

# PANAL NIEUWS

Jaargang 23

maart 2022

Driemaandelijks tijdschrift

## Het nieuwe normaal

Nu de Covid 19 pandemie stilaan uitdooft en het "normale" leven geleidelijk herneemt is de tijd gekomen om even stil te staan bij de verlopen twee jaren en te mijmeren over wat we in die tijd hebben meegemaakt, en hoe ons nieuwe normale leven anders is dan wat we voorheen kenden, of meenden te kennen.

Een eerste bedenking gaat over hoe de covid-19 pandemie en de bijhorende maatregelen ons hebben beperkt in ons sociaal leven. We maakten in deze pandemietijd bijvoorbeeld kennis met het nieuwe fenomeen "thuis werken". Velen oordelen dat dit een blijver is. De voordelen zijn onmiskenbaar: geen fileleed om naar het werk te reizen, verbeterde concentratie bij ingetogen werk, tijdswinst en soepele werkuren. De nadelen wegen ook: verminderde betrokkenheid bij de collega's, minder kritische massa bij zoom-vergaderingen, sociale eenzaamheid. Een juiste balans vinden is noodzakelijk, in het besef dat "thuis werken" niet voor elk beroep of sector mogelijk is.

Daarnaast groeide onze bezorgdheid om het welzijn van eenieder naarmate de pandemie langer duurde. Kinderen bijvoorbeeld hebben de pandemie vooral beleefd – niet zozeer als een gevaarlijke ziekte – maar als een zware hypotheek op hun kind zijn. Zij kregen te maken met scholen die gesloten werden, met diverse maatregelen die onderlinge contacten bemoeilijkten of zelfs onmogelijk maakten, met het stilvallen van hun buitenschoolse activiteiten. Ook thuis viel het leven stil: hun ouders hadden stilte en ruimte nodig om hun thuis-

werken (waar mogelijk) naar behoren te vervullen. We leerden dat het welzijn van onze kinderen een zeer belangrijke prioriteit is: scholen komen meer dan voorheen tot het besef dat hun rol niet alleen in kennis-termen belangrijk is. Zij bieden de kinderen maatschappelijke vaardigheden en dragen bij tot een klimaat van onderlinge vriendschap en verbondenheid. Ook ons persoonlijk welzijn werd ernstig op de proef gesteld door isolatie verplichting, door het op elkaar leven in beperkte ruimtes, door het gebrek aan vriendencontacten en ontspanningsmomenten.

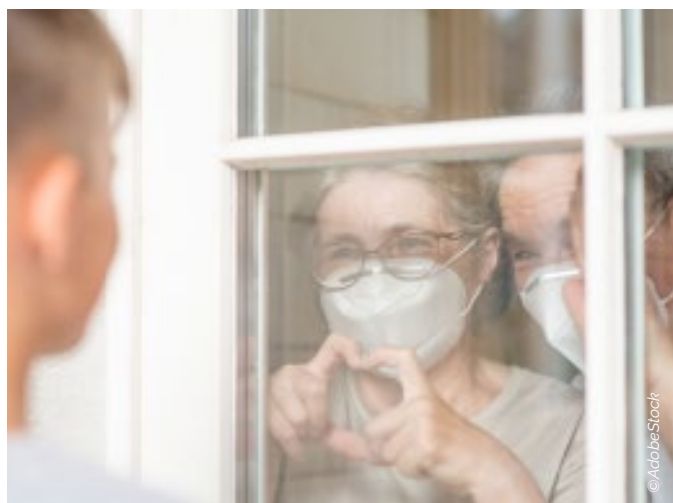
Een meer pertinente bedenking gaat over het leed in onze woonzorgcentra. We waren getuige van heel wat leed, eenzaamheid en de onmogelijkheid om naasten bij te staan in hun laatste levensfase. We beseften dat de omkadering van onze woonzorgcentra – ondanks veel goede wil en opoffering van verzorgenden – veel meer aandacht, kennis en financiële middelen nodig heeft. Het concept van de woonzorgcentra en hun inbedding in het maatschappelijke leven moet herbekeken worden.

We ervaren het laatste decennium, en de laatste jaren meer en meer dat onze democratische waarden onder druk komen te staan. De zo noodzakelijke samenspraak leidt niet gemakkelijk meer naar gedragen oplossingen. Ze leiden meer en meer naar polarisering en verharding.

Samenspraak en de daarbij horende veelheid van meningen zijn de natuur van democratie, maar ze horen in de redelijke wereld thuis.

De covid-19 pandemie maakte ons er van bewust dat waarheid vele gezichten heeft. Er is de virologische waarheid, de politieke waarheid, de waarheid van vele belangengroepen, de persoonlijke waarheid: "ieders waarheid" blijkt een veelkoppige draak waar het moeilijk mee samenleven is. Toch konden we mekaar vinden in eendracht, in optimisme en in solidariteit. De vriendelijke en zorgzame ontvangst die elkeen te beurt viel in de vaccinatiecentra werd ervaren als een balsem die de geleden ongemakken verzachtte. Laat ons die zorgzaamheid en solidariteit blijvend inzetten. Niet alleen in de zorg voor onze patiënten, maar ook in de zorg voor elkaar.

Dr. Dominique Dewilde  
Voorzitter Panal vzw



# PALLIUM vzw vrijwilligers in de palliatieve thuiszorg

## Activiteitenverslag 2021: een terugblik op het voorbije jaar.

De vrijwilligers van Pallium vzw komen aan huis bij palliatieve patiënten. Zij werken nauw samen met het professionele team van Panal vzw. De taak van de vrijwilliger is het ondersteunen van de patiënt en de betrokken mantelzorgers en dit vooral door het bieden van betrokken aanwezigheid en een luisterend oor.

Omwille van corona werden in 2020 de begeleidingen door vrijwilligers gedurende drie maanden stopgezet en was het aantal huisbezoeken aanzienlijk gedaald. Deze tendens heeft zich in 2021 niet hersteld. Ook de tendens van begeleidingen van kortere duur heeft zich in 2021 verder gezet. De nachtbegeleidingen blijven een aanzienlijk aandeel van de vrijwilligersinzet.

### Aantal huisbezoeken door een vrijwilliger:

In 2021 hebben de vrijwilligers samen 406 keer een bezoek afgelegd bij een patiënt waarvan 84 nachten (in 2020 waren er 427 begeleidingen en 74 nachten).

Gemiddeld waren er 34 begeleidingen per maand waarvan gemiddeld 7 nachten.

### Aantal geholpen patiënten:

Bij 65 personen werden vrijwilligers ingezet (70 in 2020). Er werden gemiddeld 10 à 11 patiënten per maand begeleid.

### Aantal begeleidingen per patiënt:

Dat de korte duur van de begeleidingen ook dit jaar werd verdergezet, blijkt uit de volgende cijfers:

- 22 patiënten hadden slechts één begeleiding, waarvan de helft nachtbegeleidingen
- 9 patiënten hadden slechts 2 begeleidingen, waarvan 5 nachten
- 11 patiënten hadden 3 of 4 begeleidingen
- 10 patiënten hadden tussen 5 en 10 begeleidingen
- 9 patiënten hadden tussen 10 en 20 begeleidingen



- 4 patiënten hadden 20 begeleidingen of meer.

Bijna alle begeleidingen zijn gestopt omwille van overlijden of opname in het ziekenhuis.

### Totaal aantal uren begeleiding:

Er waren in totaal 1688 uren waarvan 756 uur nachtbegeleidingen (1547 uren in 2020).

20 patiënten hadden slechts 1 nachtbegeleiding, 6 personen hadden zowel dag als nachtbegeleidingen.

### Leeftijd van de patiënten:

- 90 jaar en ouder: 15 patiënten
- 80 tot 90 jaar: 15 patiënten
- 70 tot 80 jaar: 15 patiënten
- 60 tot 70 jaar: 11 patiënten
- jonger dan 60 jaar: 6 patiënten
- van 3 patiënten is de leeftijd niet gekend.

### Aantal vrijwilligers:

Begin 2021 telde onze organisatie 34 vrijwilligers, waarvan 5 nachtvrijwilligers.

Eind 2021 kunnen we eveneens rekenen op 34 vrijwilligers.

4 vrijwilligers zijn gestopt waarvan 3 om gezondheidsredenen.

4 vrijwilligers zijn erbij gekomen na het volgen van een opleiding.

### Leeftijd van de vrijwilligers:

- 14 vrijwilligers: 70 jaar en meer
- 10 vrijwilligers: tussen 60 en 70 jaar
- 7 vrijwilligers: tussen 50 en 60 jaar
- 3 vrijwilligers zijn jonger dan 50 jaar

### Overzicht van de vorming/vrijwilligersondersteuning:

Pallium hecht groot belang aan de vorming en begeleiding van de vrijwilligers. Met uitzondering van de vakantiemaanden juli en augustus, is er elke maand een vrijwilligersvergadering waar vorming en vrijwilligersondersteuning elkaar afwisselen.

Omwille van corona hebben slechts 4 vergaderingen fysiek plaatsgevonden, waarvan 2 vormingen:

- "Terminale zorg" door Veerle Massart en Karen De Meerleer (Panal).
- "Dankbaarheid als uiting van spirituele arbeid" door Ann Vandenhoeck.

## Nieuwe aanwinsten in onze bib

Vrijwilligersondersteuning: de vrijwilligers zitten samen in kleine groepjes om ervaringen met elkaar uit te wisselen en ondersteuning te bieden. Slechts tweemaal kon dit fysiek doorgaan, de overige vergaderingen verliepen via zoom.

**"Forum":**

Dit is een jaarlijkse bijeenkomst met het team van Panal met als doel de wederzijdse samenwerking te bevorderen: deze is omwille van corona niet kunnen doorgaan.

**Intervisie:**

De vrijwilligers die dit wensen hebben de kans om aan te sluiten bij een intervisie groep. Er kon slechts één intervisie plaatsvinden.

**Individuele gesprekken:**

Op regelmatige basis (na 6 maanden actief als vrijwilliger en daarna éénmaal om de twee jaar) wordt met elke vrijwilliger een gesprek gevoerd in aanwezigheid van de coach van Pallium samen met de hoofdverpleegkundige en de psycholoog van Panal. De gesprekken die niet konden plaatsvinden in 2020, werden in 2021 verdergezet. In 2022 start een nieuwe ronde.

Bianca Verachtert  
Voorzitter Pallium vzw



**Waar is oma nu?**  
**Josina Intrabartolo. (4j+)**

"Isa vraagt zich af waar haar oma is, nu oma dood is. Ze vraagt het aan verschillende mensen, maar iedereen zegt iets anders. Isa komt erachter dat er geen echt antwoord is, maar gelukkig wel troost."

**Mama wordt een sterretje.**  
**Kelli Brauwer. (4j -7j)**

"Hoe vertel je aan jonge kinderen dat een geliefd persoon gaat sterven? Dit boekje vertelt een eerlijk en duidelijk verhaal dat de dood bespreekbaar maakt en kinderen helpt te begrijpen wat er gaat gebeuren."



**Als verdriet op bezoek komt.**  
**Eva Eland. (3j+)**

"Soms staat verdriet onverwacht voor je deur. Als je het binnenlaat, ontdek je dat dit bezoek meer kan zijn dan je vermoedt..."

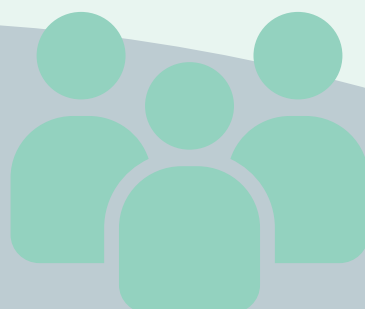
**Jij en de Dood.**  
**Elisabeth Helland. (Alle leeftijden)**

"Ik ben de Dood. Zoals het Leven leven is, ben ik de dood. Ik bezoek kleine dieren met een zachte pels en grote dieren met een lange snuit of scherpe tanden. Ik kan langskomen nog voor de vogels ontwaken of nadat de zon over de hemel is gegleden. (...)"



## PERSONEELSNIEUWS

- Lieve Holemans startte op 14 maart 2022 als verpleegkundig-consulent in de thuiszorgequipe van Panal.

**Interesse om een boek te lenen uit onze bib?**

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



# Epileptische aanvallen en epilepsie in een palliatieve setting.

## Classificatie en definities:

In 2017 is de classificatie van aanvalstypen en epilepsie syndromen aangepast (classificatie ILAE, International League Against Epilepsy, 2017). In deze classificatie worden 3 verschillende niveaus van diagnose onderscheiden: aanvalstype, type van epilepsie en epilepsiesyndromen. Op elk niveau van diagnose moet men kijken naar de onderliggende etiologie die zich kan situeren binnen meerdere categorieën.

**Een epileptische aanval** wordt gekenmerkt door een tijdelijk optreden van symptomen door abnormale excessieve of synchrone neurale activiteit in de hersenen. Men onderscheidt hierbij de **focale aanval met intacte gewaarwording** waarbij de symptomen variëren afhankelijk van de plaats in de cortex die betrokken is bij de aanval en met postictaal een onmiddellijk volledig herstel of een periode van verminderd neurologisch functioneren, **de focale aanval met verminderde gewaarwording** en een postictale fase gekenmerkt door slaperigheid, verwardheid en hoofdpijn, **de focaal naar bilateraal tonisch-clonische aanval** en **de generaliseerde aanval** (tonisch-clonisch, absences, clonisch, myoclonisch, tonisch en atonisch) waarbij de patiënt na de aanval geleidelijk aan wakker wordt met vaak postictale verwardheid of agitatie.

**Acuut symptomatische aanvallen** zijn aanvallen veroorzaakt door een tijdelijke acute endogene of exogene oorzaak (maximum één week aanwezig) zoals elk acuut insult ter hoogte van de hersenen (acuut CVA, hersenbloeding, abces, ...), acute ziekte, metabole afwijkingen (hypo- en hyperglycemie, hyponatriemie, hypocalciemie, uremie, ...) en onttrekking van middelen (alcohol, benzodiazepines, ...). Als er alleen acuut symptomatische aanvallen zijn spreekt men niet van de aandoening epilepsie.

**Ongeprovoceerde symptomatische aanvallen** zijn aanvallen veroorzaakt door een al langer (meer dan één week) bestaande onderliggende structurele hersenafwijking.

**Epilepsie** is een ziekte van de hersenen gedefinieerd door:

1. Minstens twee ongeprovoceerde of minstens twee reflexinsulten (insulten veroorzaakt door een specifieke stimulus of trigger) met een interval tussen de aanvallen van meer dan 24 uur.
2. Eén ongeprovoceerd insult of één reflexinsult met een kans op recidief gelijk aan het herhalingsrisico (minstens 60%) gedurende de komende 10 jaar zoals in de situatie van twee ongeprovoceerde aanvallen.
3. De diagnose van een epilepsiesyndroom.

Men spreekt van **status epilepticus** indien de aanvallen (convulsief of niet) langer duren dan 5 tot 10 minuten of bij opeenvolgende klinische aanvallen zonder terugkeer naar een normaal bewustzijnsniveau tussen de aanvallen in.

## Oorzaken:

De oorzaken van epileptische aanvallen en epilepsie worden gecategoriseerd als genetisch, structureel, metabool, immuun, infectieus en ongekend.

Epilepsie vastgesteld op kinderleeftijd heeft meestal een genetische, metabole of congenitale structurele basis, terwijl epilepsie gediagnosticeerd bij volwassenen meestal te wijten is aan een verworven vasculaire, degeneratieve of neoplastische oorzaak (doch vaak is de oorzaak niet te achterhalen).

Epileptische aanvallen bij kankerpatiënten zien we vooral voorkomen als complicatie van zowel primaire als metastatische hersentumoren. Aanvallen bij primaire hersentumoren en hersenmetastasen zijn in oorsprong focaal en blijven focaal of generaliseren in tweede fase. Ze kunnen een eerste uiting zijn van de tumor of kunnen tijdens het verloop van de ziekte ontstaan. De hoofdfactoren die de incidentie van epileptische aanvallen bepalen zijn tumor type, graad en locatie. Aanvallen komen meer voor bij primaire hersentumoren dan bij hersenmetastasen en zijn frequenter bij laaggradige tumoren dan bij hooggradige tumoren. Bij hersenmetastasen komen aanvallen vaker voor bij onderliggende melanomen dan bij longcarcinomen. Hersenmetastasen van prostaat, oropharyngeale kankers, huidkanker en borstcarcinoom geven minder snel aanleiding tot epileptische aanvallen. Een tumorlocatie ter hoogte van de motorcortex of bij aantasting van zowel de hersenen als de hersenvliezen geeft vaker aanleiding tot aanvallen.

Daarnaast kunnen epileptische aanvallen bij kanker uitgelokt worden door chemotherapie, radiotherapie (acute encephalopathie of temporale lob necrose), metabole afwijkingen of door paraneoplastische syndromen/encefalitis.

## Diagnose:

De eerste stap bij de diagnose is het herkennen van de epileptische aanval die moet onderscheiden worden van episodische onvrijwillige spiercontracties (bijvoorbeeld opioid-geïnduceerde myoclonieën), hyperkinesie (onder andere bij haloperidol en prokinetica), bewustzijnsveranderingen bij verhoogde intracraniale druk, TIA, migraine, paniekaanval, psychogene niet epileptische aanval, syncope, ...

De diagnose in een palliatieve setting berust grotendeels op de kliniek. Anamnese, klinisch-neurologisch onderzoek, labo en ECG kunnen in de thuissituatie gebeuren, maar voor verdere (etiologische) diagnostiek met beeldvorming, EEG, lumbale punctie, ... is verwijzing naar een ziekenhuis of medisch centrum noodzakelijk en moet men rekening houden met de algemene conditie van de patiënt en de wensen van patiënt en familie.



### Behandeling van een aanval:

De meeste epileptische aanvallen klaren spontaan op binnen de 2 minuten en onmiddellijke toediening van benzodiazepines of anti-epileptica is dan niet nodig. De richtlijn Epilepsie adviseert een aanval na (maximaal) vijf minuten te couperen. Mogelijkheden zijn:

- Midazolam 5 à 10 mg buccaal, nasaal of subcutaan (ampullen 15 mg/3ml)
- Lorazepam: 2,5 mg sublinguaal (Temesta Expidet® 2,5 mg)
- Diazepam: 5 à 10 mg rectaal via rectale canule (ampul 10 mg/2ml)
- Levetiracetam: 500 mg subcutaan of intraveneus (Keppra® ampul 500 mg/5ml)

### Voorkomen van aanvallen en gebruik van anti-epileptica:

Bij patiënten met een acute symptomatische aanval kan men proberen om de onderliggende oorzaak te identificeren en te behandelen. Bij onderliggende hersentumoren (primair of metastasen) zal men een tumorgerichte behandeling overwegen om de activiteit van de aanvallen te verbeteren, waarbij steeds de voor- en nadelen van ziektegerichte behandeling (naast symptoomgerichte behandeling) bekeken wordt. Bij patiënten met hersentumoren gaat het bij ziektegerichte palliatie om radiotherapie, operatie en/of systemische therapie.

De beslissing om anti-epileptica op te starten onmiddellijk na een eerste aanval hangt af van verschillende factoren waaronder de kans dat de aanval effectief een epileptische aanval was, de vermoedelijke of bevestigde oorzaak, de stabiliteit van de patiënt en het risico op recidief.

Bij kritisch zieke patiënten met een acuut symptomatische aanval zullen anti-epileptica toegediend worden om recidiverende aanvallen en verdere destabilisatie te voorkomen terwijl de onderliggende oorzaak zo mogelijk behandeld wordt. Vaak gebruikte anti-epileptica in deze setting zijn levetiracetam, fenytoïne en valproaat.

De beslissing om anti-epileptica op te starten is complexer bij patiënten met een eerste ongeprovoceerde aanval die snel herstellen van hun aanval. Het risico op recidief is hoog bij volgende risicofactoren: epileptische afwijkingen op

interictaal EEG, identificatie van oorzaak door klinische voorgeschiedenis of beeldvorming, een abnormaal neurologisch onderzoek of een eerste aanval tijdens de slaap. Hier zijn de criteria voor epilepsie bereikt. Starten van anti-epileptica is hier aanbevolen. Bij patiënten zonder deze risicofactoren zal de beslissing geïndividualiseerd worden, waarbij de risico's op recidief afgewogen moeten worden tegen de nevenwerkingen van anti-epileptica (vooral vermoeidheid en cognitieve stoornissen) en de voorkeur van de patiënt. Profylactische behandeling met anti-epileptica bij patiënten met hersentumoren die nog geen epileptische aanvallen hebben gehad, heeft geen invloed op de incidentie van het optreden van epileptische aanvallen en is derhalve niet geïndiceerd.

Bij de behandeling van epileptische aanvallen wordt ernaar gestreefd de tonisch-clonische aanvallen en focale aanvallen met langdurige postictale uitvalsverschijnselen onder controle te krijgen met anti-epileptica, ook in de laatste levensfase. Voor kortdurende focale aanvallen, die niet frequent optreden, is het niet altijd nodig anti-epileptica te starten of aan te passen, bijvoorbeeld als dat in de laatste levensfase niet oraal mogelijk is.

De behandeling met anti-epileptica is in principe onafhankelijk van de onderliggende oorzaak. In een palliatieve setting kunnen we ons baseren op de richtlijn voor symptomatische epilepsie bij patiënten met een hersentumor (primair of hersenmetastasen). Er zijn in deze setting echter nauwelijks studies waarin anti-epileptica worden vergeleken of waarin het effect van anti-epileptica op het optreden van epileptische aanvallen wordt geëvalueerd.

In eerste instantie wordt bij hersentumoren aangeraden gebruik te maken van levetiracetam, valproaat of lamotrigine. Vanwege de enzym inducerende werking (inductie van het cytochroom P450-co-enzymstelsel) en daarmee interactie met corticosteroiden en chemotherapie, wordt bij voorkeur geen carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne, oxcarbazepine of topiramaat gebruikt.

Men start best in monotherapie in de laagst effectieve dosis om de toxiciteit tot een minimum te herleiden, de compliance te bevorderen en de nevenwerkingen en drug-drug interacties te beperken. Bij falen kan gewicht worden naar een ander anti-epilepticum. Daarna kan zo nodig worden overgegaan op een combinatiebehandeling (bijvoorbeeld levetiracetam en valproaat).

→

**Levetiracetam** wordt algemeen goed getolereerd, maar kan soms wel neuropsychiatrische nevenwerkingen geven zoals irritatie, agitatie en angst. Start met 500 mg 2 keer per dag, om de 2 weken zo nodig te verhogen met 500 mg/dosis tot max. 1,5 g, 2 keer per dag. Dosisreductie is nodig bij nierinsufficiëntie.

**Valproaat** heeft een remmend effect op het cytochroom P450-co-enzymstelsel. Valproaat kan effect op de trombocytfunctie hebben en daardoor de bloedingstijd verlengen, maar het is niet zeker of deze effecten ook klinisch relevant zijn. Daarnaast kan het (zelden) trombocytopenie veroorzaken. Start met 5-10 mg/kg/d, geleidelijk verhogen tot 20 mg/kg/d in 3 à 4 doses (in 1 à 2 doses voor verlengde afgifte).

**Lamotrigine** heeft als nadeel dat een effectieve spiegel wat trager bereikt wordt. Start met 25 mg/dag de eerste 2 weken zo geen interfererend medicatiegebruik, nadien opdrijven naar 50 mg/dag, vanaf week 5 opdrijven met 50 mg/dag om de 1 à 2 weken tot een maximum van 225/375 mg/dag. Dosis te verdelen over 1 à 2 giften.

In tweede instantie kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld **gabapentine** of **pregabalin** die meestal als add-on medicatie voorgeschreven worden.

Epileptische aanvallen kunnen ook uitgelokt worden door tumorgroei, veranderingen in intracraniale druk, metabole veranderingen en vasculaire complicaties. Aanpak van deze uitlokkende factoren (bijvoorbeeld gebruik van corticoiden bij cerebrale tumoren) kan de controle van aanvallen ook verbeteren in combinatie met anti-epileptica.

### Behandeling in de (pre-)terminale fase:

In de (pre-)terminale fase of wanneer orale medicatie niet meer kan worden ingenomen (en er geen gastrostomiesonde aanwezig is), moet individueel worden afgewogen of het anti-epilepticum veilig gestaakt kan worden.

Indien het anti-epilepticum gestart werd voor neuropathische pijn moet dit niet gecontinueerd worden.

Indien de kans op epileptische aanvallen laag wordt ingeschat, kan gekozen worden om enkel een aanvalbehandeling met benzodiazepines te voorzien zoals hoger beschreven.

Indien de kans op epileptische aanvallen hoog wordt ingeschat, wordt het anti-epilepticum best voorgeschreven via een andere toedieningsweg (bijvoorbeeld levetiracetam subcutaan (via spuitdrijver over 24 uur, te verdunnen met water, conversie oraal:subcutaan 1:1) of valproaat rectaal (conversie oraal:rectaal 1:1)).

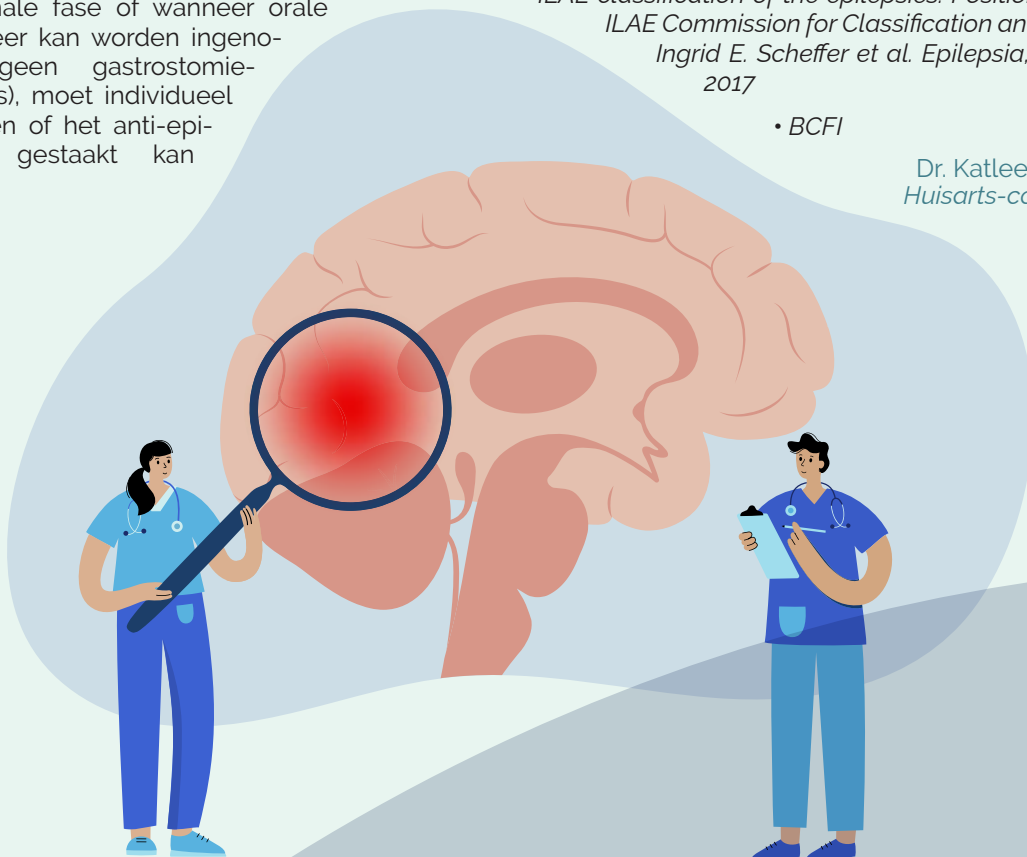
Als alternatief wordt in deze (pre-)terminale fase vaak gekozen voor het continu toedienen van midazolam SC via een spuitdrijver (20 à 30 mg over 24 uur) in de plaats van een anti-epilepticum omdat in deze fase vaak ook het anxiolytische (en sederende) effect van midazolam gewenst is door patiënt, familie en zorgverleners.

### Referenties

- *Richtlijn epilepsie van de NVN (2018)*. (<https://epilepsie.neurologie.nl/cmssite7/index.php>)
- *Richtlijn hersenmetastasen van de FMS (2020)*. (<https://richtlijndatabase.nl>)
- *Seizures in patients with primary and metastatic brain tumors*. Jan Drappatz, MD, Edward K Avila, DO, et al. UpToDate
- *Evaluation and management of the first seizure in adults*. Steven C Schachter, MD et al. UpToDate
- *ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology*. Ingrid E. Scheffer et al. *Epilepsia*, 58(4):512-521, 2017

• BCFI

Dr. Katleen Van Emelen  
Huisarts-consulent PANAL



# SLAG KRACHT

VLAAMS CONGRES PALLIATIEVE ZORG

8 september 2022, LEUVEN



## VLAAMS CONGRES PALLIATIEVE ZORG



**KOEN MATTHYS**

Palliatieve zorg nu & in de toekomst



**IGNAAS DEVISCH**

Beschouwing op (palliatieve) zorg



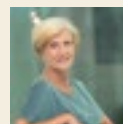
**NICO DE FAUW**

Innovatie in palliatieve zorg



**HOUSSEIN  
BOUKHRISS**

Van disconnectie naar verbinding: diversiteit in palliatieve zorg



**SILVIA PRINS**

Een wereld in transitie: hoe blijf je overeind?

### DISCUSSIE & INZICHT

- Plaats van palliatieve zorg in onze cultuur en maatschappij
- Impact van nieuwe media en technologie op de toekomst
- Inclusie en diversiteit binnen palliatieve zorg
- Helder rolmanagement

**INSCHRIJVEN TOT  
23 AUGUSTUS**

**TOT 30 JUNI: 95 EURO  
VANAF 1 JULI: 115 EURO**



## 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.

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).

## SPIRITUEEL VAARDIGER WORDEN: Vasthouden en loslaten

Er is geen levensthema méér aanwezig in palliatieve gesprekken dan het thema 'vasthouden en loslaten'. Hoe laat je los wie je eens was? Hoe accepteer je dat je het leven moet loslaten? En je meest dierbaren moet achterlaten?

Of is dat eigenlijk wel zo? Moet je wel loslaten? Kan je vasthouden aan wie je eens was? Kan je je dierbaren en het geleefde leven (op een andere manier) leren vasthouden?

We zoomen in op hoe je patiënt en familie kan ondersteunen in het spanningsveld tussen herinneringen vasthouden en de andere (moeten) loslaten. En ook: wat betekent vasthouden en loslaten voor de zorgverlener?

De vorming wordt verzorgd door **Renilde Vos**, theoloog en medebezielster van 'De Grondmelodie' – een centrum voor spirituele en existentiële counseling en diverse initiatieven rond zingeving en spirituele verdieping.

**Dinsdag 14 juni 2022 van 13u30 tot 16u30.**

**Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee**

**De kostprijs bedraagt 55 euro.**



# PRAATJES VULLEN GEEN GAATJES! Of toch wel?

## Bavarderen in zorg en communicatie

Spreken over de dood is niet gemakkelijk. Het durven benoemen van moeilijke en beladen thema's zoals (ongeneeslijke) ziekte, verlies of de dood is niet vanzelfsprekend. We voelen ons soms onzeker of zijn bezorgd om iets verkeerd te doen of te zeggen.

Een te grote focus op de beladen thema's doet ons weliswaar vergeten dat we ook heel waardevolle gesprekken kunnen voeren tijdens het 'kletsen over koetjes en kalfjes'. Wie de kunst van het **bavarderen** (want zo heet dat dan) machtig wordt, kan in die dagelijkse gesprekken mensen het gevoel geven dat ze van betekenis zijn. Het kan ook een ingang creëren om vanuit verbinding met mensen de meer beladen thema's aan te snijden, bijvoorbeeld via het gebruik van **metaforen of beeldspraak**.

In deze vorming willen we onze taalgevoeligheid vergroten. Onze expertise in het voeren van alledaagse gesprekken vergroten en verkennen welke mogelijkheden het biedt in het ondersteunen van onze patiënten. We zullen met een ander paar oren leren luisteren naar wat patiënten en hun netwerk te vertellen hebben en er op een 'waardevolle' manier op leren inspikken. Tenslotte zullen we verkennen hoe ook praten over ziek zijn, verlies ervaren en doodgaan, deel mag en kan uitmaken van een koffieklets of een gesprek tussen 'soep en de patatten' door.

De vorming wordt verzorgd door **Thomas Fondelli**, klinisch psycholoog en systeemtheoretisch psychotherapeut, trainer aan de InteractieAcademie Antwerpen

**Dinsdag 3 mei 2022 van 13u30 tot 16u30.**

**Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee**

**De kostprijs bedraagt 55 euro.**

# BASISCURSUS PALLIATIEVE ZORG

De volgende **basis cursus palliatieve zorg** voor **professionele hulpverleners** start op **22 september 2022**.

De lessen hebben plaats op **donderdagmiddag 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.

## MIDDAGLEZING: KOMEN ETEN?! Over voeding en vocht in palliatieve zorg

Er is steeds meer medische evidentie dat voeding een (belangrijke) rol speelt tijdens de behandeling van ziekte, zoals bijvoorbeeld kanker. Voeding wordt daardoor ook steeds vaker ingezet in behandeltrajecten en aangepaste smaaktrajecten worden ontwikkeld. Maar hoe ga je hiermee om in de palliatieve fase?

Want wat is gezonde voeding in palliatieve zorg? Waar ligt de balans tussen wat nodig is en wat wenselijk is? Welke invloed heeft voeding nog op levens- kwantiteit en kwaliteit? Wat met kunstmatige voeding en vocht? Welke beslissingen dienen genomen te worden wanneer een lichaam voeding nog onvoldoende opneemt? En wanneer ga je hierover het gesprek aan?

De vorming wordt verzorgd door topdokter **prof. dr. Elisabeth De Waele** en mevrouw **Joy Demol**, referentiediëtiste en studietoördinatrice, Dienst Klinische Nutritie en Diëtetiek UZ Brussel

**Donderdag 2 juni 2022.**

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

**Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee**

**De kostprijs bedraagt 55 euro (broodjeslunch inbegrepen)**

**Accreditering voor artsen: 2 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 vormingen 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).

## Vormingsbrochure 2022

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

VOLG ONS OP FACEBOOK!

