aandacht in zorg, en niet alleen bij wie zorg ontvangt, maar ook bij wie zorg verleent. De huidige context, waarin we het hoofd proberen te bieden aan een ingrijpende pandemie, confronteert ons met heel wat uitdagingen. Er wordt veel gevraagd van zorgverleners: omgaan met verhoogde werkdruk, flexibiliteit in het omgaan met nieuwe manieren van werken zoals online vergaderen -waar men soms de non-verbale communicatie mist en inboet aan spontaniteit-, voortdurend voorzichtig en alert zijn om zelf niet besmet te raken, fysiek afstand moeten houden en geen handen kunnen geven, wat indruist tegen een natuurlijke behoefte van warm contact met patiënten en families,...

In deze context bood de Webinar "Hoe stress vermijden en burn-out voorkomen?" van stichting tegen Kanker, enkele interessante inzichten en handvatten in het omgaan met de huidige stressoren waarmee zorgverleners te maken krijgen. Psycholoog Silke Verhoeven had het over de impact voor zorgverleners om dagelijks geconfronteerd te worden met pijn en lijden. Yasmine Reekmans, experte complementaire gezondheidszorg en shiatsu therapeute, bood enkele praktische oefeningen om op stressmomenten discreet te kunnen hanteren. Een beknopte persoonlijke weergave van deze boeiende Webinar:

In de nieuwe definitie van burn-out zijn er 4 kernsymptomen: uitputting (oververmoeid, niet meer kunnen recupereren), mentale distantie (van overbetrokken naar afstandelijk, verbitterd of cynisch), cognitieve ontregeling (geheugen- en concentratieproblemen, fouten maken), emotionele ontregeling (emotioneel controleverlies, opvliegend, incapabel voelen). Daarnaast zijn er 2 secundaire symptomen: psychische spanningsklachten zoals piekeren, slaapproblemen en psychosomatische klachten zoals hartkloppingen, spierpijn.

Relatie stress – burn-out

De stress die we ervaren, is een combinatie van chronische (wat dagelijks op ons afkomt en energie vraagt, dit kunnen ook positieve zaken zijn) en acute stressoren. Ieder heeft een persoonlijke stressweerbaarheidsgrens die meestal vrij stabiel is, maar ook kan kelderen ten gevolge van overmatige stress. Hierbij raakt het evenwicht inspanning-ontspanning zoek, omdat we voortdurend tandjes bijsteken en onze batterij onvoldoende kans krijgt om opnieuw te worden opgeladen. Dit

kan leiden tot burn-out, een moment waarop het tandjes bijsteken niet meer lukt en men het gevoel heeft te crashen.

Belangrijk is dus om zorg te dragen voor het energieniveau in onze batterij. Dit kan op 2 manieren: door te zorgen dat er minder energie uitgaat of dat er nieuwe energie wordt aan toegevoegd. Dit is soms een zoektocht en is afhankelijk van persoonlijke voorkeuren en interesses. Gezonde eetgewoonten, voldoende beweging en een goede nachtrust, zijn al een mooi begin. Mens sana in corpore sano...

Risico bij zorgverleners.

Bij zorgverleners die regelmatig geconfronteerd worden met pijn en lijden (vb. in oncologie en palliatieve zorg) is er een verhoogd risico op burn-out: op hersenscans blijkt het "zien van pijn en lijden" hetzelfde effect te hebben op de hersenen als het effectief zelf pijn (fysiek of psychisch) lijden. Uit onderzoek blijkt verder dat er een link is tussen empathie en burn-out. Hoe meer empathisch men is, hoe groter deze impact in de hersenen. Empathisch zijn is dus tegelijk een kracht én een kwetsbaarheid. Een zelfkritische houding, versterkt dit bovendien nog. Zelfcompassie (niet te verwarren met zelfmedelieden), namelijk met jezelf omgaan op dezelfde milde manier als je met anderen zou omgaan, blijkt daarentegen een beschermende factor in het voorkomen van burn-out. Positieve affirmaties uitspreken naar onszelf ("dit heb ik goed gedaan"), klinkt misschien te eenvoudig, maar blijkt toch echt te werken. Verbindend communiceren, niet alleen met anderen, ook met jezelf.

Voor wie zich afvraagt of hij een verhoogd risico loopt op een burn-out, is er de "Burn-out Assessment Tool", een online vragenlijst (geen diagnose-instrument) die een indicatie geeft om, indien nodig of gewenst, stappen te zetten naar verdere (professionele) ondersteuning en/of begeleiding: www.burnoutassessmenttool.be.

Daarnaast is er ook het "Fedris burn-out begeleidingstraject", een gratis pilootproject van de overheid: www.fedris.be.

Karen De Meerleer
Psycholoog Panal



Kopzorgen verdienen zorg

Over ingrijpende veranderingen op oudere leeftijd wordt vaak licht heen gegaan. Alsof je er gewoon mee moet leren leven. Hulp op maat is er amper. Al te vaak dragen ouderen hun zorgen daardoor alleen. Of ze nemen een pilletje om het leed te verzachten. "Kopzorgen verdienen zorg, op elke leeftijd," vindt de Vlaamse Ouderenraad. De organisatie lanceert daarom op www.kopzorgen.be een opvallende campagne.

De coronacrisis daagt ieders welzijn uit

Door de coronacrisis ondervinden we allemaal hoe belangrijk een goed gesprek, warme steun en een betekenisvolle knuffel zijn. Ook de waarde van professionele hulp, begeleiding en ondersteuning op psychosociaal vlak wordt meer en meer duidelijk. De crisis daagt ieders welzijn uit. En zeker het psychisch welzijn van ouderen staat meer dan ooit in de kijker.

Ouderen in woonzorgcentra én gezonde, actieve 65-plussers.

Confronterende verlieservaringen

Maar ook voor deze pandemie stonden we al voor heel wat uitdagingen. Want op latere leeftijd nemen ingrijpende kantelmomenten en verlieservaringen vaak toe. Denk aan het zwarte gat na de pensionering, over-

belasting bij langdurige en intensieve mantelzorg, verlies van dierbaren, geconfronteerd worden met je eigen lichamelijke of cognitieve achteruitgang, relatieproblemen, eenzaamheid of levensmoeheid. Maar het kan ook om heel praktische zaken gaan, zoals niet langer kunnen autorijden of fietsen, het huishouden niet meer alleen kunnen beredderen of moeite hebben om gesprekken te volgen.

Hoewel die verlieservaringen klein lijken, kunnen ze net heel confronterend zijn, elke dag opnieuw. Ze hebben een steeds grotere impact op je psychisch welzijn. Toch moeten ouderen hun zorgen vaak alleen dragen of vinden ze niet de juiste ondersteuning.

Een opvallende campagne om psychisch welzijn bespreekbaar te maken

Daarom start de Vlaamse Ouderenraad een campagne. De organisatie vindt het hoog tijd om psychische problemen bij ouderen bespreekbaar te maken. Niet alleen heerst er nog een enorm **taboe**, ook schiet het **beleid** tekort en is de psychologische **hulpverlening** voor ouderen onvoldoende uitgebouwd. Bovendien gaan we als **samenleving** vaak heel anders om met ingrijpende veranderingen op latere leeftijd, dan bij jongere generaties.

De campagne loopt een jaar en belicht verschillende aspecten van het psychisch welzijn.

Doe mee op www.kopzorgen.be. Je ontdekt er interviews met filosoof Jean Paul Van Bendegem en ouderenpsycholoog Luc Van de Ven – bekend van het Canvas-programma 'Therapie'. Ook lees je er moedige getuigenissen van ouderen en kijk je binnen bij boeiende initiatieven die op het terrein werken aan een geestelijke gezondheidszorg die ouderen verdienen.

Verlof voor mantelzorg

Wat is verlof voor mantelzorg?

Het verlof voor mantelzorg is een nieuw thematisch verlof zoals we reeds het ouderschapsverlof, het verlof voor medische bijstand en palliatief verlof kennen.

Door dit verlof voor mantelzorg, kan de werknemer zijn prestaties volledig of gedeeltelijk onderbreken om hulp of bijstand te geven aan een persoon die wegens zijn hoge leeftijd, gezondheidstoestand of zijn handicap kwetsbaar is en zich in een afhankelijkheids-situatie bevindt. Het dient niet noodzakelijk te gaan om een familie- of gezinslid.

Om een verlof voor mantelzorg te kunnen genieten, moet je erkend zijn als mantelzorger van de persoon voor wie je dit verlof wil opnemen. Dit moet via je ziekenfonds. Voor alle informatie over de erkenning als mantelzorger kan je contact opnemen met je ziekenfonds.

Een erkenning als mantelzorger blijft 1 jaar geldig vanaf de ondertekening van de verklaring op erewoord en kan verlengd worden.

Vanaf 01.09.2020 is het mogelijk om als erkende mantelzorger het nieuwe thematisch verlof aan te vragen bij de werkgever en de RVA.

Wie kan verlof voor mantelzorg nemen?

Het verlof voor mantelzorg is een recht. Het verlof voor mantelzorg is van toepassing op:

- de werknemers uit de private sector en de contractuele personeelsleden van de publieke sector (dus personeelsleden met een arbeids-overeenkomst);
- de statutaire personeelsleden van de overheden van de gewesten en de gemeenschappen.

Welke onderbrekingsmogelijkheden zijn er?

Je kunt het verlof voor mantelzorg onder volgende vormen nemen:

- via een halftijdse onderbreking (dit kan enkel als je voltijds werkt)
- via een onderbreking met 1/5 (je moet hiervoor voltijds werken)
- via een volledige schorsing (ook voor deeltijdsen)

Wat zijn de voorwaarden om een verlof voor mantelzorg te bekommen?

1) Anciënniteitsvoorwaarde

Er is geen anciënniteitsvoorwaarde voor de opname van het verlof voor mantelzorg.

2) Tewerkstellingsvoorwaarden

Op de begindatum van het verlof voor mantelzorg moet je als volgt tewerkgesteld zijn:

- voltijds, als je een 1/5 onderbreking vraagt;
- voltijds, als je een 1/2 onderbreking vraagt;
- Er is geen tewerkstellingsvoor-

waarde voor de volledige schorsing.

3) Erkenning als mantelzorger

Zowel ten aanzien van je werkgever als van de RVA moet je het bewijs toevoegen dat je erkend bent als mantelzorger van de zorgbehoevende persoon.

4) Cumulatie met inkomsten of activiteiten

Je mag geen activiteit uitoefenen die niet mag worden gecumuleerd met de uitkeringen. Je dient alle cumuleregels zoals voorzien door de reglementering voor de medische bijstand van je sector na te leven.

Hoe lang kan ik verlof voor mantelzorg nemen?

Het recht op de volledige schorsing bedraagt maximum zes maanden over de gehele beroepsloopbaan of maximum 12 maanden in geval van een opname in een halftijdse of 1/5 onderbreking.

Een werknemer kan volgens de huidige reglementering slechts 1 maand voltijds verlof voor mantelzorg (of 2 maanden halftijds of 1/5) nemen per zorgbehoevende persoon. Met andere woorden, hij kan in totaliteit wel 6 maanden voltijds verlof voor mantelzorg nemen maar dan voor 6 verschillende zorgbehoevende personen.

Welke formaliteiten moet je vervullen om verlof voor mantelzorg te verkrijgen?

Bij elke aanvraag om verlof voor mantelzorg moet je 2 verschillende stappen zetten:

1. De werkgever schriftelijk op de hoogte brengen;
2. Een aanvraag indienen bij de RVA.

Hoeveel bedraagt de onderbrekingsuitkering?

De onderbrekingsuitkering is forfaitair. Het bedrag wordt niet berekend in functie van je loon. De onderbrekingsuitkeringen voor het verlof voor mantelzorg zijn deze die gelden voor het verlof voor medische bijstand.

Bron en méér info: www.RVA.be



Wij wensen jullie een jaar vol
warmte, liefde, vreugde, vriendschap,
gezelligheid, gezondheid, zachtheid en geluk.
Kortom een schitterend, sprankelend
en boeiend 2021!

Vanwege het bestuur en de medewerkers van Panal

VERGOEDING VOOR OPLEIDING TOEGEKEND AAN ZELFSTANDIGE VERPLEEGKUNDIGEN

Attest uitgereikt in het kader van de financiële vergoeding voor gevolgde continue opleiding bij zelfstandig verpleegkundigen

Zelfstandig verpleegkundigen kunnen - mits voldaan is aan een aantal voorwaarden - genieten van een tussenkomst van het RIZIV van 175 euro per jaar voor het volgen van opleidingen.

Alle details hierover zijn terug te vinden op de website van het RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/Paginas/verpleegkundigen-financiële-vergoeding-bij-scholing.aspx>

Panal vzw heeft recentelijk, als lid van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, vanuit het RIZIV erkenning gekregen voor het uitreiken van attesten aan zelfstandig verpleegkundigen voor gevolgde opleiding – zodat zij deze tussenkomst kunnen krijgen.

Gelieve bij inschrijving zeker je RIZIV-nummer door te geven.

DE APOTHEKER en palliatieve zorg

In de palliatieve fase is nadrukkelijk plaats voor ziekte- en symptoomgerichte therapie met geneesmiddelen. De apotheker maakt deel uit van de multidisciplinaire samenwerking in palliatieve zorg.

Het Brabants Apothekers Forum (de beroepsvereniging voor Vlaams-Brabantse officina-apothekers) biedt in samenwerking met Panal een specifieke opleiding voor apothekers aan, bestaande uit 3 lesavonden.

Inleiding in de palliatieve zorg en vroegtijdige zorgplanning

Docent: Ria Vandermaesen, coördinator Panal
Datum: donderdag 25 februari 2021 van 20u tot 22u

Pijn en comfortzorg, medicatie en omrekeningen

Docent: Veerle Massart, hoofdverpleegkundige Panal
Datum: donderdag 3 juni 2021 van 20u tot 22u

Emotionele en sociale ondersteuning van de palliatieve patiënt en zijn omgeving

Docent: Ellen Cumps, verpleegkundig-consulent Panal
Datum: donderdag 14 oktober 2021 van 20u tot 22u

Locatie: Febelco, Jean Baptist Vinkstraat 3 te 3070 Kortenberg

Inschrijven via www.baf.be

Kostprijs: gratis voor leden van BAF, niet-leden betalen 40 euro excl. Btw.

De minisymposia van 2021
hebben als rode draad:
'Palliatieve zorg en dementie'
Wij nodigen u graag uit voor de minisymposia:

Rouw bij personen met dementie

Donderdag 21 januari 2021
Locatie: online

Gast sprekers: **Karen De Meerleer**, psycholoog bij Panal
en **Caroline Terranova**, consultant en vormingsmede-
werker bij het expertisecentrum dementie Memo

Communicatie over palliatieve zorg bij personen met dementie

Donderdag 18 maart 2021
Locatie: online OF WZC Passionisten,
Park Passionisten 1, 3300 Tienen

Gast spreker: **Dr. Jo Lisaerde**, huisarts, coördinerend
raadgevend arts in WZC De Wingerd te Leuven, docent
palliatieve zorg aan het Academisch Centrum
Huisartsgeneeskunde van KU Leuven
en **Maartje Wils**, zorgcoach bij Triamant

De minisymposia starten om **20u tot 22u**.

De kostprijs bedraagt 55 euro per minisymposium.

Accreditering voor artsen aangevraagd 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 voor-
keur online op onze website www.panal.be/vormingen/
of via mail aan vragen@panal.be.

MIDDAGLEZINGEN:

COPD en palliatieve zorg

Wanneer wordt iemand met COPD als palliatief
beschouwd? Welke zijn de kantelpunten in het ziekte-
verloop om verder te gaan op een palliatief spoor en
hoe kan de patiënt en diens familie hierin ondersteund
worden?

De vorming wordt verzorgd door **prof. dr. Wim Janssens**,
pneumoloog UZ Leuven, gespecialiseerd in COPD

Donderdag 14 januari 2021 om 12 uur.

Online

Immunotherapie in palliatieve zorg

Wat is de zin en het effect van immunotherapie in een
palliatief stadium? Welke patiënten hebben hier baat
bij en wat zijn de resultaten? Wat zijn aandachtspunten
in patiëntenzorg? Welke nevenwerkingen komen we
tegen? Welke evoluties zien we in de toekomst?

De vorming wordt verzorgd door **prof. dr. Kristiaan
Nackaerts**, pneumoloog UZ Leuven, gespecialiseerd in
respiratoire oncologie.

Dinsdag 2 maart 2021

Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

Ontvangst met broodjes om 11u30. Start lezing om 12u.

Voor beide lezingen:

De doelgroep zijn artsen en verpleegkundigen.

De kostprijs bedraagt 55 euro per lezing.

**Accreditering voor artsen aangevraagd in rubriek 6
ethiek en economie.**

BASISCURSUS PALLIATIEVE ZORG

De volgende **basis cursus palliatieve zorg** voor **professi-
onele hulpverleners** start op **12 januari 2021**.

De lessen hebben plaats op **dinsdagnamiddag van
13u15 tot 16u30**. **De eerste lessen zijn online**. Van zodra
**de coronamaatregelen het toelaten zullen de lessen
fysiek doorgaan op Panal, Waversebaan 220 te 3001
Heverlee**. De kostprijs bedraagt 500 euro.

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

De basis cursus palliatieve zorg is erkend in het kader van
het Vlaams Opleidingsverlof.