

# PANAL NIEUWS

Jaargang 28  
**september 2025**  
Driemaandelijks tijdschrift

## Onze ambitie

Het nieuws dat in Gent onlangs een medewerker van het OCMW door een Syriër met psychiatrische voorgeschiedenis met een mes werd neergestoken, werd met ontzetting vernomen. Dit had misschien voorkomen kunnen worden als dit bezoek – zoals vaak – door twee medewerkers werd afgelegd.

Dit gebeuren is uiterst betreurenswaardig, maar illustreert in zijn geheel de wereld waarin we sedert enkele jaren leven. Een wereld waarin de waardeschalen zoals ze werden overeengekomen na de tweede wereldoorlog geruisloos onderuit gehaald zijn.

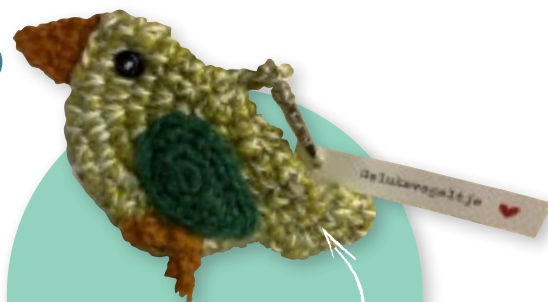
We hoopten vurig – zeker na de val van de Berlijnse muur – op een gestage toenadering tussen de volkeren, tussen Noord en Zuid, tussen Oost en West, arm en rijk, tussen blank, zwart, geel en tussenin, tussen religies en op regimes die allen samen streven naar een wereldorde van recht en rechtvaardigheid.

We voelden de wording van de Europese Unie aan als een belangrijke stap in de goede richting. Jaar na jaar kwamen er landen bij en groeide het gevoel van eigenheid en/in verscheidenheid, van toenadering en verrijking van cultuur en taal. Er bleef toch altijd een randje van egoïstische zelfgenoegzaamheid.

Er waren en er zijn internationale afspraken rond grenzen, economie, jurisdictie, mensenrechten, menselijke waardigheid en integriteit. Grote internationale organisaties kregen middelen om dit alles te verwezenlijken. Jaarlijks zijn er internationale vergaderingen over politiek, handel, klimaat, de honger... Er is internationale samenwerking in vele domeinen tot in de ruimte. Maar gaandeweg verminderde de hoop op vooruitgang en verstandhouding.

Blijkbaar bestaat er nog een andere wereld naast deze. Een wereld waar andere regels en waarden gelden. Een wereld waar fake news doorgedrukt wordt, waar wetenschappelijke evidentie verdacht wordt gemaakt, waar enkel de macht van de sterkste het voor het zeggen heeft.

Landsgrenzen – die voorheen open waren (de zogenaamde vrije wereld) – worden stilaan muren. Er ontstaan landen en stadsdelen die ommuurd zijn en vreemdelingen worden rechten ontzegd en bij overtreding worden ze criminelen genoemd. Dit is in Europa en in andere rijke landen stilaan de praktijk geworden. Kolonialisme werd afgeschaft, maar mensen worden vluchtelingen in eigen land en worden rechten ontzegd en weggestuurd. Europese



Lees hierover  
meer op  
**pagina 6**

solidariteit bestaat enkel op papier en niet in werkelijkheid.

In tegenstelling hiermee staat palliatieve zorg voor allesomvattende zorg. We proberen in Vlaanderen de krachten te bundelen om 'samen te bouwen aan tijdige en menswaardige palliatieve zorg voor iedereen'. De Vlaamse overheid en de vijftien Netwerken Palliatieve Zorg ijveren samen om dit te verwezenlijken.

Panal maakt samen met veertien andere netwerken in Vlaanderen een transitie door om over het ganse Vlaamse land een hooggekwalificeerde palliatieve zorgcultuur voor iedereen te garanderen en structureel uit te bouwen.

Vijftien netwerken die samen garant staan om de beste zorg tijdig, volwaardig en voor iedereen te verstrekken in het ganse Vlaamse land. Dat is onze ambitie.

Dr. Dominique Dewilde  
Voorzitter Panal vzw



# Aanpak van maligne darmobstructie

De maligne darmobstructie is een uitdagende complicatie in palliatieve zorg, vaak gezien bij patiënten met gevorderde intra-abdominale tumoren of peritoneale metastasering. De aanpak vereist een zorgvuldige balans tussen symptoomcontrole, een zo goed mogelijk behoud van de levenskwaliteit en realistische zorgdoelen.

## Wat is een maligne darmobstructie?

Een maligne intestinale obstructie is een (gedeeltelijke of volledige) passagebelemmering van het gastro-intestinale stelsel, meestal veroorzaakt door tumorinvasie of extrinsieke compressie. Obstipatie vormt dikwijls een bijkomende oorzaak in het ontstaan van (sub)obstructie.

## Typen obstructie

- **Mechanische obstructie:** Een daadwerkelijke blokkade van het darmlumen, bijvoorbeeld door een tumor of adhesies.
- **Paralytische ileus:** Het stilvallen van de darmperistaltiek zonder dat er sprake is van een mechanisch obstructief element.
- **Gemengde vormen**

In ongeveer 50% van de gevallen betreft het een dunne darmobstructie, in 30% een obstructie van de dikke darm, en in 20% een combinatie van beide. In de palliatieve fase ontstaat een maligne obstructie meestal geleidelijk en is er vaak sprake van een sub-obstructie met fluctuerende symptomen.

## Etiologie en risicogroepen

Maligne darmobstructies komen het vaakst voor bij patiënten met:

- Ovariumcarcinoom (3–15% in laat stadium)
- Colorectaal carcinoom
- Sarcomen, melanomen of uitgebreide peritoneale metastasen

De obstructie kan veroorzaakt worden door:

- Tumorinfiltratie van de darmwand of de plexus coeliacus, compressie van buitenaf
- Peritonitis carcinomatosa
- Pseudo-obstructie door autonome dysfunctie (paraneoplastisch of door medicatie)
- Benigne oorzaken: Adhesies, radiatiefibrose, **faecale impactie** (belang van preventie!)

## Klinisch beeld

Proximaal van de obstructie neemt de intraluminale druk toe, wat leidt tot een verhoogde vrijzetting van onder meer serotonine, substance P en vasoactieve intestinale peptide (VIP). Dit leidt tot:

- Hypersecretie (braken)
- Hyperemie en wandoedeem (continue pijn)
- Darmcontracties (krampen)

De symptomen zijn afhankelijk van de locatie en graad van de obstructie:

- **Hoge obstructie (dunne darm):** Gekenmerkt door misselijkheid en overvloedig braken van helder vocht, vaak leidend tot dehydratie. Het braken treedt doorgaans acuut op en is storender dan bij een obstructie van het colon.
- **Lage obstructie (colon):** Kenmerkt zich door een opgezet abdomen, koliekachtige pijn en in een later stadium mogelijk fecaloïd braken. Er is geen passage van flatus of stoelgang.

## Diagnostiek

Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn essentieel, gezien het vaak fluctuerende klinische beeld.

### - Lichamelijk onderzoek:

- **Abdomenonderzoek:** Inspectie, auscultatie, percussie en palpatie
  - Opzetting vooral bij lage obstructie
  - Peristaltiek en darmgeluiden: afwezig bij paralytische ileus en verhoogd bij mechanische ileus, evt. clangor/ gootsteengeruis
  - Hypersonore percussie bij lucht, gedempt bij vochtophoping, demping in de flanken met 'shifting dullness' bij ascites
  - Palpatie kan pijnlijk zijn. Faecale massa's/ tumor-massa voelbaar?
- **Rectaal touché:** rectum leeg bij volledige obstructie, faecalomen bij faecale impactie

### - Aanvullend onderzoek indien aangewezen:

- Rx abdomen staand: lucht-vocht-niveaus? (Lokalisatie), faecale stase?
- Echo, CT, labo, endoscopie (indien stentplaatsing wordt overwogen)

## Therapeutische opties

De behandelingskeuze is sterk afhankelijk van de situatie en wordt bepaald door de onderliggende oorzaak en behandelbaarheid ervan, de levensverwachting en de behandelwens van de patiënt.

- **Operatief (palliatieve heelkunde):** Enkel in zeer geselecteerde gevallen. Bijvoorbeeld resectie bij enkelvoudige obstructie. Chirurgie kan complicaties geven en is niet zinvol bij diffuse peritoneale metastasen of korte levensverwachting. Alleen overwegen bij:
  - Goede algemene toestand
  - Langere levensverwachting
  - Gelokaliseerde obstructie
- **Stentplaatsing:** Kan bij lokale obstructie van colon of rectum passagestoornis (tijdelijk) opheffen.
- **Chemotherapie:** Met als doel de tumor te verkleinen, vaak weinig effect gezien meestal reeds uitvoerig behandeld.

# bij de palliatieve patiënt

## - Conservatief symptomatisch beleid

Hiervoor wordt meestal gekozen bij palliatieve/terminale patiënten met een korte prognose. Het beleid is gericht op comfort, niet op herstel van de passage.

- Goede communicatie met patiënt en familie is cruciaal.
- Info over het te verwachten verloop: toenemende bewustzijnsdaling, dehydratie, geen hongergevoel, uiteindelijk coma – meestal een "zachte dood".
- Goede en frequente mondzorg toepassen.
- Voeding en vocht: vaak beperkt of niet aangewezen in de palliatieve/ terminale setting, tenzij specifieke reden.

- **Maagdrainage:** Bij persistent braken kan een nasogas-trische sonde (of PEG-sonde) worden geplaatst. Dit maakt drinken van kleine slokjes mogelijk waardoor minder last van monddroogte wordt ervaren.

## Medicamenteuze symptoomcontrole

Ondersteunende medicamenteuze behandeling vormt de hoeksteen van de symptomatische benadering van maligne darmobstructie en is gebaseerd op 4 pijlers:

### 1. Analgetisch

- Opioiden: Eerste keuze Morfine s.c. (startdosis 20mg/ 24u)

### 2. Anti-emetisch

- Eerste keuze: Haldol® (Haloperidol) 5mg/24u s.c. (1 amp.) of 5-10 druppels p.o. 3x/dag (niet prokinetisch)
- Bij subobstructie: Litan® (Alizapride) 200-300mg/24u (4-6 amp.) of Primperan® (Metoclopramide) 30-60mg/24u (3-6 amp.): Wél prokinetisch effect, dus NIET toedienen bij ernstige obstructie met sterke koliekpijn. Bij beginnende obstructie (subobstructie) kan dit wél een positief effect hebben.
- Derde lijn: Ondansetron (Zofran®) of Granisetron (Kytril®); 5HT<sub>3</sub>-antagonist

### 3. Anti-inflammatoir

Corticosteroïden bij alle patiënten met maligne darmobstructie (tegen sec. inflammatie, oedeem en anti-emetisch effect):

- Dexamethason (Acidexam®) 5-10 mg s.c./dag

### 4. Anti-secretorisch

- Anticholinergica, bv. Buscopan® (Butylhyoscine) 60-120 mg/24u s.c. (3-6 amp.) (ook spasmolytisch en anti-emetisch effect)

- Bij onvoldoende effect: Sandostatine® (Octreotide) 0,5-1,5mg/24u s.c. (1-3 amp.)

- Langwerkend alternatief bij levensverwachting >14 dagen: Lanreotide (Somatuline®) 30-120mg i.m. om de 2-4 weken

**(sub-) obstructie op basis van faecale impactie:** Vooral behandeling van de obstipatie: laxativa, fleet, lavementen, ...

## Praktische tips en combinaties

- Medicatie bij voorkeur subcutaan toedienen. Perorale toediening is bij een obstructie niet zinvol.
- In een spuitdrijver kunnen gecombineerd worden:
  - Morfine + anti-emeticum (Haldol®/ Primperan®/ Litan®) + anti-secretorisch middel (Buscopan®/ Sandostatine®)
- Corticoïden (Acidexam®): apart toedienen (als bolus bij voorkeur s'ochtends)

## Besluit

Voor een patiënt in de palliatieve of terminale fase die te maken krijgt met een maligne intestinale obstructie, en diens naasten, is goede begeleiding door zorgprofessionals cruciaal. Een grondige anamnese, lichamelijk onderzoek en het bespreken van de wensen en verwachtingen van de patiënt vormen de basis voor het gezamenlijk nemen van beslissingen over de juiste aanpak.

Het verstrekken van duidelijke informatie over de aandoening, het te verwachten verloop en de rol van vocht en voeding in de stervensfase kan bijdragen aan gemoedsrust bij zowel de patiënt als zijn omgeving. Voor hen is het belangrijk dat zij weten wie ze kunnen bereiken bij problemen, ook 's nachts en in het weekend, en dat de continuïteit van zorg gewaarborgd is.

## Bronnen

- "Palliatieve zorg in de praktijk", zakboek voor zorgverleners PST UZ Leuven, Acco
- Clement P., De Pril M. Maligne darmobstructie in de palliatieve zorg – een richtlijn. Juni 2012. Toegankelijk via [www.pallialine.be](http://www.pallialine.be)
- Artsenkrant 17/06/2021, prof. Katelijne De Nys over maligne darmobstructie

Dr. Katharina Lobisch  
Equipearts van Panal



## Ileen Geeraerts, kinésitherapeut

# 'Bij palliatieve patiënten focus ik heel hard op wat wel nog lukt.'

*Ileen Geeraerts is 5 jaar werkzaam als kinesist. Zij studeerde af in volle coronaperiode. Haar specialisatie is inwendige aandoeningen (hart, long, kanker, chronische pijn maar ook diabetes). Ileen heeft een bijzondere interesse in respiratoire kiné, ademhalingskiné. Vandaag werkt ze halftijds in een woonzorgcentrum en halftijds in een privépraktijk. Zij wil graag Panal te woord staan over haar job.*

**Ileen, je studeerde af in 2020, in volle coronaperiode. Hoe was dat voor jou? Heeft dit jouw blik op palliatieve zorg beïnvloed?**

Mijn laatste stage was op de dienst pneumologie in UZ Brussel. De dienst pneumologie was pneumologie niet meer op dat moment. Het ziekenhuis werd helemaal gereorganiseerd. Pneumologie was op dat ogenblik de afdeling waar mensen met corona uit coma ontwaakten. Als respiratoire kinesiste kon ik veel bijleren, zeker op vlak van communicatie. Het was werken in een sfeer van leven en dood. We moesten mensen vertellen dat ze corona hadden en dat we niet wisten wat de toekomst voor hen bracht. Er waren ook veel overlijdens, dat was een heel zware periode.

**Ileen studeerde af in volle coronaperiode. 'Het was werken in een sfeer van leven en dood. Er waren veel overlijdens, dat was een heel zware periode.**

**Ileen**

Ik werkte de zomer erna op de dienst klinische oncologie. Daar werden veel mensen laattijdig gediagnosticeerd waarbij de kanker al uitgezaaid was. Veel jongere patiënten hoorden dat ze weinig perspectief hadden, mede door de coronapandemie. Zij beslisten 'het hoeft niet meer voor mij'. Als kine hoorde je dan van de ene op de andere dag 'je hoeft niet meer te komen, ik krijg morgen euthanasie'. Zoiets voelt heel abrupt aan. Ik denk dat ik voor vele zorgverleners

spreek als ik zeg dat je het gevoel had er alleen voor te staan, je werd er in gegooid maar had door de verplichte afstand en mondklappers weinig kans om te reflecteren met je collega's over alles wat er rondom jou aan het gebeuren was. Je had bovendien weinig tijd om daar bij stil te staan.

**Kom je in jouw dagelijkse werk nu vaak in contact met palliatieve patiënten?**

Dit vind ik een moeilijke vraag. Ik denk dat ik dagelijks omga met palliatieve patiënten, maar dat zijn niet direct mensen in de terminale fase. Zeker in het rusthuis zijn veel bewoners palliatief. Soms staat de kast vol prentjes en dan is er weer een tijdje dat er niemand overlijdt. In de praktijk werk ik met mensen met chronische aandoeningen die soms plots achteruit gaan. Zij weten dit zelf ook wel, maar ik merk zelden negativiteit tijdens onze gesprekken. Indien er iemand van de patiënten achteruitgaat, komt soms de vraag: 'Als ik niet meer naar de praktijk kan komen, kom jij dan tot bij mij?'

**Dit is eigenlijk een kantelpunt dat je nu benoemt?**

Inderdaad, op huisbezoek gaan is een belangrijk kantelpunt omdat dit aangeeft dat de verplaatsing naar de praktijk niet meer mogelijk is. Anderzijds heb ik ook patiënten 1,5 jaar thuis palliatief begeleid. Het palliatief statuut wil dus niet altijd zeggen dat er snelle achteruitgang is. Dit vind ik een hele moeilijke definitie: wanneer is iemand nu juist palliatief?

**Wat zijn voor jou tekenen dat iemand palliatief wordt?**

In begin lukt nog veel, er zijn enkele mindere momenten misschien. Als het slechter begint te gaan, zie je



soms dat de patiënt aan het slapen is als ik aankom en ook terug slaapt als ik wegga. Ook aan de sfeer in huis merk je het. Het is minder vrolijk en er is meer verdriet. Pijn is ook een teken, het opstarten en ophogen van pijnmedicatie. Vaak zien we eerst grimassen, pijn en soms een zekere weerstand voor kinebehandelingen of aanrakingen. Naar het einde toe wordt de patiënt vaak wat gelaten. Bij een euthanasie weet je meestal dat het eraan zit te komen, toch komt het moment voor de kiné vaak plots. Dan bel je bijvoorbeeld: 'Goed als ik vanavond langskom?' en hoor je 'Nee, vanavond hoeft niet meer.'

In een rusthuis is die fase veel duidelijker: opstart van comfortzorg, medicatie per os die stopt en eventueel opstart van een spuitdrijver.

**Hoe krijgen jullie de info dat iemand palliatief is?**

Vaak krijgen we eerder de diagnose bijvoorbeeld eindstadium cardiaal hartfalen, COPD gold fase IV, ernstige emfyseem,... Dit in combinatie met de vraag om op huisbezoek gaan, geven mij het gevoel dat het ziekteproces waarschijnlijk al redelijk vergevorderd is. Meestal neem ik voor die kinebeurten dan ook de tijd, zeker de eerste keer om te luisteren naar wat de patiënt verwacht. In het laatste stadium wordt de kiné

meestal niet meer opgestart, tenzij het toch iets van comfort kan toevoegen voor de patiënt.

### Waar ligt de focus bij een palliatieve begeleiding?

De focus ligt voornamelijk op tijd nemen voor een babbel en luisteren naar de verwachtingen van de patiënt. Thuis is het ook belangrijk om te kijken hoe het voor de mantelzorger allemaal behapbaar blijft. Hoe kan ik het voor iedereen hier zo comfortabel mogelijk maken? Voor ik therapie start, luister ik heel goed naar wat de patiënt zelf nog wil doen en hoe de patiënt de kiné ziet. Ik help mensen die nog spierkracht willen oefenen zodat ze zichzelf nog een beetje kunnen wassen of kunnen draaien in bed. Dan zet ik in op krachtoefeningen en geef ik een schema. Er zijn mensen die zich daar enorm aan optrekken. Bij mensen met veel dyspneu-klachten is het vooral uitleg geven van waar die klachten komen en over zuurstoftherapie, ook aan de mantelzorger. Ook drainagetechnieken aanleren, inspiratoire krachttraining ... zijn dan van toepassing. Veel mensen vragen of ze nog naar buiten kunnen, hoe ze langere afstanden kunnen overbruggen, kan dat nog stappend of is er een rolstoel nodig? De energie-indeling doorheen de dag of positionering in bed bekijken we samen. In het begin dacht ik dat je als kiné niet zoveel kan betekenen in palliatieve zorg, maar eigenlijk is er best veel dat je kan doen. Het is ook bij iedereen anders. De therapie is geen standaard-plaatje. Soms is het voor de patiënt allemaal oké, maar hebben de familie en mantelzorgers veel vragen. We hebben de luxe om als kiné een halfuur bezig te zijn met de mensen. Dat is een voorrecht. Meestal ben ik zelf wel wat langer bezig bij een palliatieve patiënt, persoonlijk zet ik ook de palliatieve patiënten op het einde van de dag. Ik vind het niet fijn om bij een palliatieve patiënt rap te moeten werken. Als ze niet als laatste staan, verwittig ik de volgende patiënt dat ik later kan zijn. De meeste mensen begrijpen dat. Ik heb die tijd ook voor mezelf echt wel nodig.

### Je werkt zowel in een rusthuis als in thuisituaties, merk je een verschil in palliatieve zorg tussen beide?

In de thuiszorg zit je tijdens een huisbezoek er middenin, je kent de

mantelzorgers en familie en voelt het verdriet maar ook de blijdschap in huis. Er zijn daar ook momenten waar je niets hoeft te zeggen. In het woonzorgcentrum kan ik het makkelijker achter me laten. Ik deel het mentale stuk daar meer met de andere hulpverleners. In de thuiszorg is er veel minder contact met de andere hulpverleners. Maar elk situatie is natuurlijk anders, elk overlijden is anders, zowel in het woonzorgcentrum als thuis.

### Tijdens een kinésessie worden palliatieve patiënten soms geconfronteerd met wat niet meer lukt en het is voor sommige patiënten mogelijk ook een moment om even te babbelen?

Ik merk inderdaad dat bij het aanraken en fysieke beweging mensen sneller gaan babbelen. Ik zorg er dan voornamelijk voor dat ik zelf authentiek overkom en me bijschool hierover. Mensen maken zich vooral zorgen over de anderen, minder over zichzelf. Vaak is er ook de angst en verdriet om wat ze moeten achterlaten. Het zijn vaak ook gesprekken over hoe het vroeger was. In de laatste levensfase hebben mensen geen masker meer op, doen ze zich niet meer beter voor dan ze zijn, je ziet dan eigenlijk de pure persoon.

### 'Op huisbezoek gaan is een belangrijk kantelpunt omdat dit aangeeft dat de verplaatsing naar de praktijk niet meer mogelijk is.'

#### Ileen

Bij palliatieve patiënten kijk en focus ik heel hard op wat wel nog lukt. Ik werk opbouwend, begin met iets makkelijk en ga dan naar iets moeilijker, bijvoorbeeld eerst focussen op rechtstaan en dan op stappen en niet eerst proberen stappen en dan merken dat rechtstaan niet meer lukt. Vaak kunnen patiënten meer dan je denkt. We beginnen en zien waar we die dag geraken. In een woonzorgcentrum kunnen mensen die geconfronteerd worden met overlijdens of zelf in de laatste fase zitten zich heel alleen voelen. Ik probeer dan aandacht te geven, te

babbelen, oefeningen te geven en masseren, zodat mensen weten dat ik er ben. Ik denk dat de vraag om gezien te worden, aandacht te krijgen wel vaker speelt bij patiënten die voor de kiné komen.

### Welke uitdagingen zie je in de toekomst?

De vergrijzing en het personeelstekort gaan er voor zorgen dat meer mensen langer thuis blijven en palliatieve begeleiding thuis nodig zal zijn.

### Werd er tijdens jouw opleiding aandacht besteed aan palliatieve zorg? Was dat voldoende of is daar meer nood aan?

Er was niet echt veel aandacht voor. Als sportkiné heb je daar misschien minder aan, maar specialisaties in inwendige kinesitherapie en neurologie zouden daar zeker baat bij hebben. Ik denk dan bijvoorbeeld aan het begeleiden van ALS-patiënten. Het zou als keuzevak moeten aangeboden worden.

### Kinésithérapie is onderdeel van het palliatief forfait, patiënten krijgen daar terugbetaling voor. Wordt dat vaak gebruikt in de praktijk?

In de laatste fase wordt meestal geen kiné opgestart, tenzij er al kiné was opgestart in een vroegere fase. Een kiné vinden enkel voor de allerlaatste levensfase is volgens mij moeilijker, omdat praktijken huisbezoeken proberen te beperken omdat het meer tijd vraagt dan therapieën in de praktijk zelf. Ik kan mij ook voorstellen dat deze doelgroep niet voor elke kinesist is weggelegd, wat ook helemaal oké is. Persoonlijk vind ik opstarten in de palliatieve fase niet erg. Het vraagt veel energie maar ik haal daar zelf ook veel energie en voldoening uit. Ik zeg niet dat je rijk wordt van het palliatieve forfait (waarbij je als kinesist minder overhoudt dan bij een gewoon huisbezoek). Maar, net zoals je ervoor kiest om in de zorg te werken, is palliatieve zorg een onderdeel van de zorg en voel ik dat het ergens ook mijn taak is om ook deze mensen (kinesitherapeutisch) te begeleiden in hun laatste fase.

### Dank je Ileen voor je tijd en interessante blik!

Alicia De Bie  
Verpleegkundig-consulent Panal



Lees pag. 6

## De Koesterkoffer van Panal

*De Koesterkoffer van Panal vzw is een valiesje op wielen dat een tijdje meereist met een kind op de hobbelige weg van afscheid nemen van een ongeneeslijk zieke ouder, grootouder of andere geliefde persoon.*

In de Koesterkoffer zijn leesboekjes, informatieve brochures en allerlei creatief materiaal te vinden waarmee een kind, alleen of samen met een vertrouwde volwassene, bezig kan zijn met gevoelige thema's als: ernstige ziekte, niet meer kunnen genezen, palliatieve zorg, sterven en afscheid nemen. Kinderen kunnen niet altijd goed met woorden uitdrukken wat in hen omgaat, wat ze voelen, welke vragen ze hebben, waarover ze bezorgd zijn. Volwassenen hebben soms schroom om deze



onderwerpen ter sprake te brengen, zijn bang het kind van streek te maken of geloven dat het beter is om het hiervan af te schermen. Hierdoor lopen kinderen het risico in de schaduw te blijven staan en niet de ondersteuning te krijgen die nodig is en waar ze recht op hebben.

De Koesterkoffer biedt een laagdrempelige ingangspoort om met het kind in gesprek te gaan, emoties de ruimte te geven, antwoord te geven op vragen, steun en troost te bieden. Bovendien helpt de koffer om de wederzijdse band tussen het

kind en de zieke te koesteren, het afscheid vorm te geven en herinneringen een plek te geven.

Vrijwilligsters Goele en Renée haakten een heleboel schattige troostdiertjes voor de kinderen die een Koesterkoffer ontvangen. Een bijhorend boodschapje geeft wat moed en steun. Kinderen kunnen het kleine knuffeltje als een sleutelhanger dicht bij zich dragen, een zacht vriendje dat mee op weg gaat.

**Dankjewel Goele en Renée voor dit hartverwarmende gebaar!**

## Dag van de Palliatieve Zorg



Op zaterdag 11 oktober 2025 is het de **Internationale Dag van de Palliatieve Zorg**. Samen met Palliatieve Zorg Vlaanderen willen we die dag de aandacht vestigen op het belang van palliatieve zorg. Dit jaar ligt de focus op **verbinding, connectie en het delen van kwetsbaarheid**.

We geloven namelijk heel erg dat je samen verder komt.

### Verbinden versterkt

Het palliatieve proces is er één dat veel verschillende emoties met zich kan meebrengen. Het is echter geen proces waar je alleen door hoeft te gaan. De emoties die horen bij een palliatief proces of het zorgen voor palliatieve patiënten mag je **delen met anderen**. Verbinden vanuit kwetsbaarheid kan moed geven om het proces verder te dragen.

Met het thema van dit jaar 'samen zorgen, samen dragen' willen we mensen dan ook aanmoedigen om in connectie te blijven met

elkaar. Zowel de patiënt met zijn/haar omgeving als zorgverleners onderling.

### Samen komen we verder

Ook als zorgverlener sta je niet alleen in het proces. Je hebt de andere zorgverleners, de mantelzorgers en (de omgeving van) de patiënt nodig om goede zorg te kunnen geven. Je hoeft geen grootse dingen te doen om veel te betekenen. Het draait vooral over **er zijn voor iemand**. Vragen hoe het gaat, iemand helpen met dagelijkse dingen, een klein gebaar dat laat zien dat je aan iemand denkt, een luisterend oor bieden, etc.

### Bouwen aan een community

Belangrijk is ook om de **breder omgeving of community** van de patiënt erbij te betrekken. Voorbeelden hiervan zijn de impact van een goed gesprek met een vriend of een buurman die enkele boodschappen meebrengt. Ook dit 'kleine helpen' kan een wereld van verschil maken voor de beleving van de palliatieve patiënt. Blijvende steun vanuit de omgeving kan een gevoel van **eenzaamheid tegengaan**. Daarom willen we deze Dag van de Palliatieve Zorg het belang benadrukken van een sterke community in het palliatief proces.

**Wil je meer info over onze campagne en activiteiten? Scan dan de QR code of surf naar [www.dagvandepalliatievezorg.be](http://www.dagvandepalliatievezorg.be)**



# De Vlinder en DE Schildpad

Een warm luisterverhaal over afscheid nemen en eeuwigdurende vriendschap.



Een productie van HETGELUIDSHUIS met de stemmen van o.a. Dimitri LEUE, Jan DECLAIR en Evelien BOSMANS.

## HOE PRATEN OVER DOODGAAN OOK DOODGEWOON KAN ZIJN

Verdriet en angst voor de dood kan je niet wegnemen, maar je kan er wel mee leren omgaan, erover praten en zelfs een lach aan je tranen toevoegen. Ook jonge kinderen hebben al vroeg vragen over de dood en afscheid nemen. Soms vanuit hun eigen angsten, soms omdat ze de angst van volwassenen aanvoelen. Alleen missen ze vaak de taal om die gevoelens te benoemen.

Voor hen is er nu De vlinder en de schildpad, een warm luisterverhaal waarin een oude, wijze schildpad een jonge vlinder ontmoet wiens leven van nature kort is. Samen ontdekken ze hoe iedereen – jong en oud – in het leven soms een schild nodig heeft, maar ook vleugels kan krijgen.

Hoewel de inhoud speciaal werd ontwikkeld voor kinderen vanaf vijf jaar, is het luisterverhaal ook bedoeld als hulpmiddel voor volwassenen die met hen in gesprek willen gaan over deze existentiële thema's.

## GRATIS BESCHIKBAAR

Het verhaal kan worden ingezet in gezinsverband, op school of in de zorgpraktijk en is gratis beschikbaar in de geluidshuis-app, op Spotify en andere podcastkanalen, en op [geluidshuis.be/devlinderendeschildpad](https://geluidshuis.be/devlinderendeschildpad).



Scan en luister!

**Drew**  
Concept en scenario: Paul Wauters  
Regie: Leen Renders  
Muziek: Koen Brandt  
Opnames, montage en mix: Bram Coumans  
Opnames muzikanten: Frank Duchêne  
Cello: Karel Steylaerts  
Viool: Emile Verstraeten  
Basklarinet: Laure Budts  
Illustratie: Dieter De Schutter  
Productie: Ann Desmet, Laure Budts  
Communicatie en distributie: Katarina Martynowski  
Zakelijke leiding: Pieter-Jan Vinckx

**Cast**  
Verteller: Dimitri Leue  
Vlinder: Evelien Bosmans  
Schildpad: Jan Declair  
Egel: Bruno Vanden Broecke  
Merel: Noëllie Meskens  
Eendagvlieg: Nabil Mollet  
Citroenvlinder: Pieter-Jan Vinckx



## DE LAATSTE ZORGEN NA HET OVERLIJDEN

Donderdag 9 oktober 2025 van 13u30 tot 15u30  
ETF, Sint-Jansbergsesteenweg 97, 3001 Heverlee

Deze vorming biedt zorgverleners praktische tips voor het verlenen van de laatste fysieke zorgen na een overlijden. Daarnaast bespreken we hoe je de kamer op een rustige en waardige manier kunt aankleden, zodat nabestaanden in een respectvolle omgeving afscheid kunnen nemen. We voorzien voldoende tijd voor vragen.

Docent **Gilbert Pues**, begrafenisondernemer sinds 1968, spreekt vanuit zijn ervaring en met een gedegen kennis van wetgeving en principes omtrent begraven en cremieren.

Deze opleiding is bedoeld voor zorgverleners en kost 50 euro.

## THEMANAMIDDAG: PALLIATIEVE SEDATIE

Donderdag 16 oktober 2025 van 13u30 tot 15u30  
ETF, Sint-Jansbergsesteenweg 97, 3001 Heverlee

In deze vorming staan we stil bij het begrip palliatieve sedatie. Wat is het verschil met euthanasie? Wat zijn belangrijke aandachtspunten? Wanneer kan palliatieve sedatie opgestart worden? Wat moet er nog vooraf gebeuren?

We bespreken de meest gebruikte medicatie en voorwaarden voor de opstart. Het belang van tijdige communicatie met de patiënt, de naasten en andere zorgverleners wordt benadrukt.

We baseren ons op de richtlijn palliatieve sedatie van Palliatieve Zorg Vlaanderen.

Deze opleiding is bedoeld voor artsen en verpleegkundigen. Spreker is **Veerle Massart**, hoofdverpleegkundige van Panal.

De kostprijs bedraagt 50 euro.

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

## PALLIATIEVE ZORG VOOR MEDEWERKERS UIT VOORZIENINGEN VOOR MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

ETF, Sint-Jansbergsesteenweg 97, 3001 Heverlee

Deze module biedt een essentiële introductie tot palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. We verkennen de unieke uitdagingen en behoeften van deze doelgroep in hun laatste levensfase.

De module 'Palliatieve zorg bij mensen met een verstandelijke beperking' start op donderdag 16 oktober 2025.

Deze cursus omvat zes lesnamiddagen waarbij diverse aspecten van palliatieve zorg worden toegelicht: inleiding in palliatieve zorg, comfortzorg, communicatie, vroegtijdige zorgplanning en medisch begeleid sterven, verlies en rouw en (zelf)zorg voor de zorgverlener.

De kostprijs bedraagt 340 euro.

## CASUS EN KOFFIE

# CASUSBESPREKING VOOR ZORGVERLENERS DIE WERKEN IN EEN VOORZIENING VOOR MENSEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING

**Dinsdag 9 december 2025 van 13u30 tot 16u00**  
**Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee**

Bij een stukje taart met koffie of thee, bespreken we enkele zorgsituaties en ervaringen uit de praktijk. We focussen op het thema palliatieve zorg en psychiatrie, zowel voor patiënten die omwille van hun psychiatrische aandoening palliatief zijn, als voor psychiatrische patiënten die palliatief zijn

omwille van een bijkomende diagnose. Concreet verwachten we dat iedere deelnemer een casus of vraag aanbrengt, waarover we vervolgens met de groep (max. 10) reflecteren. De begeleiders bewaken het proces en zorgen voor de nodige (theoretische) omkadering.

De kostprijs bedraagt 75 euro.

## MEDISCH REKENEN IN PALLIATIEVE ZORG

**Dinsdag 21 oktober 2025 van 13u30 tot 15u30**  
**Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee**

Hoe herken je dat iemand pijn heeft? Welke behandelingsmogelijkheden zijn er? We bespreken verschillende soorten pijnmedicatie en oefenen het omrekenen van verschillende toedieningsvormen in. Bovenop bezorgen we je nog enkele tips & tricks. De opleiding is een combinatie van theorie, casuïstiek en oefeningen.

De vorming is bedoeld voor verpleegkundigen en artsen en wordt verzorgd door Petra Heremans, verpleegkundig-consulent van Panal.

De kostprijs bedraagt 50 euro.

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

## DIENSTVERLENER VOOR DE KMO-PORTEFEUILLE

Panal vzw is een geregistreerde dienstverlener voor opleidingen in het kader van de KMO-portefeuille (registratienummer DV.O245206).

Is je onderneming een kmo of je beoefent een vrij beroep, dan kan je mits bepaalde voorwaarden subsidies aanvragen voor het volgen van onze basis- en verdiepingsmodule. Voor meer informatie zie <https://www.vlaio.be/nl/subsidies-inanciering/kmo-portefeuille>.

## WEBINAR GYNAECOLOGISCHE KANKERS

**Donderdag 27 november 2025 van 20u00 tot 22u00**

We bespreken verschillende vormen van gynaecologische kankers en bieden inzicht in de prevalentie en impact van deze aandoeningen. Daarnaast focussen we op palliatieve behandelingsopties die gericht zijn op het verbeteren van het comfort van de patiënt. We overlopen veel voorkomende symptomen en complicaties. Ook staan we stil bij de gevolgen die deze aandoeningen en behandelingen met zich meebrengen op relationeel en seksueel vlak. We geven tips hoe je dit onderwerp als zorgverlener ter sprake kan brengen.

Sprekers voor dit webinar zijn **prof. dr. Thaïs Baert**, gynaecoloog-oncoloog in UZ Leuven en **Hilde Toelen**, liaisonpsycholoog en seksuoloog in UZ Leuven.

Deze webinar is bedoeld voor zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, ...) en kost 35 euro.

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](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 2026

Check onze website [www.panal.be/vormingen](http://www.panal.be/vormingen) voor het vormingsaanbod van 2026!

**VOLG ONS OP FACEBOOK!**

