België - Belgique
P.B.
ANTWERPEN X
8/2854

# INFO-PHA

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw
Verschijnt driemaandelijks
Afgiftekantoor Antwerpen X

*Jaargang 12 - Nummer 1*
*maart - april - mei 2006*

## Colofon

### Redactieraad
dr. Noël Derycke, hoofdredacteur
Tine De Vlieger
dr. Jos Van Bragt

### Redactiesecretariaat
Info PHA - Redactie
UA Campus Drie Eiken, S 1
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk
www.pha.be

### Werkten mee aan dit nummer
Silvia Peeters (vormingsverantwoordelijke en psychologe PHA),
dr. Noël Derycke (stafmedewerker en equipearts PHA),
Live Van Goethem (vrijwilligerscoördinator PHA)

### Vormgeving
Jeroen Porters

### Verantwoordelijk uitgever
dr. Jos Van Bragt
Zandhovensteenweg 11
2520 Oelegem

Info PHA verschijnt viermaal per jaar.


De redactie behoudt zich het recht om ingezonden teksten aan te passen en eventueel in te korten. Iedere auteur blijft verantwoordelijk voor het artikel dat hij of zij ondertekent. Geheel of gedeeltelijke reproductie is toegelaten mits vermelding van de bron.

# Voorwoord

## Le calme plat?

Orson Welles liet ooit, via de acteurs in zijn monumentale film 'The Third Man', aan de wereld weten dat hij geen hoge pet op had van rust en vrede. Eeuwen van deze rust en vrede hadden volgens hem voor Zwitserland geen grootse verwezenlijkingen opgeleverd. Alleen de koekoeksklok! Afgezien van het feit dat deze koekoeksklok volgens mij geboren is in het Zwarte Woud, kan ik mij wel in deze boutade vinden. Maar tegelijk moet mij van het hart dat ik de gewraakte rust en vrede binnen PHA verre verkies boven grootse daden in tumultueuze tijden.

Het levert allicht weinig stof voor *editorialen*; maar rustig, volgehouden kwalitatief goed werk zoals wij momenteel dagdagelijks kunnen leveren, kan alleen in een veilige sfeer, met liefst zo weinig mogelijk stoorzenders van buitenaf. Wat ik met de lange aanloop naar mijn betoog wilde zeggen …

Maar er is een andere boutade die zegt dat, als je je niet met politiek bemoeit, deze politiek zich wel met jou zal gaan bemoeien! En ja: er is een politiek project om de euthanasiewet uit te breiden naar kinderen en dementerenden. Gedurende de initiële debatten en besprekingen in de media is de focus eerder naar de dementerenden opgeschoven. Wat in niets de schijnbare urgentie van het project heeft verminderd. Ben ik de enige die twijfelt aan het nut van deze haast om een nog niet '*ver-innerlijkte*' euthanasiewet - die in de voorbije jaren ook niet werkelijk is verfijnd of verbeterd - dringend uit te breiden? Ben ik mis als ik denk dat zulke onnodige haast weer een gebrekkige wet zal opleveren voor beide belanghebbende groepen mensen?

Het actuele euthanasie/moord/doodslagproces tegen een verpleegkundige liet reeds enige, op zijn minst betwistbare, acties en uitspraken van zogenaamde '*opinion leaders*' noteren waarmee de innerlijke stabiliteit, de emotionele draagkracht en de inzet van palliatief verzorgenden onnodig worden verstoord. Rust zei ik? Gelukkig getuigen de diverse reacties op de afloop van het proces van een meer genuanceerde visie over palliatie cum euthanasie bij de dramatis personae. Palliatie komt versterkt uit de debatten.

Minister Vervotte heeft de subsidie van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen flink verhoogd. Verhoging waarmee de regionale opleidingen in palliatieve zorg moeten worden bekostigd. Mooi van de minister. Moet met twee handen worden toegejuicht. Daarnaast heeft het beleid een convenant afgesloten met de Federatie. De palliatieve zorg moet uitgebreider en exacter dan nu het geval is, worden geregistreerd en daarvoor moet een computersysteem worden ontworpen. Ook moeten de lokale en locoregionale opleidingsinitiatieven gecoördineerd worden met hun regionale - lees Vlaamse - tegenhangers.

Voor beide taken, evenals voor het inhoudelijk ondersteunen van de palliatieve cultuur bij het ministerie, zal de Federatie beroep moeten doen op de medewerking van de netwerken. Dit vraagt om duidelijke afspraken. Inzet van mensen en middelen naast de reeds zware palliatieve kerntaak van de netwerken is geen evidentie. Rust zei ik? Maar solidair werken aan de uitbouw van de palliatieve cultuur is dat dan weer duidelijk wel!

Om haar daadkracht te versterken heeft de Federatie de overlegtactiek met de netwerkcoördinatoren versterkt. Alle netwerken functioneren niet op dezelfde manier, noch op hetzelfde niveau. Er wordt zeker niet aangestuurd op uniformiteit en de autonomie van de netwerken wordt benadrukt. Toch vraagt dit nauwe aandacht van onze Raad van Bestuur.

Weer eens: rust zei ik? Maar anderzijds: ledigheid is het oorkussen van de duivel.

JVB

# PHA IN 2005

*dr. Noël Derycke*

Uit de toespraak van de algemeen coördinator, mevrouw Tine DE VLIEGER, op de nieuwjaarsreceptie van PHA op 19 januari 2006.

Op 14 juli 2005 overleed de grondlegster van de palliatieve zorg: Dame Cicely Saunders. Allen zijn we haar schatplichtig. Door haar inzicht en inzet is palliatieve zorg in de wereld en in Vlaanderen weer mogelijk geworden.

We gaven speciale aandacht aan de 'eerstelijn': PHA richtte een interne werkgroep op om de samenwerking met de 'eerstelijn' meer zichtbaar te maken, om nieuwe partners en collega 's te benaderen en om deze uit te nodigen tot samenwerking.
Als netwerk voor palliatieve zorg krijgen we van de overheid de opdracht om hulpverleners te ondersteunen in hun zorg bij palliatieve patiënten. Voor ons netwerk PHA betekent dit het verspreiden van de palliatieve zorgcultuur binnen onze geografisch afgebakende regio door het informeren, het sensibiliseren, het geven van opleiding en navorming, het opstellen en afsluiten van samenwerkingsprotocollen.

Onze multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) heeft als taak om de noden van de palliatieve patiënten te beluisteren, de zorgvragen te exploreren en te analyseren en om de patiënten, samen met hun naasten, bij te staan in hun oriëntatie naar een gepaste (op hun maat) palliatieve zorg. Daarnaast ondersteunt de MBE de betrokken hulpverleners Dit kan door hen advies te geven over aspecten van de palliatieve zorg. Dit kan ook door een bijdrage te leveren in de organisatie en coördinatie van de zorg.

De huisarts als '*gate-keeper*' draagt hier een belangrijke verantwoordelijkheid. Het blijft dan ook onze opdracht om deze huisarts maximaal te ondersteunen en hem mee te helpen deze verantwoordelijkheid te dragen.

Voor het netwerk blijven er nog voldoende uitdagingen: hoe de ruime toegankelijkheid die het netwerk palliatieve zorg heeft, bestendigen? Hoe kunnen we de palliatieve zorgfilosofie verder vertalen in het werkveld? Hoe kunnen we blijvend een kwaliteitsvolle zorg op maat aanbieden aan de palliatieve patiënten? Hoe kunnen we verder bouwen aan een stevige

samenwerking en afstemming tussen de vele initiatieven en projecten in palliatieve zorg?

**Wat PHA in 2005 ondermeer realiseerde:**

- 691 aanmeldingen voor ondersteuningen in zorgtrajecten;
- 86 spuitaandrijvers werden uitgeleend in functie van pijn- en symptoomcontrole;
- een stijging van de vormingsaanvragen op maat, maar minder intekeningen voor georganiseerde eigen vormingen;
- uitnodiging aan en ook bezoek van de 13 huisartsenkringen uit ons werkingsgebied;
- de uitzending over het palliatieve zorglandschap in Antwerpen, uitgezonden op ATV;
- de herwerkte website van PHA www.pha.be;
- kennismakingsdriedaagse in palliatieve zorg voor anders paramedisch geschoolden;
- het oprichten van de werkgroep thuisverpleegkundigen en de werkgroep kinesisten;
- het opmaken van een informatiepakket voor studenten over palliatieve zorg in samenwerking met de palliatieve eenheden;
- PHA organiseerde mee het 2de Vlaamse Congres Palliatieve Zorg en dit in opdracht van de werkgroep research van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen;
- het charter van de verpleegkundige in palliatieve zorg;
- de blijvende belangeloze inzet van onze vrijwilligers: zij kleuren de zorg met begrip, geduld en veel liefde;
- de contacten met de collega's van palliatieve support teams in de ziekenhuizen, in de RVT's en ROB's en in de instellingen waar personen met een handicap verblijven;
- het rouwzorgaanbod werd gefinaliseerd en maakt nu deel uit van de dienstverlening PHA;
- ... .

**Wat de algemeen coördinator belangrijk vond in 2005**

- Het verder groeien als team;
- het vertrouwen van velen in onze deskundigheid;
- de vele tevreden patiënten en dankbare nabestaanden;
- de gedrevenheid van onze medewerkers om er voor te gaan, erin te vliegen, hun kwaliteiten in te zetten en om kritisch te reflecteren over ons aanbod en onze werking.

**!? PHA in 2006 ?!**

*'Ik start 2006 met een geloof in de kracht van het PHA-TEAM. Palliatieve patiënten en hun naasten verwachten en verdienen de beste zorg: niet te weinig, niet teveel, niet te snel, maar zeker niet te laat. Voor PHA als netwerk en equipe blijft het de opdracht hierin maatwerk te realiseren doorheen samenwerking en doorverwijzing.'*

# Op bezoek bij de buren

*Silvia PEETERS, Dr. Noël DERYCKE*

**Palliatief Netwerk arrondissement Mechelen vzw (PNM)**
Willem Rosierstraat 23 2800 Mechelen
Tel.: 015 41 33 31
Fax: 015 43 09 77
Web: www.palliatief-netwerk-mechelen.be
E-mail: pnm_griet@hotmail.com

In deze nieuwe serie gaan we op bezoek bij de verschillende netwerken in Vlaanderen. We hebben aandacht voor hun geschiedenis, huidige werking en plannen voor de toekomst.

## Werkingsgebied

Het arrondissement Mechelen omvat de volgende gemeenten: Berlaar, Bonheiden, Bornem, Duffel, Heist-op-den-Berg, Lier, Mechelen, Nijlen, Putte, Puurs, Sint-Amands, Sint-Katelijne-Waver,Willebroek.
Het werkingsgebied telde op 01/01/2004 309 865[1] inwoners.

## Historiek

Verpleegkundigen en artsen startten in 1994 met een lokaal initiatief SIRIUS waarbij artsen, verpleegkundigen en andere geïnteresseerden werden samengebracht om de palliatieve gedachte in de regio uit te dragen. Wanneer de Vlaamse overheid in 1995 - 1996 initiatieven tot netwerkvorming in de palliatieve zorg wilde erkennen en subsidiëren, was het vanuit dit lokaal initiatief dat stappen werden ondernomen om tot een erkend en gesubsidieerd netwerk te komen voor het arrondissement Mechelen. Op 01/09/1996 werd de vzw Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen (afgekort PNM) opgericht. Sonja Dirickx werd de eerste coördinator.

In 1999 werd aan het netwerk ook de

[1] Bron: http://www.vlaanderenbe/statistiek

multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) toegewezen. Met deze stelselmatige uitbreiding kwam er nood aan een andere locatie. De eerste 5 jaar was PNM gehuisvest in twee, niet meer gebruikte 'moederhuiskamers' van het toenmalige A.Z. Ten Bosch te Willebroek. De personeelsuitbreiding, maar ook het appèl om meer centraal in het arrondissement vertegenwoordigd te zijn, deed het netwerk met de steun van het A.Z. Sint-Jozef (nu Sint-Maarten) uitwijken naar zijn huidige locatie: een statig herenhuis in de Rosierstraat te Mechelen.

## Logo

FALLIATIEF NETWERK MECHELEN

Het logo symboliseert de verbinding tussen de 13 hoofdgemeenten van het werkingsgebied. (Zij die er een sterrenbeeld of prikkeldraad (?) in zien, ijlen wellicht.)

## Tijdschrift:

'KEERPUNT' is het driemaandelijkse tijdschrift van het Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen. Het brengt nieuws over de organisatie en informatie over palliatieve zorgen en dit zowel voor hulpverleners als voor niet-professionelen.

## Team

1 coördinator, Griet Snackaert (1 VTE[2]);
1 verantwoordelijke thuiszorgequipe, Dan Gevels (1 VTE);
3 verpleegkundigen, Bart Stippelmans, Marleen Rosier, Sandra De Haes (2,1 VTE);
1 psycholoog, Ilse Jans (0,5 VTE);
1 medisch coördinator, Dr. Lucas Ceulemans (0,16 VTE);
1 administratief medewerker, Clair Van den Bogaert, (0,66 VTE).

## Gesprek met Griet Snackaert

***S&N: Welke uitdagingen ziet u voor de toekomst?***

**Griet Snackaert**: We moeten de palliatieve gedachte blijven uitdragen zodat patiënten optimale palliatieve ondersteuning kunnen krijgen. Alhoewel het netwerk en zijn aanbod bij de meeste hulpverleners goed bekend is, blijven er bepaalde regio's in ons werkingsgebied die palliatief 'luw' zijn. Het telkens opnieuw sensibiliseren van zowel de bevolking als de hulpverleners blijft een belangrijk aandachtspunt in onze werking.

***S&N: Hoe doen jullie momenteel deze sensibilisatie?***

**Griet**: We blijven ingaan op vragen van organisaties, maar stappen ook actief naar de

KEERPUNT

Driemaandelijks nieuwsblad van Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen.
Jaargang 5/NR. 22/Maart - april - mei 2004
Afgifte kantoor: 2800 Mechelen — Erkenning : P206745

*Palliatieve zorg, cultuurgebonden?*

Edito

*Sterven, afscheid nemen van het leven is een heel persoonlijke zaak. Iedereen doet het op zijn manier of mij/mij na wit, zwart of geel is.*

De grootste uitdaging is te ontdekken welke de persoonlijke "cultuur" is van de zorgvrager, op welke manier hij wil afscheid nemen van het leven.

Je professionele bagage draag je als een rugzak en al naargelang de patiënt je eraan vraagt, haal je het nodige naar boven.

De basisprincipes van palliatieve zorg zijn overal gelijk; de manier waarop ze ingevuld worden kan variëren. Hoewel palliatieve zorg de zorg is voor de fysische, psychische, sociale en spirituele noden van patiënt en familie, is het spirituele luik in onze westerse wereld vaak de schakel waar het minst aandacht aan besteed wordt. In vele andere culturen echter heeft het geloof nog een belangrijke plaats in het leven van mensen. Dat geloof opent, maar sluit soms ook deuren.

In onze regionen zorgen de technische mogelijkheden thuis er vaak voor dat er kleine ziekenhuisstructuurtjes ontstaan in de huiskamer. Alles kan, alles mag, men beslist zelf op welke manier er gestorven wordt.

Door het ontbreken van goede eerstelijnszorg in bv. ontwikkelingslanden, ziet men dat de familie veel moet, mag en kan doen. Je hebt er voor de minder begoeden geen huisarts, thuiszorgkundige, familiehulp. Een opnameplaatsje in crisisstructuurtjes is vaak de enige uitweg. Toch heb ik vaak verbaasd gestaan van de inzet, de creativiteit en de solidariteit rond het ziekbed.

Palliatieve zorg verschilt inderdaad in verschillende culturen, maar misschien verschilt het evenveel van kamer tot kamer.

*Inge Bossuyt - Palliatief team UZ Leuven*

*Naima Aku Issa - Intercultureel bemiddelaar in het UZA - Antwerpen*

De functie "intercultureel bemiddelaar" wordt door het ministerie van Volksgezondheid gesubsidieerd en gecoordineerd. De functieomschrijving omvat 3 grote lijnen : vertalen in triade voor alle hulpverleners, vertalen van medische anamnese, onderzoeken, diagnose, medicatieverschriften, ontslagvoorbereidingen, cultuurgebonden psychosomatische klachten en bemiddelen bij opvang van familie, verwerking ziektes en overlijden.

Bij de verwerking van de ziekte krijgt men vaak te maken met een enorme diversiteit. Bij de Marokkaanse, Turkse en Afrikaanse cultuur bv. wordt de ziekte vaak beleefd als een gift van Allah. Maar soms gelooft men wel eens in het boze oog of sehur (betovering). Buiten het advies van de dokter wordt dan wel eens beroep gedaan op een imam voor genezing, een rituaal of een amulet.

Last mij het belang van onze functie even verduidelijken aan de hand van een casus.

Een Marokkaanse vrouw van 50 jaar wordt in 1991 geconfronteerd met een borstkarcinoom met amputatie als gevolg. Zeven jaar later echter wordt er een longtumor ontdekt die behandeld dient te worden met chemotherapie.

De vrouw verzorgt haar verlamde echtgenoot thuis en woont op een studio bij de oudste zoon. De kinderen fungeren als tolk en zo krijgt de vrouw van hen te horen dat het om een microbe gaat in haar longen en dat deze moet gedood worden via de therapie. Hiervoor zal zij acht maanden in behandeling zijn in het ziekenhuis.

Bij mijn eerste bezoek vertelt ze mij over haar angst, haar bezorgdheid voor haar man en over het gevoel

*Vervolg zie p.2*

V.U. : Sonja Dincke - Willem Roserstraat 23 - 2800 MECHELEN — PNM is bereikbaar op ☎ 015/41.33.31

bevolking toe. Zo stonden we op de jaarmarkt van Bornem en op de wekelijkse zaterdagmarkt van Mechelen met een infostand waar flyers, een bic of potlood werden uitgedeeld en dit naar

[2] VTE = voltijds equivalent

aanleiding van de eerste werelddag palliatieve zorg op 8 oktober 2005.

***S&N: Jullie vieren dit jaar het 10 - jarig bestaan?***

**Griet**: Jazeker zullen we aan deze verjaardag aandacht besteden. Niet alleen om te vieren, maar ook om de balans op te maken van onze voorbije werking. We willen een palliatieve kaart van ons arrondissement: waar staan we, maar ook: welke zijn de nieuwe noden en vragen?

***S&N: Doen jullie ook aan kwaliteitsbewaking?***

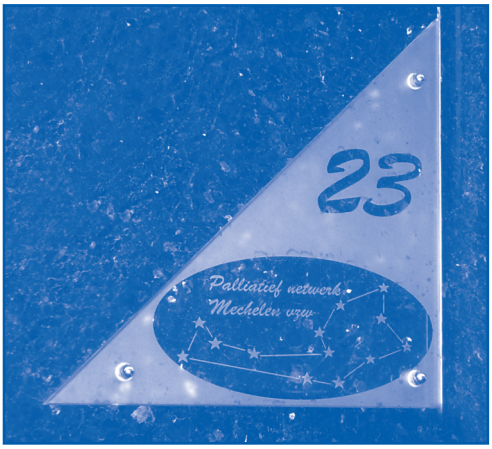
**Griet**: In het kader van een begeleiding wordt er via overleg regelmatig getoetst of de zorg en de ondersteuning die geboden worden, overeenstemmen met de verwachtingen van de patiënt en met die van de hulpverleners.

***S&N: Hoe zie je de samenwerking met de andere netwerken?***

**Griet**: Zowel op Vlaams niveau als op provinciaal niveau is er een goed overleg. Soms denk ik echter wel dat we met een gebundelde energie wellicht nog verder zouden staan. Daarnaast is er soms wat te veel verschil in werking tussen de verschillende netwerken: dit maakt het voor de gebruiker niet altijd gemakkelijk. In sommige regio's zijn netwerk en begeleidingsequipe een geheel, in andere regio's dan weer niet. De geschiedenis van ieder netwerk en de cultuur in bepaalde regio's zijn vaak nog erg bepalend voor de huidige werking en het aanbod van het netwerk. Het is wellicht een opdracht van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen om hier meer uniformiteit in te brengen.

***S&N: Stel dat je dromen kan waarmaken: hoe ziet palliatieve zorg er in de toekomst dan uit?***

**Griet**: Naast de uniformiteit tussen de netwerken, zoals ik eerder al vermeldde, zou het schitterend zijn mochten de netwerken als het ware 'overbodig' worden. Als palliatieve zorg zo geïntegreerd wordt dat ze een vanzelfsprekendheid is. Als iedereen '*palliatief - minded*' zou zijn, kan onze energie - die we nu nog steeds moeten steken in de '*promotie*' ervan - efficiënter besteed worden aan meer ondersteuning van de palliatieve patiënten, zijn naasten en de hulpverleners.



# Palliatieve zorg is geen gewone zorg

*Dr. Noël DERYCKE*

Patiënten melden zich meestal bij de arts met een vraag, een probleem waarop de arts, na vraagverheldering, klinisch onderzoek en soms een aantal technische onderzoeken samen met de patiënt een probleemoplossing voorstelt. In deze ziekte-episode ziet de arts de patiënt enkele malen. Daarna is het probleem opgelost of is het voor de patiënt hanteerbaar en ziet de arts de patiënt een hele poos niet meer.

Een andere groep patiënten zijn de chronisch zieken zoals de hypertensie-, COPD- of diabetespatiënt. De bedoeling van de contacten tussen arts en patiënt is om de evolutie van de ziekte na te gaan en om de behandeling te evalueren en/of aan te passen. Meestal gaat het om stabiele situaties zonder veel dynamiek en meestal zijn ze niet hectisch.

Bij palliatieve patiënten is de situatie in vele opzichten anders: de ziekte is onbehandelbaar geworden en de intensiteit neemt toe. In de palliatieve fase vertoont het hulpverleningsproces een dynamische versnelling onder de vorm van snelle fysieke achteruitgang, somatische complicaties en een toegenomen zorgbehoefte. Bij een naderende dood komen er vragen over zingeving, over het verloop van het sterven. De patiënt zal steeds meer wezenlijke dingen moeten loslaten: zelfstandigheid, zorg voor anderen, zelfzorg en ten slotte het leven zelf.

Om goede palliatieve zorg te kunnen realiseren moet door de hulpverleners rekening gehouden worden met volgende basisprincipes:

**1. <u>Anticiperen</u>**:

- Dit staat haaks op het reactief handelen wanneer de patiënt zich aanmeldt met een klacht. In de palliatieve zorg moet de hulpverlener vooruitlopen (vooruitzien en -denken) op wat te verwachten is om, zoveel als mogelijk, verwikkelingen te voorkomen of ‘voor te zijn’.

- Niet alleen anticiperen op fysische symptomen, maar ook op de psychische, sociale en existentiële symptomen: het tijdig bespreken van angsten en denkbeelden van zowel de patiënt als de mantelzorgers kan rust brengen.

- Het tijdig aankaarten van zowel professionele als niet-professionele (vrijwilligers) zorg. Immers voor de naasten is het meestal een eerste ervaring met de zorg voor een stervende. Het is voor hen moeilijk te overzien en te voorzien wat dit allemaal vraagt. Wanneer het de wens is van de patiënt om thuis te sterven en deze zorg kan thuis niet verder gezet worden wegens het te laat inroepen van professionele zorg dan zijn zowel patiënt als zijn naasten ontgoocheld.

- Afspraken maken over toekomstige medische zorgen: wat bij bijvoorbeeld onbehandelbare symptomen; bij benauwdheid?

- Anticiperen houdt ook in dat de arts rekening houdt met zijn bereikbaarheid en dat hij bij afwezigheid een collega inlicht over de toestand van de patiënt, over de gemaakte afspraken en de verwachtingen.

- Vraag de patiënt naar zijn algemene voorkeur in verband met hoe hij wil geïnformeerd worden over zijn medische toestand en in welke mate hij mee wil beslissen. Dit gebeurt best tijdig, dit wil zeggen (in afnemende volgorde van prioriteit):
  - bij voorkeur voordat significante informatie moet gegeven worden, bijvoorbeeld bij het begin van de therapeutische relatie. Dit kan later, bij het aanbreken van een ernstige ziekte, eventueel herzien worden;
  - bijvoorbeeld bij de overgang van zorgfase (curatief - levensverlengend - palliatief - terminaal);
  - voor de ziekte al te erge vormen aanneemt (hevige pijn, ...);
  - wanneer de patiënt nog bekwaam is om beslissingen te nemen.

- Het bepalen van hoeveel de patiënt wenst te weten kan eventueel gebeuren in de vorm van een (mondelinge) informatie- en communicatieverbintenis. Hierbij kunnen de volgende onderhandelingsstappen gevolgd worden:
  - de verbintenis van de arts om naar waarheid te informeren;
  - de verbintenis om geen ongewenste informatie op te leggen zonder de waarheid geweld aan te doen. Wanneer de patiënt geen duidelijkheid wil omtrent zijn medische toestand beperkt de huisarts zich tot het geven van enkel deze informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor bepaalde maatregelen en interventies;
  - de beschrijving van de informatieniveaus die de patiënt ter beschikking staan (van vrijwel 'alles' tot enkel wat essentieel noodzakelijk is); de gevolgen van het gevraagde informatieniveau. Wat is bijvoorbeeld het gevolg van het minimaal versus maximaal informeren van de patiënt voor zijn autonomie? Wat betekent dit met betrekking tot de draagkracht van de patiënt?

**2. Een continue professionele houding:**

Professioneel handelen tijdens de laatste levensfase: of ook dan blijven werken met een diagnostisch landschap om behandelbare symptomen tijdig op te sporen en alsnog te behandelen, waardoor extra lijden wordt vermeden.

Omdat communicatie het belangrijkste instrument is tijdens de laatste levensfase, is het absoluut noodzakelijk de nodige vorming hieromtrent te volgen en regelmatig deze vaardigheid te toetsen (peergroep; intervisiegroep)

**3. Betrokkenheid**:

Er is weliswaar een tendens onder de huisartsen om hun beschikbaarheid te verminderen, doch palliatieve patiënten en hun naasten vinden beschikbaarheid van hun huisarts belangrijk. Betrokkenheid omhelst ook aandacht, empatisch luisteren en verstrekken van informatie.

**4. Respect voor autonomie**

Zeker is dat bij palliatieve patiënten het respect voor hun autonomie een centraal gegeven is. Het gaat immers over zijn/haar eigen dood die hij/zij op de meest individuele manier wil/kan beleven. Wanneer alles bespreekbaar gemaakt wordt kan de patiënt meer bewust worden van zijn keuzemogelijkheden. Van de huisarts wordt een bevragende, explorerende en steunende houding verwacht.

***Palliatieve zorg is nooit een individuele opdracht. Palliatieve zorg is altijd teamwork van naasten met de arts, de professionele hulpverleners en de vrijwilligers.***

Communicatie, het spreken met elkaar, heeft de eigenschappen van een tumor: het kan goedaardig zijn, dan wel kwaadaardig. Het kan tevens invasief worden en de gevolgen van een slechte communicatie met de patiënt kunnen metastaseren tot bij de familie. Waarheid is één van de krachtigste geneesmiddelen die we te onzer beschikking hebben, doch iedereen moet zich telkens opnieuw de vraag stellen naar de klinische bruikbaarheid ervan en vooral naar het ideale tijdstip van toediening en de juiste dosering[1]. Terzelfdertijd moeten wij het metabolisme van hoop en ontkenning dat onderling verbonden is, proberen te onderkennen.

[1] Fallowfield LJ, Jenkins VA and Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Pall Med 2002; 16:297-303

# Informatieavond voor de bevolking over palliatieve zorg

*Silvia PEETERS*

Palliatieve zorg is een zorgbenadering die de verbetering beoogt van de kwaliteit van het leven van die patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening.

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw - PHA - is het netwerk voor palliatieve zorg in de regio Antwerpen[1]. Eén van de opdrachten van het netwerk is om iedereen ('de bevolking') op de hoogte te houden van de mogelijkheden van palliatieve zorg.

In 2006 organiseert PHA informatieavonden waarop alle geïnteresseerden in palliatieve zorg worden uitgenodigd: niet alleen patiënten en hun naasten, maar iedereen die iets meer te weten wil komen over palliatieve zorg.

[1] Volgende gemeenten maken deel uit van het werkingsgebied PHA:
*Aartselaar, Antwerpen - Centrum, - Zuid, - Kiel, - Luchtbal, - Lillo, - Berendrecht, - Zandvliet, - Linkeroever, - Noord, Antwerpen - Ekeren, Berchem, Boom, Boechout, Borgerhout, Borsbeek, Broechem, Burcht, Deurne, Edegem, Emblem, Hemiksem, Hoboken, Hove, Kontich, Lint, Massenhoven, Merksem, Mortsel, Niel, Oelegem, Pulderbos, Pulle, Ranst, Reet, Rumst, Schelle, Terhagen, Viersel, Vremde, Waarloos, Wijnegem, Wilrijk, Wommelgem, Zandhoven en Zwijndrecht.*

**Programma:**

- Wat is palliatieve zorg?
- Wat kan er voor een palliatieve patiënt thuis?
- Wat doet het netwerk Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw?

**Datum:**

Donderdag 27 april 2006
vanaf 19.30 uur tot 22.30 uur.

**Plaats:**

Cultureel Centrum 't Aambeeld,
Della Faillelaan 34, 2630 Aartselaar

Inschrijven is noodzakelijk voor 25 april:
- via telefoon: 03 820 25 31
- via e-mail: jeroen.porters@ua.ac.be
- berichtje naar PHA, UA Campus Drie Eiken, S1, 2610 Wilrijk.

Deze informatieavond wordt herhaald:
- op 4 mei 2006 te Broechem
  Gildenhuis Broechem
  Pertendonckstraat 14
  2520 Broechem
- op 11 mei te Antwerpen
  Parochiezaal Antwerpen Centrum 'Why Waai' zaal (ingang Waaistraat links langs de kerk van St.-Andries)

## PHA bedankt:

Bontemps Francois
Brabants Walter
Buyse Filip
De Beir Patrick
De Schutter Walter
De Snyders Sandra
De Vlieger René en Claessens Christiane
Degroote Christian
Degroote Christian
Dillen Rene
Fonteyne Rucquoy
Jacobs - Marrant
Kerckx Nora
Laurent Mercier
Leenaerts Martine
Meeus - Van Lancker
Meeus - Berggreen P en L
Pijnenburg - Van Opstal
Rombouts Ivan
Roth - Rittich Klaus en Chris
Schriewer Nicole
Schlittler Thomas en Colette Jacqueline
Steurs Filip
Switsers Rita
The Mild Coffee Company nv
Van den Borne Gustaaf
Van Osselaer Sylvain
Veraart Monique
Zwartzusters Antwerpen

Schenkingen zijn van harte welkom op rekeningnummer
IBAN: BE91 7350 1282 2576 - BIC: KREDBEBB

Nieuw rekeningnummer **735 - 0128225 - 76**

met de vermelding *'gift'*

Voor giften vanaf € 30,00 ontvangt u een fiscaal attest.
Voor meer informatie contacteer ons secretariaat op het volgende nummer: 03 820 25 30
Hartelijk dank!

# 19 vragen van Marcel Proust

Marcel Proust
° Auteuil 10/07/1871
† Parijs 18/11/1922

Hugo Van den Bergh
° Niel 16/04/1953

***1. Waar zou je liefst wonen?***

**Hugo:** Nergens anders dan waar ik nu woon: '*het gras is altijd groener bij de buren*' is een gezegde dat niet opgaat. Ondanks alle beweringen leven we nog altijd in het beloofde land.

***2. Wat is het volkomen geluk hier op aarde?***

**Hugo:** Volkomen geluk op aarde bestaat niet. Er zijn wel momenten waar dit benaderd wordt. De vaststelling dat je kinderen gelukkig zijn bijvoorbeeld.

***3. Voor welke misstappen kunt u begrip opbrengen?***

**Hugo:** Voor elke misstap kan begrip opgebracht worden zolang hij niet bewust gezet is en men eruit wil leren en spijt betoont.

***4. Wie is uw lievelingsschilder?***

**Hugo:** Het Vlaams expressionisme spreekt me wel aan, met Permeke op kop. Als je me vraagt welke schilder wil je in je living hangen kies ik voor een meer abstracte vorm en zou een Picasso mij wel aanstaan.

***5. Wie is uw lievelingscomponist?***

**Hugo:** Georges Bizet; waarschijnlijk omdat ik enkele composities van hem op CD heb en er uren kan van genieten.

***6. Welke eigenschappen waardeert u het meest in een man?***

**Hugo:** Ik zie er niet direct een.

***7. Welke eigenschappen waardeert u het meest in een vrouw?***

**Hugo:** Haar vrouwelijke intuïtie.

***8. Wat is uw lievelingsdeugd?***

**Hugo:** Kunnen relativeren zodat je alles op een serene manier kan benaderen.

***9. Wat doet u het liefst?***

**Hugo:** Klussen: hierin kan je jezelf uiten in het creëren en afwerken van iets waarna je van het resultaat kan genieten.

***10. Wat is uw grootste karakterfout?***

**Hugo:** Ik durf wel eens uitstellen tot het laatste moment. Mijn excuus is hier: 'onder grotere tijdsdruk functioneer ik beter'.

***11. Wat is uw lievelingskleur?***

**Hugo:** Dit is situationeel. In de natuur is dat groen. In huis is dat wit in combinatie met grijs.

***12. Wie zijn de helden van vandaag?***

**Hugo:** Zijn die er vandaag?

***13. Welke namen hoort u het liefst?***

**Hugo:** Kim, de naam van mijn dochter: hij roept vertederende vaderlijke gevoelens op.

***14. Wat verafschuwt u het meest?***
**Hugo:** Onverdraagzaamheid.

***15. Welk talent zou u het liefst hebben?***
**Hugo:** Muzikaal talent. Muziek spelen en hierin opgaan is ontsnappen aan de dagelijkse beslommeringen.

***16. Hoe zou u het liefste willen sterven?***
**Hugo:** Zoals iedereen veronderstel ik: in vrede met mezelf en mijn omgeving en liefst zonder lange lijdensweg.

***17. Wat is uw motto?***
**Hugo:** Geniet van het leven en zorg dat de anderen rondom u mee kunnen genieten.

***18. Als je morgen de lotto wint, wat doe je dan?***
**Hugo:** Ik ga ervan uit dat het de grote pot is? Ik zou verder doen zoals ik bezig ben. Bewust met het geld omspringen. Zeker enkele goede doelen steunen. Maar blijkbaar is dit onvoorspelbaar en wordt een mens anders als hij in het geld baadt. Misschien ga ik wel naar de Bahama's met een privé-vliegtuig.

***19. Welk boek ligt er op jouw nachtkastje?***
**Hugo:** Geen.

Hugo Van den Bergh is adjunct coördinator PHA

# Gedicht

- Volgde Latijn-Griekse humaniora,
- studeerde in 1983 af als tandarts aan de Universiteit Gent,
- volgde dans en zang, academie dictie, voordracht en poëzie en toneel.

De opbrengst van haar eerste dichtbundel 'als woorden zo wit' gaat integraal naar de werking van Cliniclowns.

In afwachting van een bundel voor PHA kregen we van haar de toestemming om uit 'als woorden zo wit' enkele gedichten in ons tijdschrift te publiceren.

Uiteraard zijn wij haar hiervoor zeer dankbaar.

De redactie.

*Kristel Cools*

# Geur van vervlogen liefde

zojuist stierf een deel in mij
en woei weg
met jou

en terwijl je er nog even bent
althans de geur van vervlogen liefde
snuif ik voor de laatste maal
je blik
met een diepe zucht
slik ik de laatste traan door
hopend dat ze verteert
zonder branden
dat uitdovend
wat eens liefdesvuur was

geluk wens ik je
vrede zoen ik je
gelaten laat ik je

# Ingezonden: ‘Aan de rand van het water’

*Redactie*

Lina Van Mellaert (1950) was eerder actief als psycholoog. Nadat zich bij haar een chronische ziekte openbaarde, is ze zich gaan toeleggen op het schrijven. Zij schrijft spirituele poëzie over existentiële thema’s: hoop en verdriet, lijden en dood, geloof en zingeving.

‘*Aan de rand van het water*’ is een menselijk en invoelend boek, bedoeld als steun voor wie kampt met verdriet en afscheid en voor wie dicht bij rouwenden staat. In een poëtische stijl gaat de auteur op zoek naar woorden van troost en medeleven met allen die afscheid moeten nemen van een geliefd persoon door ziekte of zelfdoding. (achterflap)

‘de emoties, die in de teksten uitgedrukt worden, komen zeer authentiek over, …’ (redactie)

Uitgeverij Kok, 2005 ISBN 90 435 1160 9

# Ben ik een mantelzorger?

*Werkgroep Rouw Intern PHA**

In dit artikel schetsen wij het kader waarin de mantelzorger zich beweegt. Tevens lichten we een aantal mogelijke problemen van mantelzorgers toe. In een volgend nummer brengen wij het aanbod van PHA naar mantelzorgers in beeld.

*'Een mantelzorger is een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve, maar meer dan occasioneel helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt[1].'*

*'Mantelzorg is een verzamelterm voor het niet-beroepsmatig, vrijwillig verstrekken van niet-medische hulp en dienstverlening aan hulpvragers met wie de hulpverlener een initiële socio-affectieve band heeft. Het voorbeeld van een mantelzorger is de dochter of de zoon die haar of zijn zieke en hulpbehoevende ouder(s) niet-medische hulpverlening verstrekt. Samen met zelfzorg vormt mantelzorg de informele sector[2].'*

*'Vroeger' was mantelzorg vanzelfsprekend. Bij gebrek aan sociale voorzieningen werden mensen met een ziekte, een handicap of een hoge ouderdom thuis verzorgd door hun familie. Die rol is in de tweede helft van de 20ste eeuw grotendeels overgenomen door de zorgvoorzieningen. In de jaren 1990 is de discussie over de herwaardering en de ondersteuning van de thuiszorg[3] ontstaan.*

Mantelzorg onderscheidt zich van vrijwilligerswerk door de aanwezigheid van een voorafgaande socio-affectieve band en door het ontbreken van enig georganiseerd verband.

*De taken die de mantelzorger opneemt, hangen af van de zelfzorgmogelijkheden van de hulpbehoevende persoon en zijn daarom steeds verschillend[4].*

Mogelijke taken zijn: eten maken, de vaat doen, heffen, tillen en verplaatsen, instaan voor de oppas overdag en 's nachts, haar-, voet- en wondverzorging, strijken, wassen, aan- en uitkleden, helpen bij het toiletbezoek, meten van de bloeddruk, medicatie klaarzetten, '*tapotage*', insulinespuitjes geven, verversen incontinentiemateriaal, begeleiden naar de dokter, ziekenhuis, post of bank, familie of vrienden, administratie doen van de zorgvrager, helpen bij de revalidatieoefeningen en zorgen voor de veiligheid in en om het huis.

De aanwezigheid van mantelzorg is een basisvoorwaarde voor goede palliatieve thuiszorg en een goed georganiseerde mantelzorg draagt bij tot de kwaliteit van deze thuiszorg.

*Mantelzorg kan ook belastend zijn, brengt angst teweeg, is soms uitputtend, kan oorzaak zijn van negatieve gevoelens en depressie[5].*

Mantelzorg is dus geen vrijblijvende zorg.

* Silvia PEETERS, psychologe en vormingsverantwoordelijke; Vital VAN ASSCHE, verpleegkundige en rouwverantwoordelijke; Lieve VAN GOETHEM, coördinator vrijwilligerswerking; Dr. Noël DERYCKE, stafmedewerker en equipearts.

Mantelzorgen kruipt vaak niet in de koude kleren. Het betekent een fysieke en emotionele belasting, financiële kosten, inkrimping van sociale contacten, …

**Problemen die kunnen voorkomen**

- **Palliatieve zorg is voor velen een onbekend terrein**

De mantelzorger zit soms met vele vragen: vragen over de behandeling van pijn en symptomen, vragen over kwaliteit van het leven en van de zorg, vragen over de financiële aspecten, vragen over hoe best omgaan met alle andere betrokken partijen in de situatie, …

- **Overbelasting**

Vaak gebeurt het dat mantelzorgers zich 100% inzetten voor de zorg van hun dierbare en daarbij zichzelf volledig wegcijferen. Op die manier raakt hun balans van draagkracht / draaglast uit evenwicht. Het gevaar dat mantelzorgers meer hooi op hun vork nemen dan zij aankunnen, is steeds aanwezig. Continu zorg dragen is immens zwaar. Voor iedereen kan deze zorg op een bepaald moment te belastend worden.

- **'*Gesandwished*' worden**

Als één van de ouders ongeneeslijk ziek wordt, kunnen hun kinderen gekneld geraken tussen de zorg die ze dragen voor hun eigen kinderen, hun fulltime job én voor de extra zorg voor één van hun hulpbehoevende ouders. Door de combinatie van al deze zorgvragen kan op termijn overbelasting ontstaan.

***Emotioneel overbelast zijn***

Te horen krijgen dat een 'dierbare' ongeneeslijk ziek is, is een zware klap. Vaak kampt deze naastbestaande met een heleboel emoties waar hij moeilijk mee kan omgaan. Aan de patiënt wil hij zijn verhaal liever niet kwijt. Hij wil hem sparen. De andere betrokken zorggevers lijken er op een heel andere manier mee om te gaan. De ingeschakelde hulpverleners hebben weinig tijd. De mantelzorger voelt zich zo alleen staan met zijn verdriet en zijn vragen. Hij kan nergens terecht met zijn verhaal.

***Fysiek overbelast zijn***

Uit onderzoek blijkt dat de mantelzorger een reëel risico loopt om fysiek overbelast te worden. Hij krijgt dan last van spierpijn, hoofdpijn, maag- en darmstoornissen, hartklachten; hij krijgt het gevoel niet meer te kunnen recupereren, … . Dit is niet alleen een bedreiging voor de eigen gezondheid, ook de zorg van de patiënt komt in het gedrang.

- **Ontspoorde zorg**

Als de mantelzorger overbelast wordt, is de kans reëel dat hij zijn eigen grenzen en die van anderen gaat overschrijden. De zorg kan dan volledig ontsporen. Dit kan zich uiten in:

- geen geduld meer kunnen opbrengen
- verbale agressie naar de patiënt toe: schelden, roepen, …
- hardhandige lichamelijke verzorging, …
- …

Wanneer deze symptomen opgemerkt worden, is het ten zeerste aan te raden hulp in te roepen.

- **Verplichte mantelzorg**

Soms kiezen mantelzorgers er niet voor om mantelzorger te worden. De situatie zelf dwingt hen ertoe om de zorg voor hun naaste toch op te nemen. Ze rollen erin omdat anderen het als vanzelfsprekend vinden dat zij de zorg opnemen.

Mantelzorg komt voort uit familiale solidariteit: ouders zorgen voor hun kinderen. Later zorgen kinderen voor hun ouders. Dit wordt door de maatschappij meestal verwacht. Om één of andere reden kan het zijn dat de wederkerige balans van geven en nemen verstoord is. Dit maakt dat deze kinderen niet voor hun hulpbehoevende ouder kunnen/wensen te zorgen.

Soms kan er te veel druk op de schouders liggen van één mantelzorger. Wordt er te veel van deze persoon verwacht omdat hij of zij de oudste is, het dichtste bij woont, de dochter is, geen kinderen heeft en vandaar het meeste tijd heeft, … .

Deze verwachtingen worden niet altijd uitgesproken, maar ze leven wel en ze kunnen voor extra druk zorgen op de mantelzorger waarbij het vrijwillige karakter van zijn inzet verloren gaat. De mantelzorg wordt dan ervaren als een verplichting waar men niet onderuit kan.

[1] 3 maart 2004. Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen zorgverleners. B.S. 20.04.2004: 23160-173

[2] Bouckaert, S. Van Buggenhout, B. Een juridische verkenning van de grijze zone tussen vrijwilligerswerk en professionele arbeid. Rapport in opdracht van de Koning Bouwdewijnstichting. Brussel, 2000, p. 23-24

[3] www.vrouwenraad.be/pdf/mantelzorg_thuidzorg.pdf

[4] Dedry, A. Mantelzorg in Vlaanderen: een grenzeloos en genderloos engagement, in Vrouw/Man in de zorgverlening. Basisteksten van het symposium, dinsdag 18 maart 2003, Brussel. Een initiatief van de Minister van Sociale zaken en pensioenen en Cera Foundation

[5] Hodson, C. et al. Family anxiety in advanced cancer : a multicentre prospective study in Ireland. Br J Cancer 1997; 76:1211-14

## PHA dankt volgende sponsors:

- *KBC Bank & Verzekering*
- *Viatris*
- *Cera Holding*
- *Janssen Cilag*
- *Lions Club Boom*

## Dank voor de ondersteuning van onze 0800-hulplijn

*A.A.C.*
*Administration & Answering Centre*
*uw telesecretariaat 24u op 24u - 7 dagen op 7*
*tel. 03 205 55 55*

# Agenda

Donderdag 30 maart 2006

**3de Vlaams Congres Palliatieve Zorg.**

Thema: Keuzes in palliatieve zorg.

Plaats: Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent.

Uur: 13.45u tot 20.00u.

Praktisch: Inschrijven uiterlijk 1 maart 2006 via e-mail martine.npz.genteeklo@scarlet.be.

Prijs: € 15,00 per persoon te storten op 001-4729112-50 van Congres Palliatieve Zorg 2006 met vermelding van uw naam; inclusief attest en broodjesmaaltijd.

Donderdag 20 april 2006

**Themanamiddag verpleegkundige commissie.**

In samenwerking met de verpleegkundige commissie van PHA.

Doelgroep: Verpleegkundigen en andere geïnteresseerde hulpverleners.

Thema: Omgaan met delier in de zorg van een palliatieve patiënt.

Plaats: Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), Gouverneur A. Kinsbergen Auditorium, Wilrijkstraat 10, 2610 Wilrijk.

Uur: 13.30u tot 17.00u.

Praktisch: Betaling ter plaatse, vooraf inschrijven noodzakelijk.

Prijs: € 10,00 per persoon, inclusief vormingsattest en drankje. Gratis voor vrijwilligers van PHA.

Donderdagen 27 april, 4 mei en 11 mei 2006

**Informatieavonden voor de bevolking.**

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw heeft als opdracht iedereen op de hoogte te stellen van palliatieve zorg en haar mogelijkheden.

Doelgroep: Iedereen die geïnteresseerd is in dit onderwerp of met palliatieve zorg in aanraking komt.

Plaats:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27 april: Aartselaar: | CC 't Aambeeld | Della Faillelaan 34 | 2630 Aartselaar |
| 4 mei: Broechem: | Gildenhuis Broechem | Pertendonckstraat 14 | 2520 Broechem |
| 11 mei: Antwerpen: | Parochiezaal Antwerpen Centrum 'Why Waai' zaal (ingang Waaistraat links langs de kerk van St.-Andries) | | |

Uur: Telkens van 19.30u tot 22.30u.

Praktisch: Vooraf inschrijven noodzakelijk.

Prijs: Gratis.

***Voor inschrijvingen of meer informatie over onze activiteiten: tel. 03 820 25 31 - e-mail jeroen.porters@ua.ac.be - www.pha.be***

Donderdag 18 mei 2006

**Studienamiddag provinciaal overleg palliatieve zorg voor personen met een handicap.**

Palliatieve zorg is een begrip dat ook meer ingang begint te vinden in de wereld van voorzieningen voor personen met een handicap. Ook in deze sector wordt men geconfronteerd met zorgnoden van deze personen en groeit de vraag naar het bevorderen van de deskundigheid. In dit kader organiseert het provinciaal overleg van de vier netwerken palliatieve zorg uit de provincie Antwerpen in samenwerking met Stichting Welzijnszorg Provincie Antwerpen jaarlijks een studienamiddag voor deze sector. Deze studienamiddag vindt plaats in het Provinciaal Vormingscentrum te Malle, op donderdag 18 mei 2006. Voor meer gedetailleerde informatie (thema, uur,…) raden wij u aan onze website www.pha.be te consulteren begin mei 2006.

Donderdag 22 juni 2006

**Studienamiddag zelfzorg: een cruciaal ingrediënt voor hulpverleners in de palliatieve zorg.**

Werken binnen palliatieve zorg is niet alleen lichamelijk zwaar, ook op mentaal en emotioneel vlak wordt er van de hulpverlener veel gevraagd. Over de grens gaan is een reëel risico. Om gedurende lange tijd gemotiveerd en met plezier het vak te blijven uitoefenen, is het van belang de juiste balans in lichamelijke en psychische belasting te zoeken, te vinden en te bewaren.

Doelgroep: Alle hulpverleners binnen palliatieve zorg en beleidsverantwoordelijken.

Thema: belang van zelfzorg, gevaren van onvoldoende zelfzorg, preventie.

Plaats: Gouverneur A. Kinsbergen Auditorium, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem.

Uur: 13.00u - 17.00u.

Praktisch: Betaling ter plaatse, vooraf inschrijven noodzakelijk: Het aantal inschrijvingen is beperkt. Inschrijven uiterlijk 19 juni 2006. Accreditering wordt aangevraagd.

Prijs: € 10,00 per persoon, inclusief vormingsattest en drankje. Gratis voor vrijwilligers van PHA.

***Voor inschrijvingen of meer informatie over onze activiteiten: tel. 03 820 25 31 - e-mail jeroen.porters@ua.ac.be - www.pha.be***

## Inhoud van dit nummer

PHA IN 2005 ..... 4

Op bezoek bij de buren ..... 6

Palliatieve zorg is geen gewone zorg ..... 9

Informatieavond voor de bevolking over palliatieve zorg ..... 12

19 vragen van Marcel Proust ..... 14

Gedicht ..... 15

Ingezonden: 'Aan de rand van het water' ..... 17

Ben ik een mantelzorger? ..... 18

CONTACTGEGEVENS

- *Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw*
  *Universiteit Antwerpen - Campus Drie Eiken, S 1*
  *Universiteitsplein 1*
  *2610 Wilrijk*
- *tel. 03 820 25 31*
  *fax 03 820 25 30*
  *e-mail pha@ua.ac.be*
  *web www.pha.be*

PHA