

# PANAL NIEUWS

Jaargang 23  
**december 2021**  
Driemaandelijks tijdschrift

## Voortschrijdend inzicht \*

Het jaar 2021 was een zeer leerrijk jaar: we leerden het begrip "voortschrijdend inzicht" grondig kennen, en de betekenis ervan was niet zo gemakkelijk te integreren in ons dagelijks denken. We doen ons best om een en ander op een rijtje te zetten.

Eind vorig jaar was er een beloftevolle evolutie: een Covid-19 vaccin, ontwikkeld met een gloednieuwe technologie, zou definitief met dit virus afrekenen ("Het rijk der vrijheid is in zicht"). Het virus zou zijn virulentie (ja: dat is een goed gekozen term!) verliezen en we zouden maximaal van de groep-simmunitieit kunnen genieten als een voldoende grote bevolkingsgroep zich zou laten vaccineren. Dit werd geschat op 65 % van de (volwassen) bevolking. Deze redenering liet bovendien toe om geen "vaccinatieplicht" in te voeren.

We waanden ons op bekend terrein (een soort griepvirus!). Gaandeweg werd duidelijk dat dit terrein minder bekend is dan gedacht: het bleek een duister en moeilijk terrein, waar we in het donker onze weg moeten zoeken. Telkens weer moeten we ons heroriënteren en ons aanpassen aan een nieuwe werkelijkheid. Voorspellingen maken kunnen we niet met zekerheid: er is nog geen helder licht aan de horizon. We leerden dat de Covid-vaccinatie wel degelijk werkt, maar niet in de verhoopte mate. De vaccinatie vermindert drastisch het dodental, we moeten allen een derde prik krijgen, en misschien volgend jaar weer? Vaccinatie voorkomt besmettelijkheid niet. Het virus vermomt zich in een nieuwe variant. Een nieuw "preventief" medicijn is komend – maar we moeten

dit wel afwachten en evalueren. Dit alles weten we nu: voortschrijdend inzicht! Wordt de vaccinatie toch verplichtend? In de zorg? En bij de algemene bevolking? Weegt "vaccinatie-vrijheid" meer dan wat "voortschrijdend inzicht" ons leerde? Het zijn nieuwe vragen: ze vragen nieuwe antwoorden, zowel op geneeskundig, sociaal en ook op ethisch vlak. We leerden dat er voorlopig geen definitief einde van de pandemie te verwachten valt.

Onlangs lanceerde de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu een sensibiliserings- en ondersteunende campagne omtrent "Advanced Care Planning" (ook vroegtijdige of voorafgaande zorgplanning (VZP) genoemd) onder het motto "Praat tijdig over jouw oude dag". Zeker een zeer lovenswaardig en nuttig advies, waar eenieder tijdig moet kunnen over nadenken: waar wil je wonen, hoe kan je je verzorgen en zelfs sterven. Zie hierover [www.mijnoudedag.be](http://www.mijnoudedag.be).

In deze materie is "voortschrijdend inzicht" eveneens broodnodig. Deze vragen lijken eenvoudig, maar zijn moeilijk concreet in te vullen – vermits we onze persoonlijke toekomst niet goed kunnen inschatten. Er herhaaldelijk met anderen over praten – bv. met bevoegde zorgverleners – maar ook met naasten en vertrouwenspersonen is noodzakelijk. Dit moet uitmonden in dui-

delijke keuzes en afspraken, die herhaaldelijk terug getoetst moeten worden op hun houdbaarheid. Het komt er uiteindelijk op aan dat op het juiste moment de meest geschikte keuze kan worden gemaakt. Onderzoek leert dat dit vaak niet lukt: er zijn te weinig gegevens aanwezig.

Palliatieve zorg en vooral levenseinde zorg wil bij uitstek zorg verlenen op maat van de patiënt zelf en van zijn naasten. Dit vraagt een "dagelijkse" afstemming en toetsing om zo kwalitatief mogelijk zorg te kunnen verlenen, en om in gedeelde overeenstemming het naderende einde te begeleiden.

Dr. Dominique Dewilde  
Voorzitter Panal vzw

*"Voortschrijdend inzicht is een benaming voor het proces waarbij een bepaald inzicht bijgesteld wordt onder invloed van nieuwe ontwikkelingen.*



## Multidisciplinaire richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen hebben evenveel recht op goede zorg als elk mens in een andere levensfase. Deze – veelal hoogbejaarde ouderen – hebben vaak meerdere (chronische) aandoeningen tegelijk die meestal samengaan met lichamelijke, psychische, communicatieve en/of sociale beperkingen. Hierdoor zijn zij afhankelijk van hulp bij het dagelijkse leven. Ook geldt voor hen vaak een beperkte levensverwachting. De medische zorg aan deze groep richt zich er op hen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden. Samen met de individuele kwetsbare oudere weegt de arts daarbij de meerwaarde en belasting van medische handelingen zorgvuldig tegen elkaar af. Dit is nog belangrijker bij kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting. Daarom bestaat er discussie of reanimatie bij kwetsbare ouderen medisch zinvol is. Publiekscampagnes leggen veel nadruk op het belang van snelle reanimatie om levens te redden. Toch is het goed te beseffen dat reanimatie niet alleen een overlevingskans biedt maar ook kan leiden tot blijvende ernstige schade. Sommige kwetsbare ouderen en hun naasten zien een plotselinge circulatiestilstand als een gewenste milde natuurlijke dood. Als dan toch gereanimeerd wordt, kan dit een verstoord sterf- en rouwproces veroorzaken.

Goede zorg omvat zorgvuldige anticiperende besluitvorming over reanimatie die is afgestemd op de opvattingen van de patiënt. Gespreksvoering over reanimatie is onderdeel van advanced care planning waarbinnen ook met de patiënt gesproken wordt over zijn eventuele wensen over de overige zorg rond het levenseinde. Deze richtlijn beschrijft de kansen op overleving en schade na reanimatie van kwetsbare ouderen en de wijze van besluitvorming daarover in samenspraak met de patiënt.

Hoewel de overlevingskansen na reanimatie bij kwetsbare ouderen laag zijn, biedt alleen reanimatie enige kans op overleving bij een circulatiestilstand.

Uit onderzoek blijkt dat 2,4-14% van de 70-plussers overleeft na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis. Ongeveer de helft daarvan, 1,2-5,7% van alle gereanimeerde 70-plussers, houdt geen tot milde neurologische schade over. De andere helft van de overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade. Voor 80-plussers geldt dat 3,3-9,4% overleeft na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis. Bij mensen met bepaalde aandoeningen gelden nog lagere overlevingskansen.

Omgekeerd betekent dit dat 86-97,6% van de 70-plussers en 90,6-96,7% van de 80-plussers overlijdt bij een circulatiestilstand na reanimatie buiten het ziekenhuis en dat er weinig kans is dat de overlevenden zonder blijvende (neurologische) schade hun leven zelfstandig kunnen voortzetten.

Gevonden evidence toont aan dat er geen specifieke groepen te benoemen zijn waarbij de reanimatie kansloos is. Er bestaat geen landelijke 'norm' bij welk overlevingspercen-

tage reanimeren als medisch zinloos handelen te beschouwen is. Wel is duidelijk dat kwetsbare ouderen een zeer kleine kans hebben om reanimatie zonder schade te overleven naarmate de leeftijd stijgt en bij toenemende comorbiditeit. Dat geldt zeker als de circulatiestilstand buiten het ziekenhuis plaatsvindt, in het bijzonder als de circulatiestilstand plaatsvindt zonder dat er een ooggetuige is die direct adequate hulp kan verlenen.

Tijdens een circulatiestilstand is overleg met de patiënt onmogelijk omdat deze buiten bewustzijn is. Een anticiperend reanimatiebesluit kan dan helderheid bieden of reanimatie gewenst en afgesproken is. Deze richtlijn pleit ervoor individuele kwetsbare ouderen tijdig een gesprek aan te bieden over reanimatie. De behandelend arts kan daarin – op basis van de evidence in deze richtlijn – aan de individuele kwetsbare oudere een toelichting geven over eventu-

ele stapeling van risico's en de gevolgen daarvan voor zijn overlevingskans. Hiermee kan de arts in samenspraak met de patiënt de mogelijkheid en wenselijkheid van een eventuele reanimatie vaststellen.

Uit de literatuur blijkt dat de meeste patiënten shared decision making over reanimatie op prijs stellen en dat de zorg hierdoor beter afgestemd kan worden op hun behoeften. Hierdoor neemt de tevredenheid veelal toe. Via shared decision making wordt gestreefd naar een gezamenlijk reanimatiebesluit gebaseerd op een afweging van de wensen van de patiënt en evidencebased informatie over uitkomsten van reanimatie in de (gezondheids)situatie van de individuele patiënt. Daarbij vormt de patiënt met zijn ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren het uitgangspunt van de besluitvorming. Wanneer een patiënt echter geen reanimatie wenst, is zijn niet-reanimerenwens leidend.

Het streven is in samenspraak met de patiënt te komen tot goed geïnformeerde besluitvorming. In sommige situaties

is het mogelijk dat de behandelende arts, rekening houdend met mogelijke uitkomstcijfers, reanimatie bij een individuele kwetsbare oudere als medisch zinloos beoordeelt, gezien diens individuele gezondheidssituatie (chronische comorbiditeit, specifieke belemmerende beperkingen en beperktere levensverwachting). In dat geval besluit de arts om de patiënt niet te reanimeren op medische gronden.

Een niet-reanimatiebesluit van de arts is leidend want een reanimatiepoging heeft dan geen reële slagingskans of de belasting van de reanimatietechnieken en mogelijke complicaties/schade wegen niet op tegen de kans op overleving. Dit vergt een zorgvuldige afweging die gecommuniceerd wordt met de patiënt – en zijn eventuele vertegenwoordiger – en bij voorkeur zijn naasten. De patiënt of zijn vertegenwoordiger mogen overigens afzien van het recht op informatie en betrokkenheid bij besluitvorming. In dat geval neemt de arts zelfstandig een reanimatiebesluit waarbij deze gebruik kan maken van signalen van overige zorgverleners over de opvattingen en wensen van de patiënt.

Gespreksvoering over reanimatie is onderdeel van anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde. Bij voorkeur worden daarbij – met toestemming van de wilsbekwame patiënt – zijn naasten betrokken door ook hen met de patiënt uit te nodigen voor een gesprek.

Een zorgvuldig gesprek over doelen van de zorg in de laatste levensfase en realistische informatie over de uitkomsten van reanimatie helpt meestal een meningsverschil te voorkomen. Als de patiënt wel reanimatie wil, terwijl de arts op medische gronden een niet-reanimatiebesluit heeft genomen, kan voor second opinion naar een andere arts verwezen worden. Een arts is niet verplicht te reanimeren als deze oordeelt dat reanimatie een medisch zinloze handeling is.

Verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners kunnen vragen signaleren van patiënten, vertegenwoordigers of mantelzorgers over zorg rond het levenseinde en reanimatie. Ze kunnen patiënten stimuleren deze vragen met hun behandelend arts te bespreken en met toestemming van de patiënt die vragen aan de arts doorgeven. Zij kunnen verder veranderingen in de kwetsbaarheid van de patiënt signaleren aan de arts. Deze signalen kunnen de timing van een gesprek over anticiperende besluitvorming (mede)bepalen.

Bron: <https://richtlijnen.nhg.org/>

Dr. Johan Coppens  
Huisarts-consulent Panal



## “Zintuiglijke waarneming bij personen met dementie”

*Door de stijgende coronacijfers ging ons laatste minisymposium van 2021 online door. Desondanks namen Katja Van Goethem en Ellen Hageman ons mee naar een boeiende uiteenzetting over de zintuiglijke belevingswereld van de persoon met dementie.*

Katja Van Goethem (consulent, trainer én dementie-expert bij het expertisecentrum dementie MEMO) bracht ons een uiteenzetting met heel veel tips uit de praktijk.

Ze opende haar presentatie met een krachtige boodschap: “Zelfs wanneer het geheugen het af en toe laat afweten, blijven de zintuigen nog uiterst actief”. Het is belangrijk dat we als zorgverlener van een persoon met dementie proberen te focussen op wat wel nog kan. Het gaat niet enkel om een eindresultaat, maar om het proces.

Het is zoeken naar een evenwicht tussen voldoende en nét niet te veel prikkels. Over wat voor prikkels hebben we het dan? Genieten van kunst, een lekkere maaltijd, feestelijk servies met mooie kleuren, massage ... Vaak wordt onterecht gedacht dat personen met dementie hier niet meer van kunnen genieten, maar niets is minder waar. Wanneer er op maat gewerkt wordt, kan er heel veel.

Waarvoor moeten we dan opletten? Het zijn soms de kleine dingen die een verschil maken. Te veel of te hoge

stemmen, door elkaar praten, slechte akoestiek, te felle belichting, ...

Volgens Katja zijn er heel veel toegankelijke thema's: muziek, sport, natuur, koken, creatieve workshops, persoonlijke gebeurtenissen, toevalligheden, ... Belangrijk is dat iedere persoon de kans krijgt om op zijn manier te ontdekken. Dat we mensen de tijd en ruimte geven om dit te doen. En dat we personen met dementie niet behandelen als kinderen. Maak er geen infantiele workshop van, maar zoek naar een volwassen benadering.

Later op de avond kwam Ellen Hageman aan het woord. Ellen is verpleegkundige in het palliatief support team (PST) en op de palliatieve eenheid van UZ Leuven. Ook is ze herboriste en aromatherapeute. Zij gaf ons een korte inleiding over de werking en praktische inzetbaarheid van aromatherapie.


Een heel belangrijk aandachtspunt is dat aromatherapie gaat om het gecontroleerd en geïnformeerd gebruik van etherische oliën. Je kan niet starten zonder voldoende basiskennis. Etherische oliën zijn plantaardig en geconcentreerd.

We gebruiken deze oliën voor een therapeutisch doel. Gemoedstemming en gevoelens verbeteren, lichaamssystemen ondersteunen... Aromatherapie wordt gebruikt als iets complementair. Daarmee wordt bedoeld dat we deze inzetten naast een klassieke behandeling. Beide kunnen elkaar versterken.

Helaas was het niet mogelijk om via onze computer de zalige geuren van al deze etherische oliën waar te nemen. Daarom kan ik geïnteresseerden alleen maar aanbevelen om op 24 maart 2022 de vorming 'In geuren en kleuren' te volgen. Het belooft alvast de moeite te worden.

Ellen Cumps  
Verpleegkundig-consulent Panal vzw





**We wensen jullie  
een jaar vol  
vreugde, vriendschap,  
gezondheid en geluk.  
Kortom een schitterend,  
sprankelend en boeiend 2022!**

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

© AdobeStock

## PERSONEELSNIEUWS

Na 25 jaar wuiven we **dr. Johan Coppens** uit als onze huisarts-consulent. Hij stond mee aan de wieg van Panal vzw, hij was kort voorzitter van Panal, maar vooral lange jaren 24u. op 24u. ter beschikking van de thuiszorgequipe.

Een oprechte dank je wel voor deze grote inzet!

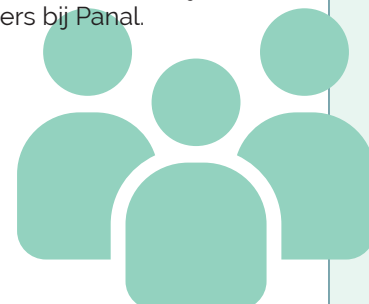
Vanaf 1 december verwelkomen we 2 huisarts-consulenten: **dr. Katleen Van Emelen** en **dr. Katharina Lobisch**. Zij zullen beurteilungen de taken van dr. Coppens over nemen. Dr. Katleen Van Emelen werkte als huisarts in de Leuvense regio en is nu huisarts geriatric en palliatieve zorg in het Heilig Hartziekenhuis. Dr. Katharina Lobisch werkt als huisarts in huisartsenpraktijk 'Burggracht' in Nossegem.

Zij zullen wekelijks onze patiëntenbespreking bijwonen. Ze geven advies en ondersteuning aan de verpleegkundig-consulent van Panal, bv. rond pijn- en symptoomcontrole, rond omgaan met huisartsen, ... Verder geven zij ook advies en ondersteuning aan de huisartsen uit de regio. Hiervoor mogen de huisartsen naar Panal bellen, wij vragen dr. Van Emelen of dr. Lobisch zo snel mogelijk contact op te nemen.

Tot slot zullen beide huisarts-consulenten meewerken aan het uitbouwen van de palliatieve zorgcultuur in onze regio: door vorming te geven over medische en ethische thema's, door nieuwe wetenschappelijke inzichten op te volgen, door op Vlaams niveau contact met hun collega's te onderhouden,...

We heten Katharina en Katleen van harte welkom!

- Catherine Costa ging op 31 oktober 2021 uit dienst. We bedanken haar van harte voor haar inzet, en wensen haar het beste toe voor de toekomst!
- Er startten 2 nieuwe collega's als verpleegkundig-consulent in de thuiszorgequipe van Panal: Sofie Claes en Carolien Stubbe.
- Chris Van Thielen en Anne Demuynck zijn de nieuwe onthaalvrijwilligers bij Panal.





# Scan 'vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg' in de woonzorgcentra

Op 9 oktober, de internationale dag van de palliatieve zorg, lanceerde Palliatieve Zorg Vlaanderen de scan 'vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg' voor de woonzorgcentra. De scan wil woonzorgcentra een praktisch instrument bieden voor zelfevaluatie. Dit om in elk woonzorgcentrum een optimale palliatieve zorgcultuur te verkrijgen voor alle bewoners.

De scan laat woonzorgcentra zelf inschatten wat goed loopt en wat minder goed loopt. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen de zaken die vanaf januari 2023 wettelijk verplicht zijn volgens het woonzorgdecreet en aanbevelingen voor een goede kwaliteit van palliatieve zorg.

Later komt bij deze scan ook nog een toolbox, waaruit woonzorgcentra inspiratie kunnen putten en voorbeelden kunnen halen over de diverse items en hoe andere woonzorgcentra of wetenschappelijk onderzoek dit aanpakt, waar je opleidingen of coachingtrajecten kan aanvragen,...

De scan behandelt verschillende items: missie en visie, middelen, kennis en expertise, procesindicatoren, resultaatsindicatoren, de behandelende arts.

Aanbevolen is dat meerdere mensen uit een woonzorgcentrum deze scan invullen (de referente palliatieve zorg, een directielid, de CRA, een hoofdverpleegkundige,...).

Na het invullen, krijg je een blad met samenvatting van de specifieke situatie van het woonzorgcentrum, met de dingen die je prioritair wil aanpakken en de dingen die je verplicht moet aanpakken.

Nadien kan je er jaarlijks mee aan de slag, zodat duidelijk wordt waar er vooruitgang werd geboekt en waar nog een tandje mag worden bijgestoken. In een latere fase zal de zorginspectie de scan gebruiken om de kwaliteit van palliatieve zorg in het woonzorgcentrum in te schatten.

Je kan de scan downloaden via de website van palliatieve zorg Vlaanderen: [www.palliatievezorgvlaanderen.be](http://www.palliatievezorgvlaanderen.be) onder tools en documentatie.



## Uitbreiding mantelzorgverlof

De verlenging van de maximale duur van het verlof voor mantelzorgers per hulpbehoevende trad in werking op 1 september 2021.

Voortaan bedraagt de maximale duur van het mantelzorgverlof **drie maanden volledige schorsing of zes maanden verminderde arbeidsprestaties per hulpbehoevende**. Met als voorwaarde dat een volledige schorsing per maand moet worden opgenomen of een veelvoud daarvan (2 of 3 maanden) en een verminderde arbeidsprestatie moet per twee maanden of een veelvoud daarvan worden opgenomen.

De verlenging heeft alleen betrekking op het mantelzorgverlof per hulpbehoevende. De maximale duur van het mantelzorgverlof over de gehele loopbaan van de werknemer wordt niet gewijzigd: maximaal zes maanden volledige schorsing of twaalf maanden vermindering van de arbeidsprestaties.

## IN GEUREN EN KLEUREN: Aromatherapie in palliatieve zorg

Aromatherapie is het gecontroleerd en geïnformeerd gebruik van extracten van planten met als therapeutisch doel het algemeen welzijn van iemand te behouden en/of te verbeteren. Aromatherapie is een complementaire therapie. Wat is de meerwaarde van aromatherapie in palliatieve zorg? Welke geuren gebruik je bij welke klachten? We ronden af met een praktijkervaring die ook kan aangeleerd worden aan naasten van een patiënt, bijvoorbeeld tijdens het waken.

**Ellen Hageman**, verpleegkundige in het Palliatief Support Team van UZ Leuven, herborist en aromatherapeut, vertrekt vanuit de werking van aromatherapie naar de praktische inzetbaarheid ervan.

Deze opleiding vindt plaats op **donderdag 24 maart 2022 van 13u30 tot 16u.30** op Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee.

De kostprijs bedraagt 45 euro.

## WEBINAR: Cardio-renaal dilemma: het wikken en wegen van zorg

Het cardio-renaal syndroom: een pathofysiologische afwijking van het hart en de nieren, waarbij een acute of chronische dysfunctie van het ene orgaan een acute of chronische dysfunctie van het andere orgaan kan induceren. Wanneer is dit een palliatieve situatie en hoe gaan we hier dan mee om in palliatieve zorg? Welke behandelingen zijn nog wenselijk en welke niet? Wanneer is terughoudendheid bij medische ingrepen gewenst? Wat zijn aandachtspunten, bezorgdheden en adviezen voor patiënten in de zorg?

**Gast spreker** voor deze Webinar is **prof. dr. Kathleen Claes**, nefroloog in UZ Leuven.

**Donderdag 17 februari 2022 van 20u. tot 22u..**

**De kostprijs bedraagt 45 euro.**

**Doelgroep: artsen en verpleegkundigen**

**Accreditering voor artsen: 2 C.P. in rubriek 6 - ethiek en economie.**

## MIDDAGLEZING: Niets is vanzelfsprekend: palliatieve zorg in kwetsbare situaties

In samenwerking met **Birgit Goris**, antropoloog en maatschappelijk werker, praktijklector aan UCLL, en **Caro Bridts**, educatief medewerker en ervaringsdeskundige armoede en sociale uitsluiting (Welzijnsschakels), organiseert Panal twee lezingen die focussen op de impact van (kans)armoede in palliatieve zorg.

In deze eerste lezing vertrekken we vanuit het armoedeweb: wat is de binnenkant en buitenkant van armoede? Welke drempels maken de toegang tot zorg moeilijker? Is ons palliatieve zorgaanbod voldoende toegankelijk en laagdrempelig? Hoe vanzelfsprekend is ons aanbod en bereiken we iedereen die palliatieve zorg nodig heeft?

**Donderdag 10 maart 2022.**

**Ontvangst met broodjes om 11u30. Start van de lezing om 12u. tot 14u.**

**Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee**

**De kostprijs bedraagt 55 euro per lezing (broodjeslunch inbegrepen) of 100 euro voor deelnemers die zich inschrijven voor beide lezingen.**

**Accreditering voor artsen: 1,5 C.P. in rubriek 6 - ethiek en economie.**

## MEER INFO INSCHRIJVEN

Voor meer informatie over deze opleidingen kan u onze vormingsbrochure raadplegen op [www.panal.be](http://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/](http://www.panal.be/vormingen/) of via mail aan [vragen@panal.be](mailto:vragen@panal.be).

## BASISCURSUS PALLIATIEVE ZORG

De volgende **basis cursus palliatieve zorg** voor **professionele hulpverleners** start op **18 januari 2022**.

De lessen hebben plaats op **dinsdagnamiddag van 13u15 tot 16u30** op **Panal, Waversebaan 220 te 3001 Heverlee**. De kostprijs bedraagt 500 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.

## STARTCURSUS PALLIATIEVE ZORG voor geïnteresseerden en vrijwilligers

De cursus palliatieve zorg voor geïnteresseerden en vrijwilligers werd hervormd: elke geïnteresseerde of (kandidaat) vrijwilliger volgt een tweedaagse startcursus. Met deze basis kan je starten in de praktijk. Tijdens het voorjaar van 2023 volgt een verdiepende module. Cursisten die een startcursus volgden, worden hiervoor uitgenodigd.

De lessen van de eerste **startcursus** vinden plaats op **5 en 12 mei 2022 telkens van 9u30 tot 16u30** op **Panal, Waversebaan 220 te 3001 Heverlee**.

De kostprijs bedraagt 110 euro (broodjeslunch inbegrepen).

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](mailto:kdemeerleer@panal.be).

### Vormingsbrochure 2022

Check onze website [www.panal.be/vormingen](http://www.panal.be/vormingen) voor het vormingsaanbod van 2022!

**VOLG ONS OP FACEBOOK!**

