

# PANAL NIEUWS

Jaargang 23  
**december 2022**  
Driemaandelijks tijdschrift

## De Vlaamse Overheid werkt aan een hervormingstraject Palliatieve Zorg

De Vlaamse Overheid werkt in samenwerking met het brede veld van zorgverstrekkers aan een hervormingstraject Palliatieve Zorg. Dit doet ze middels een gestructureerde bevraging van de vele stakeholders die zo de toekomst van de Palliatieve Zorg vorm willen geven. Ook Panal neemt volmondig deel aan dit hervormingstraject. Onze Raad van Bestuur heeft in haar vergadering van 21 oktober 2022 uitvoerig een aantal basisstellingen omtrent palliatieve zorg besproken en bestudeerd, en evenzo hebben we in het dagelijks bestuur samen met onze medewerkers deze basisstellingen van commentaar voorzien.

Vanuit Panal willen we graag enkele accenten toelichten die ons nauw aan het hart liggen. We willen grote nadruk leggen op de doelstelling de patiënt – in casu de palliatieve patiënt, en zeker de stervende patiënt - in het centrum van de zorg te plaatsen. Deze doelstelling is weliswaar algemeen aanvaard maar zorgorganisaties zijn daar vaak niet op afgesteld.

Als we werkelijk de patiënt centraal willen stellen, moeten we niet enkel denken in termen van "patiënten" – wat refereert naar "medische" voortreffelijke zorg. Maar in termen van "mensen" in hun brede menselijke zijn. Ik denk daarbij aan de volheid van het menselijke bestaan. We leven elk in een complexe persoonlijke wereld vanuit onze opvoeding, ons concrete leven in ons gezin, ons werk, onze naasten, waarin we worden wie we zijn en die we mede vorm geven. Al deze aspecten hebben voltijdse aandacht nodig en moeten kunnen ondersteund worden.

Het gaat dus niet enkel om de juiste medicatie, de goede pijnstilling of de doorgedreven symptoomcontrole. Het gaat eveneens over een existentieel gebeuren waarbij de stervende mens met zichzelf in het reine probeert te komen, zijn verleden en heden bevraagt, zijn naasten daarbij ook helpt, en door hen geholpen wordt. We moeten troost en begeleiding bieden aan wie rouwt om het heengaan van hun geliefde. Het betreft met andere woorden een totaalzorg, versta een totaal aanwezig zijn. Een totaalzorg die de ganse leefwereld van de stervende omhelst.

Hoe moet deze totaalzorg zich organisatorisch vertalen? Belangrijk is dat de zorg zich zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de patiënt, en bij voorkeur in de familiekring, situeert. In ziekenhuizen hoort dit aspect zeker meer plaats te krijgen. Het model van een Palliatief Team dat de lokale zorg bijstaat met kennis, met een veelheid van mogelijke hulp moet ook lokaal verankerd zijn. De zorg moet persoonlijk, attent en aanwezig zijn, en een stervenscultuur moet

ingeburgerd zijn. Daarvoor moeten de verschillende hulpverleners goed ingespeeld zijn op elkaar, moet de palliatieve zorg in iedere deelregio prominent aanwezig zijn en in blijvende dialoog staan met de ganse plaatselijke bevolking. Zo kan de aandacht verder reiken dan de medische palliatieve en terminale zorg.

Panal probeert dit waar te maken. Dit is ons dagelijks werk. Onze Multidisciplinaire Begeleidingsequipe (MBE) ondersteunt de patiënt, zijn familie en de zorgverleners op hun vraag zo goed mogelijk. Ons Netwerk zorgt voor vorming, technische kennis en voorlichting omtrent palliatieve zorg en thuisbegeleiding. We willen een aanspreekpunt zijn in onze regio voor alle betrokkenen in de palliatieve en terminale zorg: vooreerst de zieken, maar evenzeer de families, de zorgverleners, de ziekenhuizen en de woonzorgcentra. We willen aanwezig zijn.

Dr. Dominique Dewilde  
Voorzitter Panal vzw



*We wensen jullie een jaar vol  
vreugde, vriendschap,  
gezondheid en geluk.  
Kortom een schitterend,  
sprankelend en  
boeiend 2023!*

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

# Het vena cava superior syndroom bij de palliatieve patiënt

Gebaseerd op de richtlijn "Vena cava superior syndroom in de palliatieve fase" van pallialine.nl

*Het vena cava superior syndroom werd voor het eerst beschreven in 1757 door William Hunter (een arts en anatoom van Schotse afkomst), bij een patiënt met een groot syfilis-geassocieerd aorta-aneurysma met compressie van de vena cava superior.*

Bij een vena cava superior syndroom (VCSS) is er sprake van een gedeeltelijke of volledige afsluiting van de vena cava superior, het bloedvat dat het bloed afvoert uit het hoofdhalsgebied en de armen naar het hart. Deze afsluiting wordt meestal veroorzaakt door druk van buitenaf (vrijwel altijd als gevolg van een tumor of metastasen in het mediastinum), maar kan ook het gevolg zijn van een aandoening van de vaatwand of een trombose.

Het VCSS is niet onmiddellijk levensbedreigend, tenzij er druk is op de trachea of er sprake is van een pericarduitstorting. In het algemeen wordt de levensverwachting niet bepaald door het VCSS, maar door de aard van de onderliggende aandoening en de mogelijkheden tot behandeling daarvan.

## Vóórkomen

Een VCSS treedt op bij 5-10% van alle patiënten met een rechtszijdige maligne intra-thoracale tumor. Een VCSS kan ook het eerste teken van de ziekte zijn.

- Bronchuscarcinoom: bij 10% van de patiënten met een kleincellig bronchuscarcinoom en bij 2% van de patiënten met een niet-kleincellig bronchuscarcinoom
- Maligne lymfoom: bij 3% van de patiënten

## Oorzaken

- Het VCSS is in ca. 65% van de gevallen het gevolg van tumorgroei of metastasen in het mediastinum of in de rechter bovenste thoraxhelft.
- Bronchuscarcinoom (72%) vooral rechtszijdig, meestal als gevolg van lymfekliermetastasen in het mediastinum, soms door directe tumorcompressie
- Maligne lymfomen (12%), hoofdzakelijk het non-Hodgkin-lymfoom
- Andere maligniteiten (16%): metastasen, vooral van het mammacarcinoom, mediastinaal teratoom, thymoom, mesothelioom of andere tumoren
- In ca. 35% van de gevallen is er een benigne oorzaak:
  - Snel progressief VCSS: vaak een veneuze trombose als oorzaak, bv. door centrale veneuze katheter of pacemaker. Bij patiënten met centraal veneuze katheter ontwikkelt 1-14% een VCSS
  - Minder vaak: infecties (bv. tuberculose, syfilis, nocardiosis), fibroserende mediastinitis (door eerdere bestraling of infectie), sarcoidose, aneurysma, goiter, mediastinaal hematoom of trauma

## Symptomen

Het gevolg van een afsluiting van de vena cava superior is dat het bloed uit het hoofdhalsgebied en soms ook uit de armen niet kan worden afgevoerd, waardoor de veneuze druk stijgt en er stuwing in deze lichaamsdelen optreedt. Dyspnoe treedt vaak op als gevolg van oedeemvorming in de larynx, door shunting en soms ook ten gevolge van compressie van de luchtwegen door tumor. In zeldzame gevallen kan hersenoedeem optreden.

Meestal is er sprake van een geleidelijk proces dat zich over weken tot maanden voltrekt. Als reactie hierop treedt collateraalvorming (via de vena azygos, de vena mammaria interna en/of venen op de thoraxwand) op. In sommige gevallen zijn er (als uiting van de onderliggende maligniteit) palpabele lymfeklierzwellingen, met name supraclaviculair. Secundair aan de VCSS kunnen "downhill" slokdarmvarices en pleuravochtuitstorting ontstaan.

De meest voorkomende symptomen zijn:

- drukgevoel en oedeem van het gelaat en/of armen, toenemend bij bukken en plat liggen. Beginfase: Gezwollen hals vooral 's ochtends, 'kraag van Stokes' genoemd.
- gestuwde collaterale venen ter hoogte van hals of thoraxwand.
- kortademigheid en hoesten

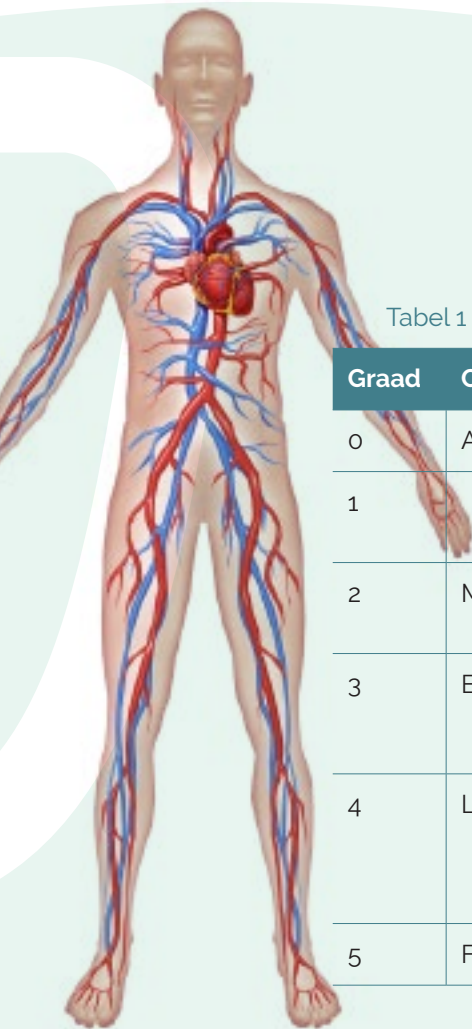
Andere symptomen kunnen zijn:

- heesheid, stridor, dysfagie en voedselpassageproblemen
- hemodynamische instabiliteit met syncope
- neurologische symptomen zoals hoofdpijn, duizeligheid, verwardheid, sufheid en visusstoornissen

Op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek kan het vena cava superior syndroom worden gegra-deerd (zie tabel 1).

## Aanvullend onderzoek

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Enkel indien behandeling wordt overwogen eventuele bijkomende onderzoeken:
  - RX thorax (verbreed mediastinum), CT-scan thorax met contrast (visualiseren obstructie)
  - Bij verdenking op trombose: contrastonderzoek
  - Bij een onbekende primaire tumor: cytologische of histologische diagnostiek



Tabel 1 Gradering van het vena cava superior syndroom

Graad	Categorie	Frequentie	Definitie
0	Asymptomatisch	10%	Geen symptomen
1	Mild	25%	Oedeem en/of veneuze stuwning van hoofd en/of hals, cyanose
2	Matig	50%	Slikproblemen, hoesten, bewegingsbeperking van hoofd, kaak of oogleden, visusstoornissen
3	Ernstig	10%	Milde tekenen van hersenoedeem (hoofdpijn, duizeligheid) of larynxoedeem, neiging tot syncope (flauwvallen) bij bukken
4	Levensbedreigend	5%	Ernstige tekenen van hersenoedeem (verwardheid, sufheid) of larynxoedeem (stridor), spontane syncope, lage bloeddruk, nierfunctiestoornissen
5	Fataal	<1%	Overlijden

## Beleid

Na het stellen van de diagnose: besluit om al dan niet te behandelen, afhankelijk van de aard, de oorzaak, de ernst en het verloop van de symptomen, de levensverwachting en de wens van de patiënt.

Uit onderzoek is gebleken dat ernstige complicaties hoogst zelden optreden. Alleen als er sprake is van een obstructie van de larynx of trachea of van hersenoedeem moet er met spoed behandeld worden (bv. stentplaatsing, radiotherapie).

### • Algemene maatregelen

- Vermijden van bukken en plat liggen, het hoofdeinde van het bed omhoog om hydrostatische druk te verminderen, geen knellende kleding.
- Bij oedemen van de armen, deze hoog leggen met kussens, ringen tijdig afnemen.
- Bij oedeem van de ogen kunnen de ogen meerdere malen per dag worden uitgewassen met kraanwater, koelende kompressen.
- Voorbereid zijn dat door de verhoogde druk mogelijk bloedneuzen kunnen optreden

### • Medicamenteus beleid

- In het acute stadium: bij dyspnoe (larynxoedeem) of tekenen van hersenoedeem evt. **methylprednisolone** (Medrol®) 32 – 64 mg/ dag PO (of **dexamethasone** 8-16 mg/dag PO: niet beschikbaar in België). Indien slikken van pillen niet meer haalbaar is: Dexamethasone 5-10 mg SC (1-2 amp. Aacidexam®).

Bij maligne lymfoom kunnen corticosteroiden ook een antitumor-effect hebben.

- Een behandeling met lisdiuretica (bv. Furosemide) wordt ook soms aangeraden om de veneuze terugstroom te verminderen, het effect is echter onduidelijk.
- Bij dyspnoe evt. zuurstof en/of morfine: morfine 5 mg SC zo nodig om de 4 uur, of + 25% van de dagdosis in een continu SC infuus.
- Lage dosis **benzodiazepines** zoals Alprazolam om de subjectieve beleving dyspnoe te verminderen.
- Bij agitatie evt **midazolam**: starten met 5mg SC, te herhalen/dosis aanpassen zo nodig. Midazolam kan ook opgenomen worden in een continu SC-infuus.
- Bij trombose bij centraal veneuze katheter:
  - **laagmoleculair heparine** (zie richtlijnen trombose en longembolie), evt. trombolysen met **urokinase** of **alteplase**
  - indien centraal veneuze katheter niet meer doorankelijk is: katheter verwijderen

### • Radio/chemotherapie

- Palliatieve chemotherapie resp. hormonale therapie/ immunotherapie: indien nog gewenst kan bij sommige tumoren snelle tumorregressie bereikt worden.
- Radiotherapie: bij niet-chemotherapiegevoelige tumoren of na eerdere chemotherapie. Afhankelijk

## Euthanasie bij stervenscoma

Op 8 maart 2021 publiceerde het Belgisch Comité voor Bio-Ethiek briefadvies nr. 10, aangaande **het toepassingsbereik van de voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie**. Daarin wordt gesteld dat de voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie ook kan worden toegepast bij een 'stervenscoma' (= toestand waarin er bij stervende mensen een verminderd bewustzijn, soms onomkeerbaar, optreedt). Het comité redeneert dat in het geval van een onomkeerbare 'stervenscoma' het stervensproces de reden is van onomkeerbare coma. Hiermee voldoet het aan de in de wet beschreven criteria voor de voorafgaande wilsverklaring inzake euthanasie. Het advies van het bio-ethisch comité verbreedt met deze interpretatie het toepassingsbereik van de voorafgaande wilsverklaring euthanasie. De stuurgroep Ethiek van Palliatieve Zorg Vlaanderen formuleerde hierop een aantal reacties en aandachtspunten.

In eerste instantie vreest het werkveld een genomen confrontatie met onverwachte of onvoorbereide euthanasieverzoeken op basis van een wilsverklaring euthanasie bij iemand die zich in de terminale fase in een 'stervenscoma' bevindt. Dit kan de sereniteit van de laatste levensdagen negatief beïnvloeden, aangezien zulke onverwachte verzoeken klinisch heel moeilijk te realiseren zijn. Dit creëert lastige situaties die zorgen voor negatieve emoties bij naasten en morele stress bij zorgverleners.

Nog meer dan vroeger wordt communicatie, tijd maken voor het gesprek over vroegtijdige zorgplanning cruciaal. Door de wensen van patiënten te kennen, voorkomen we onverwachte vragen

→

van de aard van de maligniteit kan het effect binnen enkele dagen tot weken verwacht worden.

### • Stentplaatsing

- Indien een snel effect gewenst is, bij een recidief na radiotherapie of bij een kortere levensverwachting van 1-2 maanden: stentplaatsing via interventionele angiografie in combinatie met een trombocytenu-aggregatieremmer of orale antistolling. Hiermee kan vaak een snelle verbetering (binnen 72 uur) worden bereikt.

Complicaties (reocclusie, infectie, longembolie, stentmigratie, hematoom punctieplaats, pericard tamponade, bloeding en perforatie) treden op in 3-7% van de gevallen.

### • Palliatieve sedatie

- In het zeldzame geval van acute "verstikking" kan in de terminale fase het spoedig opstarten van een palliatieve sedatie nodig zijn. Dit wordt op voorhand met de patiënt, familie en zorgverleners besproken en alle nodige medicatie en materiaal wordt klaargelegd. Een noodplan wordt op voorhand opgesteld: wie start de sedatie? Hoe wordt deze gestart? Wie moet verwittigd worden? Verdere stappen?

### • Recidief

- Na radiotherapie of chemotherapie treedt in 15-20% van de gevallen een recidief op van het VCSS. Bij stentplaatsing bedraagt dit percentage 11%. Bij een recidiverende VCSS na stentplaatsing kan in 78% van de gevallen met succes een nieuwe stent worden geplaatst.

Bij het grootste deel van de palliatieve patiënten die wij in de thuisbegeleiding zien is er reeds sprake van een vergevorderde of (pre-)terminale situatie. Hier zullen wij ons beperken tot symptoomcontrole en geen vergaande diagnostiek of invasieve behandeling meer opstarten. Voor een goede begeleiding is heldere communicatie over de wensen en behandelingsdoelen essentieel. Ook het bespreken van en het voorbereiden zijn op mogelijke complicaties is van belang.

### Referenties:

1. **Vena cava superior syndroom in de palliatieve fase**  
*Palliatieve richtlijnen palliatieve zorg*  
Vastgesteld: 18-06-2010 Regiehouder: IKNL
2. **Superior Vena Cava Syndrome: A Palliative Approach to Treatment**  
Kathryn D Esposito, Masood A Shariff, Aubrey Freiberg, and Ma. Carla Angela Evangelista  
*Cureus*. 2022 Aug; 14(8): e27889.
3. **Superior vena cava syndrome: A medical emergency?**  
Ronny Cohen, MD FACC, Derrick Mena, MD, Roger Carbajal-Mendoza, MD, Ninon Matos, MD, and Nishu Karki, MD  
*Int J Angiol*. 2008 Spring; 17(1): 43-46.
4. **Palliatieve zorg in de praktijk – zakboek voor zorgverleners**  
*Palliatief Support Team UZ Leuven*  
Acco Leuven, 2de editie 2019

Katharina Lobisch  
Huisarts-consulent Panal



naar euthanasie op basis van de wilsverklaring. Wanneer er duidelijkheid is over de voorafgaande wilsverklaringen, kunnen eventuele verzoeken goed worden voorbereid en zijn patiënt en familie geïnformeerd over wat mogelijk is: wil de patiënt in geval van stervenscoma euthanasie op basis van diens wilsverklaring of wil hij de natuurlijke dood afwachten. Kan en wil familie de laatste dagen waken aan het bed van de patiënt, in de wetenschap dat in het andere geval een euthanasie moet worden geregeld. We vinden vanuit het werkveld niet dat euthanasie standaardzorg is in de stervensfase, zeker niet bij een stervenscoma zonder zichtbaar lijden. De periode van waken kan heel waardevol zijn voor de afscheidnemende familie.

## Belang van communicatie

Deze nieuwe interpretatie van de euthanasiewetgeving maakt communicatie rond de mogelijkheden en de onmogelijkheden van euthanasie nog complexer. Het schept mogelijk verwachtingen bij naasten die moeilijk of niet waargemaakt kunnen worden. Hier moeten we vanuit de palliatieve zorgsector op anticiperen door tijdig het gesprek aan te gaan met patiënten, naasten en andere zorgverleners. Bij elke nieuwe begeleiding van een chronische of palliatief zieke patiënt kan best worden nagegaan of er een wilsverklaring euthanasie is ingevuld. Als zorgverlener is het belangrijk om tijdig het gesprek over vroegtijdige zorgplanning aan te gaan, en termen als 'onomkeerbaar buiten bewustzijn' goed uit te leggen. In dat kader moet dan duidelijk gemaakt worden wat de wilsverklaring inzake euthanasie betekent voor de patiënt en naasten, en wat de patiënt wenst: enkel een vegetatieve toestand, of ook een stervenscoma?

Het is in alle settings belangrijk tijdig met de familie te communiceren over de wensen van de patiënt, de symptomen van een 'stervenscoma' en het belang van tijd nemen en waken. Naast informeren is het belangrijk aandacht te schenken aan wat het met de naasten zelf doet.

Tenslotte is het belangrijk om de eigen visie als zorgverlener zuiver te hebben. Eerlijke communicatie over het

eigen standpunt en eigen grenzen, in relatie tot collega-zorgverleners maar ook familie en patiënt, zullen in vele gevallen stresserende situaties kunnen vermijden.

## Checklist voor communicatie

Om lastige situaties te voorkomen, en goed voorbereid te zijn voordat patiënten in een stervenscoma terechtkomen, kunnen onderstaande punten helpend zijn. Het is belangrijk dat patiënten en naasten zich daar ook bewust van zijn.

- \* Zorg voor vroegtijdige communicatie om te voorkomen dat wanneer patiënten rustig in een stervenscoma liggen, zonder zichtbaar te lijden, de naasten plots vragen om uitvoering van de wilsverklaring euthanasie. *Palliatieve patiënten en hun naasten schuiven het bespreken van euthanasie soms voor zich uit, óók als er ooit een wilsverklaring euthanasie is ingevuld.*
- \* Bij het opstarten van een palliatieve-sedatietraject wordt er geen euthanasie meer uitgevoerd. *Voor de start van een palliatieve sedatie wordt er met de patiënt, en mogelijk de naasten, gesproken over een eventuele voorafgaande wilsverklaring euthanasie. Wanneer de patiënt instemt met het palliatieve-sedatietraject, kan de eventuele wilsverklaring euthanasie vervangen worden door het gesprek met de zorgverleners voor de start van het sedatietraject. De **communicatie** over voorafgaande wilsverklaringen heeft dan plaatsgevonden en de wensen van de patiënt zijn bekend.*
- \* Euthanasie is mogelijk wanneer de euthanasieprocedure formeel volledig is afgerond en de patiënt vóór de afgesproken datum in een onomkeerbare coma glijdt, zoals beschreven in de **Palliatieve Richtlijn Euthanasie** en het **Registratiedocument Euthanasie**.
- \* De onomkeerbaarheid van de stervenscoma moet zorgvuldig worden vastgesteld door een tweede arts met deskundigheid m.b.t. bewustzijnsdaling. *Deze vaststelling door een tweede arts is moeilijk te organiseren bij patiënten thuis of in een woonzorgcentrum. De kans is bovendien groot dat de patiënt overlijdt voor het vinden van een arts.*
- \* Een arts die om persoonlijke redenen zelf geen euthanasie wil uitvoeren in de context van een 'stervenscoma', wordt aangeraden zijn patiënt naar een collega door te verwijzen of een collega te betrekken.
- \* Een 'stervenscoma' van enkele dagen bij een patiënt die geen tekenen van lijden vertoont, geeft de familie de kans om zich tijdens het waken op het afscheid voor te bereiden. *Ook al is afscheid nemen voor niemand makkelijk, het is wel belangrijk. In de 'tussentijd' die een sterfbed biedt, kunnen mensen nadenken over hun relatie met de stervende en steun zoeken bij elkaar. Dat alles kan helpen bij de rouw.*

Voor meer informatie:  
<https://palliatievezorgvlaanderen.be/euthanasie-bij-stervenscoma/>

Nele Geysen  
Vormingsverantwoordelijke Panal vzw



## Op 1 december 2022 opende het Inloophuis Leuven

### Wat is een Inloophuis?

Er gaat steeds meer aandacht naar de levenskwaliteit van patiënten en de gevolgen van een kankerbehandeling, en dat is goed nieuws. 'Inloophuizen' willen dit aanbod uitbreiden en mensen ook buiten de ziekenhuiscontext verder op weg zetten en ondersteunen. Er bestaan al verschillende Inloophuizen in Vlaanderen, maar nog geen in Vlaams-Brabant.

Een Inloophuis biedt mensen die geconfronteerd worden met kanker een zichtbare, veilige en laagdrempelige plek middenin de eigen stad of regio. Bezoekers zijn

welkom zonder afspraak of verwijfsbrief. Ze ervaren er geborgenheid en verbondenheid en delen ervaringen of zorgen met lotgenoten of ondersteuners.

### Inloophuis Leuven

Op 1 december 2022 opende in het hart van Leuven het Inloophuis Leuven, voor mensen met kanker én hun naasten. Het Inloophuis is een warme ontmoetingsplek waar bezoekers 6 dagen op 7, van maandag tot en met zaterdagvoormiddag, terecht kunnen. Een professioneel team en vrijwilligers luisteren en helpen mensen op weg bij de verwerking van de fysieke, emotionele, sociale en andere gevolgen van hun ziekteproces.

Daarnaast biedt het Inloophuis een veelzijdig programma aan activiteiten, uitgewerkt door professionals uit de zorg- en welzijnssector. De activiteiten zijn soms informerend en adviserend, soms ontspannend, en altijd ondersteunend. Deelnemen aan deze activiteiten is kosteloos, maar inschrijven is wel nodig.

### Niet enkel voor Leuvenaars

Het Inloophuis kan rekenen op de steun van enkele sterke Leuvense partners zoals UZ Leuven, het Leuven kanker Instituut en Stad Leuven. Toch kan iedereen uit de

zeer brede regio terecht in het Inloophuis, ook mensen die bijvoorbeeld patiënt zijn in de ziekenhuizen van Diest of Tienen.

### Ook naasten bijzonder welkom

In het Inloophuis zijn niet alleen mensen met kanker maar ook hun naasten bijzonder warm welkom. Zij lijden immers vaak dubbel: ze zorgen en ondersteunen, nemen rollen over in het huishouden en tegelijk moeten ze in de achtergrond vaak afrekenen met hun eigen angsten en onzekerheden. In het Inloophuis kunnen naasten op verhaal komen bij lotgenoten of ondersteuners. Enkele activiteiten zijn specifiek voor naasten bedoeld.

### Interesse?

Neem zeker eens een kijkje op [www.inloophuisleuven.be](http://www.inloophuisleuven.be) of loop gerust binnen in de Koning Leopold-I straat 33 in Leuven, tussen de Bondgenotenlaan en het Ladeuzeplein. Het station van Leuven en bushaltes 'J. Stasstraat' en 'Rector De Somerplein' zijn vlakbij. Parkeerplaats vind je in de betaalparking Ladeuze.

Het Inloophuis is van maandag tot vrijdag open van 9u30 tot 17u, en op zaterdag van 10 tot 13u. Bellen kan naar 016/19 07 07.



## OPLEIDINGEN PALLIATIEVE ZORG

*De basismodule palliatieve zorg voor hulpverleners werd grondig hervormd. We hebben ervoor gekozen om meer doelgroepspecifiek te werken, om zo een meer passend antwoord te kunnen bieden op de werkcontext van elke deelnemer.*

De basismodule voor **verpleegkundigen** start op **dinsdag 17 januari 2023** en loopt over 10 namiddagen (van 13u15 tot 16u30). De kostprijs bedraagt 530 euro. Verpleegkundigen die reeds een basismodule hebben afgerond, kunnen daarna aansluiten bij de vervolmakingsmodule.

De module voor **zorgkundigen** start op **donderdag 12 januari 2023** en loopt over 6 volledige cursusdagen (van 9u30

tot 16u30). De kostprijs bedraagt 675 euro, broodjeslunch inbegrepen. Door het volgen van deze cursus hebben zorgkundigen een volledige bagage in palliatieve zorg voor het uitoefenen van hun functie binnen het palliatieve werkveld.

De module voor **medewerkers uit voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking** start op **dinsdag 7 november 2023** en loopt over 6 cursusnamiddagen (van 13u15 tot 16u30). De kostprijs bedraagt 265 euro.

*Voor meer informatie over programma, inhoud, inschrijving en financiële tegemoetkomingen - kijk op [www.panal.be/vormingen](http://www.panal.be/vormingen).*

# PALLIATIEVE ZORG ONDER DRUK: letterlijk of figuurlijk?

**Donderdag 16 februari 2023, 20 april 2023, 28 september 2023 en 9 november 2023 telkens van 13.30u tot 16.30u**

**EFT, Sint-Jansbergsesteenweg 97 te 3001 Heverlee**

Het lijkt alsof het in palliatieve zorg moeilijker wordt om 'de beste zorg' om te zetten in daden. De tijdsgeest van absolute maakbaarheid, een zorgconcept bij patiënten en hun omgeving over hoe vandaag een goede dood is of zou moeten zijn: het geeft soms spanning en druk.

We weten al langer dat patiënten zorg weigeren, en daardoor – in onze ogen – meer lijden dan wij zelf wenselijk achten. De patiënt houdt soms een gesprek over het levenseinde af, want immunotherapie zal er immers voor zorgen dat het levenseinde nog veraf is. Of familie duwt van bij de opstart in een richting die je zelf niet wil, bijvoorbeeld bij palliatieve sedatie. Het komt voor dat familie verhaasting van het sterven willen, om verschillende redenen. Of dat ze een proces van 'waken' en afscheid nemen van de stervende, enkel als een onnodige ervaring omschrijven.

Hoe kan je jezelf staande houden in zulke moeilijke situaties die veel druk geven? Die tot morele spanning kunnen leiden bij jezelf? Hoe buig je dit discomfort als zorgverlener om tot hernieuwde professionaliteit?

Hoe blijven we in communicatie met de patiënt en zijn omgeving? Met respect voor de eigen competenties en grenzen? Hoe kom je samen tot een aanpak, die toch verbinding inhoudt en conflicten niet laat escaleren? Hoe kan ik evenwichtig mijn koers van hulpverlening bepalen?

In deze opleiding van vier halve dagen proberen we de puzzelstukken van verbinding samen te leggen: crisis herkennen, proactief over eigen visie spreken, patiënten en hun omgeving en zorgverleners samenbrengen, in communicatie over het eigen zorgconcept. Door spreiding van de vormingsmomenten beogen we een proces bij jezelf, in je team en in de eigen praktijk op gang te brengen.

**Begeleider** van deze opleiding is **Walter Rombouts**. Van opleiding klinisch psycholoog, was hij als hulpverlener in verschillende contexten en teams werkzaam (o.a. 15 jaar in het Palliatief Support Team UZ Leuven). Actueel is hij trainer in Perspectief te Holsbeek.

De kostprijs bedraagt 280 euro.

## WERKEN MET DE SPUITAANDRIJVER

In samenwerking met Arseus Medical NV, organiseert Panal een opleiding over het gebruik van de **spuitaandrijver Micrel MP101\***.

We assisteren je graag bij het opstarten en configureren van een spuitandrijver. Daarnaast krijg je toelichting over het gebruik van de spuitandrijver in het kader van pijn- en symptoomcontrole (wanneer opstarten, welke medicaties combineren of niet, ...) en hebben we aandacht voor de ondersteuning die Panal kan bieden.

Deze opleiding wordt 2 keer aangeboden nl. op **donderdag 19 januari 2023** en op **maandag 23 januari 2023**, telkens **van 12u. tot 14u.**

**Docenten: Kirsti Godefridis**, Sales Representative Care Arseus Medical en een verpleegkundige van de MBE van Panal

De kostprijs bedraagt € 30,-  
(broodjeslunch inbegrepen).

## WEBINAR

### Zorg in de laatste fase bij een hersentumor

In het jaarverslag van Panal vzw zien we een stijging van het aantal patiënten met een hersentumor. Net zoals veel andere patiënten kiezen ze er vaak voor om de laatste fase van hun leven in hun eigen vertrouwde omgeving door te brengen, omringd door hun naasten. In dit webinar staan we stil bij de impact op zorg en het palliatieve zorgproces dat zo'n diagnose met zich meebrengt.

Wat zijn veel voorkomende symptomen en hoe kunnen we de patiënt en zijn familie hierin ondersteunen? Welke aandachtspunten zijn er in prognose en ziekteverloop? Welke specifieke uitdagingen zijn er in het palliatieve zorgproces voor patiënt en familie?

**Gast spreker** voor dit webinar is **dr. Karen Van Beek**, radiotherapeut-oncoloog, lid van het Palliatief Support Team UZ Leuven

**Dinsdag 14 maart 2023 van 20u. tot 22u.**

**De kostprijs bedraagt 45 euro.**

**Doelgroep:** artsen en verpleegkundigen

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

# PRATEN OVER STERVEN, AFSCHEID EN DOOD

## binnen de psycho- therapeutische praktijk

**Donderdag 16 maart 2023 van 13.30u tot 16.30u**

**EFT, Sint-Jansbergsesteenweg 97 te 3001 Heverlee**

Deze vorming richt zich specifiek tot psychologen en gesprekstherapeuten die ambulante, in de eigen praktijk, of aan huis, te maken krijgen met palliatieve zorgsituaties. Goede palliatieve zorgverlening kent uitdagingen: zorg voor mogelijk lichamelijk en psychisch lijden van de betrokkene, aanpakken van eventuele psychosociale problematiek in de omgeving, en het opnemen van de existentiële vraagstukken waar patiënten mee bezig zijn. In deze opleiding zal de psycholoog kennis maken met deze vier uitdagingen.

Er wordt ingezoomd op de psychische en de spirituele dimensie. Dit doen we aan de hand van het Ars Moriendi-model. Dit model laat hulpverleners toe om aan de hand van vijf spanningsvelden relevante thema's rond sterven, afscheid nemen en dood ter sprake te brengen en in verbinding te komen met de cliënt en/of zijn of haar systeem. Tijdens deze vorming worden de vijf spanningsvelden heel concreet vertaald. Hoe kan ik inspelen op wat de cliënt/omgeving brengt? Hoe kan ik hierin zelf initiatief nemen als psycholoog? Wat is wenselijk/nodig in begeleiding (in de eerste lijn) rond deze thema's?

De vorming wordt verzorgd door **Walter Rombouts** en **Alexandra Verhagen**. Walter is klinisch psycholoog en werkte jarenlang in het palliatief support team van UZ Leuven. In die functie voerde hij gesprekken rond zorgplanning, sterven en afscheid nemen, zowel met cliënten als hun omgeving. Daarnaast verzorgt hij sinds 2000 als trainer van het bureau voor opleiding en vorming Perspectief in Holsbeek opleidingen rond het opzetten van communicatie in palliatieve zorg. Alexandra is klinisch psycholoog en oplossingsgericht rouwtherapeut. Zij werkt rond deze thema's met cliënten en hun systeem vanuit haar eigen praktijk De Krui in Tildonk, en als psycholoog in het PST van het AZ Jan Portaels in Vilvoorde.

De opleiding is bedoeld **voor psychologen en gesprekstherapeuten**.

De kostprijs bedraagt 75 euro.

# WEBINAR VOOR (HUIS-) ARTSEN i.s.m. MCH

## Palliatieve sedatie: van richtlijn tot praktijk

**Donderdag 16 februari 2023 van 20u. tot 22u.**

Palliatieve sedatie als bijzondere vorm van symptoomcontrole in de terminale fase is een beslissing/handeling waarbij, naast de juiste medische uitvoering, ethische overwegingen en zorgvuldigheid vereist zijn. In 2010/2012 werd de richtlijn palliatieve sedatie uitgewerkt om artsen en zorgverleners te helpen om, indien nodig, een palliatieve sedatie uit te voeren met aandacht voor lichamelijke, psychosociale en spirituele noden van patiënt en naasten. In 2019 werd de richtlijn nog aangevuld met een checklijst die, als werkinstrument, het doel heeft de kwaliteit van palliatieve sedatie te bevorderen.

In de voordracht bespreken we, vertrekkende van de richtlijn, de praktijk van palliatieve sedatie en staan we stil bij de mogelijke moeilijkheden, valkuilen, ethische dilemma's, ... die we ervaren in de praktijk.

**Sprekers:** **dr. Katleen Van Emelen**, dienst geriatrie en palliatieve zorg, Heilig Hart Ziekenhuis Leuven en **dr. Katharina Lobisch**, huisarts, Burggracht Huisartsen; beide equipe-artsen van Panal vzw.

Accreditering wordt aangevraagd in rubriek 6 ethiek en economie.

Deelname is kosteloos, **inschrijven is noodzakelijk via <https://www.mchinfo.be/nascholingskalender/>**.

## 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 2023

Check onze website **[www.panal.be/vormingen](http://www.panal.be/vormingen)** voor het vormingsaanbod van 2023!

**VOLG ONS OP FACEBOOK!**

