

PANAL NIEUWS

Jaargang 28
december 2025
Driemaandelijks tijdschrift

Een nieuw licht?

Het jaareinde is een uitgelezen moment om even stil te staan bij het voorbijge jaar en een blik vooruit te werpen op het komende jaar. Op mondiaal niveau was het jaar 2025 het jaar van de waarheid. We kwamen tot de constatactie dat menselijke samenhangbaarheid blijkbaar geen algemeen goed is om na te streven: het eigen belang heeft in de praktijk voorrang op recht en rede. Waarheid en rechtvaardigheid zijn ondergeschikt aan eigen belang en voordeel. We werden ook een aantal illusies armer. Het Europees model van langzame diplomatie en zoeken naar consensus in een democratische constructie ligt sterk onder vuur en wordt onderuit gehaald. Het kapitalisme botst op zijn grenzen. Almachtige actoren hebben het mondiaal voor het zeggen. Hun business is gericht op persoonlijke verrijking en macht. We komen stilaan in een nieuwe wereld terecht, waar nieuwe afspraken dringend nodig zijn. Hoe dat moet verlopen is moeilijk in te schatten. We zien vele landen aarzen

naar de nieuwe toekomst kijken. Ze proberen voet aan de grond te krijgen in een moerassige ondergrond. Arme landen voelen zich verraden en zijn hun vertrouwen kwijt. Er heerst mondiaal een ijzige stilte, ongelof en lijdzaamheid.

De hele toestand doet denken aan Bijbelse verhalen over de Joden in ballingschap in het tweestromenland, en de profeten die na verdoeming en ballingschap wederopstanding prediken en een nieuwe toekomst voorspellen. De tekst van de profeet Jesaja (9:2) – zo prachtig gezongen in de Messiahs van Georg-Friederig Händel: "the people that walked in darkness have seen a great light; and they that dwell in the land of the shadow of death, upon them hath the light shined". We hebben een nieuw licht nodig.

Dit brengt ons naar de wensen voor de toekomst. Een nieuw licht? Het woord doet ook denken aan de verlichting van de 18de eeuw: de verlichting of 'de

Eeuw van de Rede' was een cultureel-filosofische en intellectuele stroming in de 18de eeuw. Zij veranderde ons mens- en wereldbeeld volledig. De propagandisten ervan bestreden het bijgeloof, obscurantisme, misbruik van recht in kerk en staat, intolerantie en kwamen op voor zekere grondrechten.

In Vlaanderen is het afgelopen jaar hard gewerkt aan een herbronning van de palliatieve zorg. De verschillende netwerken - over het Vlaamse land verspreid - werken aan een gezamenlijke structuur en visie. Ze werken aan kwalitatieve verbetering en onderlinge samenwerking. Dit proces wordt in een meerjarenplan stap voor stap gerealiseerd en wordt met de Vlaamse overheid besproken.

We wensen al onze lezers een nieuwe hoop op het toekomstige jaar 2026.

Dr. Dominique Dewilde
Voorzitter Panal vzw



Geert Lox, apotheker

'Ik probeer iedereen met een glimlach naar buiten te laten gaan'

Geert Lox werkt al meer dan 40 jaar als apotheker. In zijn apotheek in Kessel-lo heeft hij al heel veel zien veranderen en evolueren. De moeite voor ons om hem te vragen over zijn werk voor palliatieve patiënten en hun omgeving.

Hoe evolueerde jouw werk als apotheker tijdens deze lange loopbaan?

Geert Lox: "Doorheen de jaren is er veel administratie, registratie en controle bij gekomen. Ook het zorglandschap is sterk veranderd. Ik heb al veel vreugde en verdriet mogen meemaken en zelf al heel wat leuke mensen moeten afgeven. Daarom bekijk ik elke dag als een geschenk en ben ik dankbaar voor wat ik heb. Ik probeer ook om iedereen met een glimlach naar buiten te laten gaan."

Welke rol speel je als apotheker in het begeleiden van palliatieve patiënten en hun families bij pijnbestrijding?

Geert Lox: "Mensen moeten niet nodeloos lijden. Pijn is niet alleen zwaar voor de patiënt zelf, maar ook voor de omgeving. Het is hartverscheurend om een geliefde in ongemak te zien en je machteloos te voelen. Gelukkig is pijn vaak goed te behandelen, mits het juiste product in de juiste dosis wordt gebruikt. Toch zijn veel zorgverleners voorzichtig met pijnmedicatie. Ze maken zich zorgen over ademhalingsproblemen of bijwerkingen, waardoor patiënten soms minder krijgen dan nodig. Patiënten zelf lijken daar minder bang voor. Ze begrijpen dat pijnstilling belangrijk is voor hun comfort en weten dat ze met vragen altijd bij hun vertrouwde apotheker terecht kunnen. Wij begeleiden hen daarbij actief: we leggen het gebruik uit, wijzen op mogelijke bijwerkingen en zorgen dat ze zich veilig voelen bij hun behandeling."

Zijn apothekers van wacht uitgerust en voorbereid om snel te handelen bij acute problemen bij palliatieve patiënten?

Geert Lox: "Wij hebben een verplichte medicatieset met onder

andere midazolam®, metoclopramide, morfine® en andere middelen om acute noden op te vangen. Apothekers van wacht kunnen hier altijd op terugvallen, dit is wettelijk verplicht. Daarnaast kunnen tijdens de wachtdienst bestellingen bij de groothandel worden geplaatst, ook in het weekend. Natuurlijk zijn er soms beperkingen en kan een levering pas de volgende dag plaatsvinden, maar we doen er alles aan om patiënten zo snel mogelijk te voorzien van wat ze nodig hebben."

Op welke manier verschilt je contact met de patiënt van je contact met de mantelzorger?

Geert Lox: "Bij ons gaat het niet alleen om het bezorgen van medicatie. We begeleiden patiënten ook intensief – vaak tot het einde van hun leven. Die begeleiding start meestal bij de patiënt zelf, maar na verloop van tijd spreken we steeds vaker de mantelzorger. Soms kan de patiënt niet langer zelf naar de apotheek komen door de voortgang van de ziekte."

Het zorglandschap is sterk veranderd. Ik heb al veel vreugde en verdriet mogen meemaken en zelf al heel wat leuke mensen moeten afgeven. Daarom bekijk ik elke dag als een geschenk.

Geert

"Mantelzorgers staan vaak dag en nacht klaar. Ze geven veel van hun vrije tijd op en zetten hun leven volledig in het teken van de ander. Het is ook onze taak om hen te ondersteunen en te erkennen. Hen laten



weten dat ze goed bezig zijn en hen een hart onder de riem steken, kan echt het verschil maken. Na het overlijden merken we bij hen vaak een soort opluchting. Dat klinkt misschien vreemd, want het verdriet is natuurlijk groot. Maar tegelijkertijd stopt de constante stress en het continue zorgen. Het is een dubbel gevoel, waar ze zich soms zelfs een beetje schuldig over voelen. Vaak durven ze dit niet te delen met familie of vrienden, uit angst verkeerd begrepen te worden. Bij ons kan dat wel – zonder oordeel, gewoon een luisterend oor."

Jouw werk gaat verder dan medicatie alleen. Hoe begeleid je patiënten bij persoonlijke of moeilijke vragen?

Geert Lox: "Als apotheker krijg je vaak vragen die verder gaan dan medicatie alleen. Mensen weten niet altijd waar ze terecht kunnen voor tegemoetkomingen, zorgmaterialen of andere gezondheidsbehoeften – zeker ouderen, kwetsbare groepen of mensen die niet digitaal vaardig zijn. Dan is het onze taak om hen in de juiste richting te begeleiden. Een apotheek gaat eigenlijk verder dan alleen medicatie. We helpen ook met alles wat met gezondheid te maken heeft: van incontinentiemateriaal en bijvoeding tot mond- en lichaamsverzor-

ging of wondzorgproducten. "

"In de opleiding ligt de nadruk vooral op medicatie, maar in de praktijk merk je dat je veel breder moet kijken. Daarom is het belangrijk dat apothekers zich regelmatig bijschoolen en hun kennis up-to-date houden. Palliatieve zorg kwam vroeger nauwelijks aan bod in de opleiding. Je moest dit zelf ontdekken door ervaring op te doen en in contact te komen met mensen. Het is daarbij essentieel dat je durft te communiceren over moeilijke onderwerpen. Mensen stellen soms heel persoonlijke of intieme vragen. De schroom neemt gelukkig af, maar blijft aanwezig. Het is erg belangrijk dat je deze vragen met discretie en respect behandelt."

Wat zou je graag nog meegeven aan onze lezers?

Geert Lox: "Een goede samenwerking tussen huisarts, apotheker, thuisverpleegkundige en thuiszorgdiensten is heel belangrijk. Vaak wordt medicatie ook door hen afge-

haald en merken zij nieuwe klachten bij de patiënt op. Samen kunnen we dan oplossingen bespreken en de zorg afstemmen. Communicatie tussen zorgverleners in palliatieve zorg is cruciaal. Wij zijn niet altijd op de hoogte of een patiënt palliatief is. Soms delen patiënten of mantelzorgers dit nieuws zelf, maar soms gaan ze ervan uit dat wij dit via andere kanalen te weten komen.

Het is een echte meerwaarde voor ons om dit te weten, zodat we optimale zorg kunnen bieden. Laat dit een oproep zijn aan alle zorgverleners: betrek de apotheker zeker bij palliatieve zorg."

Bedankt voor dit boeiende interview!

*Ellen Cumps,
Vormingsverantwoordelijke*



AANRADER: e-Learnings

Wens je op een laagdrempelige en kosteloze manier meer te leren over enkele actuele thema's in palliatieve zorg? Vijf collega-netwerken (PHA, Pallion, PNM, Coda vzw en PNAT) werkten het afgelopen jaar aan **vijf online opleidingen** waarin o.a. **veel gebruikte begrippen** worden uitgelegd, je een **helder inzicht** krijgt in **feiten** en een **aantal mythes onder de loep** genomen worden:

- "Als een palliatieve zorgvrager niet meer goed eet, geven we standaard bijvoeding."
- "Spiritualiteit zit in het dagdagelijkse leven van mensen."
- "We mogen kinderen en jongeren niet belasten met palliatieve zorg en verlies."
- "Palliatieve sedatie is altijd een keuze van de zorgvrager."
- "Morfine versnelt het stervensproces."

Je kan de e-learnings terugvinden op <https://pha.be/online-opleidingen/> en ze op eigen tempo doornemen.

**Zoek je meer verdieping na het voltooien van deze opleidingen?
Raadpleeg dan ons vormingsaanbod op <https://www.panal.be/vormingen/>.**

Kortademigheid behandelen

Kortademigheid of dyspnoe is één van de meest belastende symptomen bij patiënten in de palliatieve fase. Patiënten beschrijven het als een gevoel van "luchttekort" of "niet genoeg kunnen ademen", een ervaring die een onaangenaam en angstwekkend gevoel kan geven. Hoewel dyspnoe zelden levensbedreigend is op korte termijn, wordt het door patiënten en hun naasten vaak als bedreigend ervaren. De zorgverlener staat dan voor de uitdaging om zowel de fysieke als de emotionele dimensie van dit symptoom te benaderen.

Dyspnoe komt voor bij ongeveer 35% van de palliatieve kankerpatiënten maar de incidentie loopt op tot 70% bij longkanker, 94% bij terminaal COPD en 72% bij terminaal hartfalen.

Wat is dyspnoe?

De richtlijnen van Palliative België/Nederland definiëren dyspnoe als "de bewuste ervaring van een verstoorde ademhaling of het gevoel dat de ademhaling tekortschiet". Het gaat dus om een subjectieve ervaring, waarbij het subjectieve beleven van dyspnoe niet noodzakelijk overeenstemt met meetbare parameters zoals zuurstofsaturatie of prestatievermogen. Zoals bij pijn geldt ook bij dyspnoe: "De patiënt is zo kortademig als hij zelf zegt dat hij is".

Fysiologie en pathofysiologie

De ademhaling is een complex samenspel tussen het ademhalingscentrum in de hersenstam, chemoreceptoren die gevoelig zijn voor O_2 - en CO_2 -spiegels, en mechanoreceptoren in de borstwand, longen en ademhalingsspieren.

Bij ziekte kan dit evenwicht verstoord zijn. De hersenen registreren een onevenwicht tussen de ademhalingsinspanning en de verkregen ventilatie, wat leidt tot de bewuste ervaring van ademnood. Daarnaast spelen **psychologische factoren** (angst, vermoeidheid, vroegere negatieve ervaringen) en **contextuele factoren** (omgeving, aanwezigheid van naasten, houding) een belangrijke rol in de beleving van dyspnoe.

Oorzaken van dyspnoe in de palliatieve fase

Dyspnoe is vaak multifactorieel. De onderliggende oorzaken kunnen zowel pulmonale als extrapulmonale oorsprong hebben:

- **Toegenomen ademarbeid:** obstructie van de luchtwegen, pleuravocht, longembolen, thoraxwandmetastasen.
- **Zwakte van ademhalingsspieren:** cachexie, ALS en andere neuromusculaire aandoeningen.
- **Afgenomen ventilerend oppervlak:** atelectase, longmetastasen, lobectomie, fibrose na radiotherapie of chemotherapie.
- **Toegenomen ventilatoire behoefte:** anemie, koorts, acidose.
- **Cardiale oorzaken:** overvulling, hartfalen, pericarditis.
- **Psychogene factoren:** angst, hyperventilatie, paniek.
- **Longaandoeningen:** COPD of longinfecties.

Diagnostiek: luisteren en observeren

Omdat dyspnoe een subjectieve ervaring is, blijft klinische evaluatie en luisteren naar de patiënt het belangrijkste. Een numerieke schaal (0-10) of VAS-score en een dagboek kan helpen om de ernst te kwantificeren en het effect van interventies te beoordelen. Aanvullende onderzoeken (zoals saturatiemeting, labo of beeldvorming) worden enkel uitgevoerd als ze haalbaar zijn en therapeutische consequenties hebben.

Stervensfase: Gezien desaturatie bij het stervensproces hoort, heeft het in deze fase ook geen zin om routinematig de saturatie te blijven meten. Het beleid is dan volledig gericht op comfort en symptoomcontrole.

Communicatie en begeleiding: de angst erkennen

Vaak hebben patiënten die te maken krijgen met dyspnoe in de palliatieve fase angst om te 'stikken'. Voorlichting hierover is cruciaal: verstikking (acute afsluiting van de bovenste luchtwegen) komt in de terminale fase bijna nooit voor. Naarmate CO_2 opstapelt daalt het bewustzijn, waardoor het gevoel van ademnood afneemt. Is er door de onderliggende pathologie toch een reëel risico op verstikking, dan wordt best tijdig de mogelijkheid van een (acute) palliatieve sedatie besproken en worden de nodige voorbereidingen gedaan om snel te kunnen handelen wanneer de situatie zich voordoet.

Door empathisch te luisteren, de angst te erkennen, te anticiperen op mogelijke problemen en praktische handreikingen te geven, kan men als zorgverlener veel gemoedsrust brengen. Het betrekken van familie en mantelzorgers is hierbij essentieel. Gesprekken over het te verwachten ziekteverloop en de mogelijkheden van palliatieve zorginterventies zijn even belangrijk als het



in de palliatieve thuiszorg

verzekeren van de continuïteit van de zorg en een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt en de mantelzorgers waar zij 24/7 terecht kunnen met hun vragen. (Hierbij verwijst ik graag naar de artikels "Goede palliatieve zorg is teamwerk deel 1 en 2" van Panal Nieuws 03/2025 en 06/2025).

Behandeling van de onderliggende oorzaak

Wanneer de levensverwachting dit toelaat en de patiënt deze interventies wenst, kan het zinvol zijn om **reversibele oorzaken** te behandelen:

- Radiotherapie of chemotherapie bij obstructieve tumoren
- Tracheotomie of bronchiale stent bij luchtwegobstructie
- Antibiotica bij pneumonie
- Anticoagulatie bij longembolie
- Punctie/ drainage bij vochtcollecties of pneumothorax
- Stent of radiotherapie bij vena cava superior syndroom
- Bloedtransfusie bij symptomatische anemie

Deze interventies zijn enkel aangewezen indien ze een reëel comfortvoordeel opleveren en de algemene toestand van de patiënt dit toelaat.

Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling

In de thuiszorgcontext vormen houdings- en omgevingsaanpassingen, samen met ondersteunende communicatie, belangrijke pijlers van de comfortzorg.

- **Houding:** halfzittend of vooroverleunend met steun voor armen en nek. Hierdoor worden de hulpademhalingsspieren efficiënter ingezet.
- **Frisse lucht:** afkoeling van het gelaat door een ventilator of open raam geeft vaak directe verlichting.
- **Ademhalingskiné en ergotherapie:** aanleren adequate ademhalingstechniek en ontspanningsoefeningen. Advies over mobiliteit, transfers en hulpmiddelen.
- **Balans tussen rust en activiteit:** aanpassen lichamelijke activiteit aan inspanningscapaciteit.
- **Omgeving:** koel, goed verlucht, luchtbevochtiging om uitdroging van slijmvliezen te voorkomen.
- **Zuurstof:** toediening (neusbril of masker 1 tot max. 5L/min) is enkel bij bewezen hypoxemie zinvol. Bij normoxische patiënten is het effect beperkt. Uitzonderingen: bij COPD kan langdurige zuurstoftoediening de overleving verlengen. ALS-patiënten kunnen baat hebben bij zuurstof onder positieve druk. Sowieso kan zuurstof een gunstig placebo-effect hebben bij dyspnoe.
- **Aspireren:** enkel zinvol bij tracheacanule; anders vermijden wegens belasting en kortdurend effect.

Medicamenteuze behandeling

1. Opioiden

Morfine is het meest effectieve medicament in de symptomatische behandeling van dyspnoe in de palliatieve setting. Het vermindert het gevoel van ademnood in rust.

- **Opioid-naïeve patiënt:** start met Morfine 2,5–5 mg s.c. om de 4 uur of 5–10 mg oraal.
- **Titratie:** verhoog de dosis met 50% tot gewenst effect.
- **Onderhoud:** zodra de 24-uursbehoefte bepaald is, kan worden overgeschakeld naar een slow-release-preparaat of continue subcutane toediening via een spuitdrijver.
- **Doorbraakdyspnoe:** geef 1/6 van de dagdosis als snelwerkend preparaat.
- **Laxativa** standaard voorzien.
- **Bij COPD of neuromusculaire aandoeningen** is er een beperkt gevaar voor hypercapnie en bewustzijnsdaling t.g.v. hypoventilatie. Doseringen tot 30 mg p.o./dag zijn normaal gezien veilig indien niet gecombineerd met sedativa.

Buiten morfine subcutaan zijn volgende combinaties van opioiden mogelijk (langwerkend-snelwerkend):

- Morfine oraal: MS contin® 2x/dag - MS direct® als doorbraakdosis
- Oxycodone: Oxycodone® 2x/dag - Oxynorm® als doorbraakdosis
- Fentanyl: Durogesic® /3 dagen - Oxynorm® of MS direct® als doorbraakdosis

2. Corticosteroïden

Indicaties: centrale luchtwegobstructie, lymfangitis carcinomatosa, pneumonitis na radiotherapie of chemotherapie, vena cava superior syndroom.

Effect: Afname van oedeem en zwelling, anti-inflammatoir.

- Methylprednisolone (Medrol®) 16–64 mg/d p.o.
- of Dexamethasone 5–10 mg/d (Acidexam® s.c. of magistrale gelulen p.o.)
- Verhouding Dexamethasone: Methylprednisolone = 1: 6
- Maagprotectie
- Toediening 's ochtends (circadiaan ritme)
- Effect evalueren na 5 - 7 dagen en indien mogelijk afbouwen tot laagst effectieve dosis.

3. Anxiolytica en sedativa

Indicatie: dyspnoe gepaard met angsten/spanning. Vaak gebruikt in combinatie met opioiden.

Effect: Ontspanning, spierrelaxatie

- Lorazepam (Temesta®) 0,5–2,5 mg p.o. of sublinguaal
- Alprazolam (Xanax®) 0,25–1 mg p.o.
- Midazolam 2,5–5 mg s.c. zo nodig, of 15–30 mg/24 u continu bij terminale dyspnoe

4. Bronchodilatoren en mucolytica

- Bij bronchiale obstructie door COPD of bronchospasmen kunnen aerosols met **salbutamol en ipratropiumbromide** (4–6x/dag) verlichting bieden.
- Bij taaie secreties kan kortdurend (1–2 dagen) **acetylcysteïne** (amp. 200mg aangevuld met NaCl 0,9% tot min. 4ml) verneveld worden: 30 min na bronchodilatatie en enkel bij patiënten die nog effectief kunnen ophoesten in combinatie met ademhalingskiné.

5. Palliatieve sedatie

Bij **refractaire dyspnoe** die ondanks optimale behandeling niet draaglijk is, kan in de laatste levensfase **continue of intermitterende sedatie** met midazolam worden overwogen, rekening houdend met de voorwaarden. (cfr. Palliative richtlijn palliatieve sedatie)

Psychosociale en existentiële dimensie

Het gevoel van ademnood confronteert patiënten en hun omgeving rechtstreeks met het levenseinde. De ervaring van benauwdheid raakt aan gevoelens van controleverlies, angst om te sterven en existentiële vragen.

Aanwezig zijn, rust geven en het bespreekbaar maken van angsten en levenseindevragen, zijn minstens even belangrijk als medicamenteuze interventies. Iedere zorgverlener en mantelzorger kan hierin een verschil maken. Wanneer angst of existentiële vragen blijven wegen, kan ondersteuning door een psycholoog of spiritueel/pastoraal begeleider waardevol zijn.

Conclusie

Dyspnoe is een complex, maar goed behandelbaar symptoom in de palliatieve fase.

Een holistische benadering – met aandacht voor lichamelijke, psychische en existentiële dimensies – is essentieel. Het doel blijft niet de ademhaling te normaliseren, maar het lijden te verlichten en comfort te bieden. Een aangepaste lichaamshouding, frisse lucht en open communicatie zijn even belangrijk als medicamenteuze ondersteuning. Voor de zorgverlener betekent dit: durven luisteren, uitleg geven en met kennis én empathie nabij blijven.

Katharina Lobisch
Equipearts van Panal

Bronnen

- "Richtlijnen palliative België en Nederland"
- <https://palliatievezorgvlaanderen.be/palliative/richtlijnen/>
- <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn>
- *Palliatieve zorg in de praktijk. Zakboek voor zorgverleners. Palliatief support team UZ Leuven. Johan Menten en medewerkers.*
- BCFI: <https://www.bcfi.be/nl/>
- PalliArts app



Ken je LEA nog?

LEA, LevensEinde App, is een praktisch hulpmiddel voor artsen en zorgverleners in de zorg voor ernstig zieken en hun naasten en bij het ondersteunen van hun keuzes. Ze focust op **palliatieve zorg** en **levenseindebeslissingen**, met **respect voor de wil** van de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

LEA helpt met:

- een overzicht rond pijn- en symptoomcontrole
- een conversietabel opioïden
- informatie over alle mogelijke levenseindebeslissingen (inclusief palliatieve sedatie)
- voorafgaande zorgplanning met het LEIF-plan
- communicatietips voor gesprekken rond het levenseinde
- de LEIF-draad voor artsen (leidraad voor een zorgvuldige uitvoering euthanasie)
- een overzicht van de palliatieve voorzieningen

LEA is gratis te installeren.

Ga op je smartphone naar <https://www.levenseindeapp.be> en voeg LEA toe aan je startscherm (voor iPhone, via het rechthoekje met pijltje naar boven; zet op beginscherm, voor andere smartphone via de 3 puntjes rechts bovenaan)



LEA is een initiatief van het Forum Palliatieve Zorg vzw en LEIF vzw. Ze behoren tot W.E.M.E.L., het Expertise-centrum 'Waardig LevensEinde' verbonden aan het UZ Brussel, te Wemmel.

PERSENEELSNIUWS

- **Melissa Santervas**, maatschappelijk werker, versterkt sinds 1 december onze organisatie als medewerker deskundigheidsbevordering. Zij is bereikbaar via het algemene nummer van Panal 016/23 91 01 of msantervas@panal.be.

ZOEKERTJE

De onthaalvrijwilligers verzorgen bij Panal het telefonisch onthaal. Zij zorgen ervoor dat de medewerkers zich op hun taken kunnen concentreren en dat een vriendelijke stem de families en de hulpverleners met de juiste persoon doorverbindt. Daarnaast zijn er lichte administratieve en ondersteunende taken zoals plooi- en kopieerwerk, post verzenden, vergaderzalen klaarzetten en afruimen, de keuken op orde houden, koffie voorzien...

Wij hebben een vacature voor een **onthaalvrijwilliger op maandagnamiddag**.

Interesse? Neem dan contact op met Ingrid Bevers via 016/23 91 01 (tijdens de kantooruren) of via vragen@panal.be.

VLOT OMZETTEN VAN MEDICATIE IN PALLIATIEVE ZORG

Donderdag 12 maart 2026 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.

BASISCURSUS PALLIATIEVE ZORG

De volgende **basis cursus palliatieve zorg** voor **professionele hulpverleners** start op **26 januari 2026**.

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, spirituele zorg, omgaan met afscheid en rouw, medisch begeleid sterven, vroegtijdige zorgplanning en praktische info omtrent het overlijden.

Cursisten die een basismodule hebben afgerond, kunnen daarna aansluiten bij de verdiepende module.

De lessen hebben telkens plaats op **maandagnamiddag van 13u15 tot 16u30** in **ETF (Evangelische Theologische Faculteit), Sint-Jansbergsesteenweg 97 te 3001 Heverlee**. De kostprijs bedraagt 620 euro.

De basis cursus palliatieve zorg is erkend voor het Vlaams Opleidingsverlof en voor de KMO-portefeuille.

WEBINAR

GASTRO-INTESTINALE KANKERS

Donderdag 12 februari 2026 van 20u00 tot 22u00

Kankers van het spijsverteringsstelsel omvatten een hele reeks tumoren gaande van de slokdarm en de maag over tumoren van de lever, de pancreas, de dunne darm, de dikke darm en de endeldarm. Ze komen vaak voor en er zijn heel wat behandelingen, maar voor een aantal patiënten is genezen vanaf de diagnose of na een behandeltraject niet meer mogelijk. Wat dan? Wanneer start de palliatieve fase? Zijn patiënten (en hun familie) hierop voorbereid? Wat is de impact? Hoe kunnen we hen een goede pijn- en symptoomcontrole bieden?

Sprekers voor dit webinar zijn **Dr. Jeroen Dekervel**, gastro-enteroloog op de afdeling digestieve oncologie UZ Leuven en **Margaux Huon**, diëtist oncologie in UZ Leuven.

Dit webinar is bedoeld voor zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, ...) en kost 40 euro.

Accreditering voor artsen werd aangevraagd in rubriek 6 (ethiek en economie).

P.S. Kan je niet aanwezig zijn op 12 februari? Schrijf je dan ook in! We sturen je dan de opname door zodat je het webinar kan bekijken wanneer het jou past.

PALLIATIEVE ZORG VOOR VRIJWILLIGERS

Introductiedag voorjaar 2026

Wil je aan de slag als vrijwilliger bij palliatieve patiënten thuis, op een palliatieve eenheid of in een hospice? Panal organiseert twee keer per jaar een introductiedag waar je de nodige informatie en handvaten krijgt aangereikt om te starten als vrijwilliger. Daarnaast voorzien wij in de loop van het jaar een open aanbod aan navorming waar je als vrijwilliger aan kan deelnemen.

De introductiedag van het voorjaar vindt plaats op **donderdag 5 maart 2026 van 9.30u tot 16.00u** in **ETF (Evangelische Theologische Faculteit), Sint-Jansbergsesteenweg 97 te 3001 Heverlee**.

De kostprijs bedraagt 70 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.

DIENTVERLENER VOOR DE KMO-PORTEFEUILLE

Panal vzw is een geregistreerde dienstverlener voor opleidingen in het kader van de KMO-portefeuille (registratienummer DV.0245206).

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

MEER INFO INSCHRIJVEN

Voor meer informatie over deze opleidingen kan je onze vormingsbrochure raadplegen op www.panal.be of bellen tijdens de kantooruren op het nummer 016-23 91 01. Inschrijven voor bovenstaande vormingen kan bij voorkeur online op onze website www.panal.be/vormingen/ of via mail aan vragen@panal.be.

VOLG ONS OP FACEBOOK!



Vormingsbrochure 2026

Check onze website www.panal.be/vormingen voor het vormingsaanbod van 2026!