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

INFO-PHA

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw
UA Campus Drie Eiken S1 | Universiteitsplein 1 2610 Wilrijk
Verschijnt driemaandelijks | Afgiftekantoor Antwerpen X

1992 - 2007

15 jaar

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

Jaargang 13 - Nummer 1
maart - april - mei 2007

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
Dr. Noël Derycke (stafmedewerker en equipearts PHA); Bernadet Van Beurden, Myriam Arren, Lut Van den Bosch, Vital Vanassche, Luk Naveau (palliatief deskundigen PHA); Tine De Vlieger (algemeen coördinator); Silvia Peeters (vormingsverantwoordelijke en psychologe PHA); Miek Verschueren (vrijwilliger 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

PHA 15

Een verjaardag - of nog beter een 'verjaarjaar' - is meestal een gedroomde gelegenheid om het wierookvat boven te halen waarbij de feesteling met een hoog gehalte aan clichés wordt gevierd.

'Wij zijn fier'. 'Wij zijn gelukkig met ons resultaat'. 'Wij hebben in deze jaren hard gewerkt'. 'Wij hebben het niet altijd makkelijk gehad, maar dankzij…' en dergelijke obligate bedenkingen meer, zijn in een editoriaal over 15 jaar PHA moeilijk te ontgaan.

Maar waarom zou ik ook? Waarom zou ik de zogenaamde clichés mijden als ik er mee kan zeggen wat mij op het hart ligt?

Wij zijn onder andere fier en even goed gelukkig met het resultaat van ons 15-jarige bestaan en dito activiteit. We hebben het - uiteraard - niet alleen gedaan. Dat op vandaag iedere inwoner beroep kan doen op kwalitatief goede palliatieve

Bij palliatieve zorg wil men de kwaliteit van het leven verhogen en kan aldus het ziekteverloop positief beïnvloed worden.

zorg is het resultaat van goede beleidsbeslissingen, van volgehouden professionele inspanningen en van vlotte multidisciplinaire en pluralistische samenwerking. Waarmee wil gezegd zijn dat onze samenleving in haar geheel gemobiliseerd werd door en voor het palliatieve concept.

Ik heb dus geen enkele reden om één woord terug te nemen van het cliché 'fier en gelukkig'. Integendeel zelfs: PHA had het gedurende deze vijftien jaren niet altijd even gemakkelijk.

Er was een periode van malaise die in haar menselijke complexiteit niet echt paste in een organisatie die het moet hebben van solidariteit en inzet voor elkaar. PHA heeft deze periode zonder echte kleerscheuren achter zich kunnen laten en is terug in een rustig werkklimaat terechtgekomen. Dit verhoogt duidelijk onze huidige feestelijke stemming.

Het derde cliché dat ik absoluut niet uit de weg wil gaan, is het wierookvat hanteren voor al wie tijdens deze drie lustrums binnen - en zelfs buiten - PHA heeft meegewerkt en gebouwd aan de palliatieve zorg. Iedereen kan weten of vermoeden dat dit niet altijd aangenaam of vrijblijvend werk was; dat het emotioneel veeleisend is of kan zijn. Mijn absolute dank gaat naar ons personeel, naar onze vrijwilligers, naar ons bestuur en naar onze kring van sympathisanten. Allen die in het verleden, en gelukkig ook in het heden, naar best vermogen meewerkten en meewerken aan de uitbouw van onze palliatieve zorg. Dank lijkt mij echter niet genoeg: ik wil hun ook nadrukkelijk prijzen om hun humane mentaliteit en om hun gulle investeren in hun medemensen.

De blik op de toekomst, die onafwendbaar bij elke verjaardag hoort, kan ik als voorzitter met een gerust gemoed aan de lezers beschrijven: PHA heeft een geëngageerd en professioneel team medewerkers, een flinke groep vrijwilligers en een eensgezind bestuur. Dit is een garantie voor kwaliteitsvolle palliatieve zorgen gedurende het volgende lustrum. En wij blijven daarvoor op iedereen rekenen.

Dr. Jos Van Bragt
Voorzitter

Ten geleide

de redactie

15 jaar PHA is reeds een heuse geschiedenis. In de bijdrage 'Vlaamse en Belgische omschrijvingen van Palliatieve Zorg' worden de verschillende omschrijvingen van het begrip palliatieve zorg, zoals die vermeld worden in de Koninklijke Besluiten, de Besluiten van de Vlaamse Regering, de Decreten en de Wet op de palliatieve zorg, chronologisch beschreven. Tevens worden een aantal verschillen tussen de eerste omschrijving (1991) en de omschrijving zoals vermeld in de wet betreffende de palliatieve zorg (14/06/2002) geaccentueerd. Tenslotte formuleert de auteur een aantal bedenkingen bij deze omschrijving. Het geheel wil een aanzet zijn tot een nieuwe omschrijving en definitie van palliatieve zorg.

De mogelijkheden van palliatieve zorg in de thuissituatie blijven voor velen onbekend. Meerdere medewerkers van PHA werkzaam als palliatief deskundige in de multidisciplinaire begeleidingsequipe kozen elk een patiëntverhaal voor deze uitgave. De lezer kan op deze wijze zelf ervaren wat de bijdrage van palliatieve zorg kan betekenen voor de patiënt en zijn naaste.

PHA werkt met vrijwilligers. De getuigenis van een vrijwilliger na het overlijden van 'haar' patiënt illustreert de warme band die kan ontstaan tussen de vrijwilliger en de patiënt.

Palliatief

Het begrip *palliative care* werd door de Canadese arts Balfort Mount voor het eerst gebruikt in 1973. De term palliatief werd als neologisme in het Nederlands overgenomen.

De oorsprong van het woord palliatief is onduidelijk. Enerzijds verwijst het naar het Latijnse *pallium* of mantel. De mantel wordt als metafoor gezien voor de zorg die de palliatieve hulpverleners aan ongeneeslijk zieken geven. De zorgfunctie van de *mantel* komt uit het verhaal van Sint-Maarten, die toen hij bij een stadspoort aankwam, een man aantrof die in lompen gekleed was. Deze man had het erg koud en zou de nacht zo niet overleven. Maarten zag dat en scheurde zijn eigen warme mantel in tweeën. Een helft gaf hij aan de man, de andere helft hield hij zelf.

Anderzijds is er de stelling dat palliatief afkomstig zou zijn van het Latijnse palliare: toedekken, bemantelen, beschermen. Een *palliativum* werd in de geneeskunde gebruikt als een lapmiddel of iets dat wel de symptomen wegnam maar geen enkele geneeskracht bezat. Zo staat in de palliatieve zorg niet meer het behandelen van de ziekte voorop, maar het maximaal verlichten van de symptomen.

Vlaamse en Belgische omschrijvingen van palliatieve zorg

Dr. Noël Derycke

19 AUGUSTUS 1991 - Koninklijk Besluit tot vaststelling van voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend in de experimenten inzake palliatieve hulp. Stbl.* 04-10-1991

Vanaf 1980 starten op meerdere plaatsen kernen van en voor palliatieve zorg. Het gaat altijd om persoonlijke initiatieven van individuen of groepen. De interesse bij de basis neemt toe en de overheid kan niet anders dan een eerste aanzet geven tot erkenning van deze 'nieuwe' werkvorm.
Het KB van 19 augustus 1991 wordt ook soms een 'scharnierbesluit' genoemd. Het omschrijft immers voor het eerst officieel palliatieve hulp in België:

'… wordt onder palliatieve hulp verstaan, de pluridisciplinaire hulp en bijstand die thuis, in een collectieve instelling die geen ziekenhuis is of in een ziekenhuis worden verleend om globaal tegemoet te komen aan de fysische, psychische en spirituele noden van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte en die ertoe bijdragen een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren. Palliatieve zorg wil de pijn, de symptomen, de ongemakken en de angst bestrijden en zo de kwaliteit van het overblijvende leven beschermen en verbeteren. Dat moet gebeuren met respect voor de waardigheid, de autonomie en de wensen van de betrokkene. Dit moet tevens mogelijk zijn, ongeacht de plaats waar de patiënt verkiest te overlijden.' (Art. 2)

Op basis van dit KB kregen meerdere, eerder op vrijwillige basis gestarte, initiatieven een eerste subsidiëring door de overheid. In Vlaanderen werden hiermee vijftien initiatieven in de thuiszorg, vier initiatieven in RVT's en twee residentiële eenheden gesubsidieerd samen met 49 initiatieven in ziekenhuizen.

In het verslag van de '*expertenwerkgroep*'[1] (1994) wordt de palliatieve zorg als volgt omschreven:

'Palliatieve zorg is het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van de pijn en andere symptomen, alsook de psychologische, morele, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn. Palliatieve zorg beoogt niet langer de patiënt te genezen, maar hem en zijn nabestaanden een optimale levenskwaliteit te garanderen.'
Palliatieve zorg wordt als een totaalconcept van verzorging en begeleiding beschouwd, waarbij:

- *sterven als een normale levensfase wordt beschouwd;*
- *de behandeling niet gericht is op het verlengen of het verkorten van het leven;*
- *pijn en andere symptomen onder controle worden gehouden;*

[1] De expertenwerkgroep moest de overheid adviseren in verband met het verderzetten van de experimenten Busquin.
* Belgisch Staatsblad | http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl

- *psychologische en spirituele aspecten in de verzorging zijn geïntegreerd;*
- *de patiënt wordt bijgestaan met het oog op een maximale autonomie;*
- *de nabestaanden in de terminale fase en het rouwproces worden begeleid.*

Palliatieve zorg helpt de mens waardig te sterven.

In 1994 schreef de toenmalige Vlaamse Minister van Financiën en Begroting, van de Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin, Wivina Demeester, een beleidsmededeling: 'Palliatieve zorg: een recht op een kwaliteitsvolle stervensbegeleiding'.
In deze beleidsmededeling omschrijft de minister palliatieve zorg als:

'Het is een totaalconcept van verzorging en begeleiding, waarbij sterven als een normaal levensproces wordt beschouwd (rustig "mogen" *sterven), de behandeling niet gericht is op het nodeloos verlengen van het leven (geen therapeutische verbetenheid), de pijn en andere symptomen worden verzacht, de psychologische en spirituele aspecten in de verzorging zijn geïntegreerd, de patiënt wordt bijgestaan met het oog op een maximale autonomie, de naastbestaanden in de terminale fase en het rouwproces worden begeleid. Zo helpt de palliatieve zorg op een bescheiden wijze de mens waardig te sterven.'*

3 MEI 1995 - Besluit van de Vlaamse Regering houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken.
Stbl. 28-06-1995

Gewijzigd 8 DECEMBER 1998 - Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het Besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken. Stbl. 20-01-1999

Palliatieve zorg wordt in dit besluit omschreven als:

'Het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn.'

10 MEI 1995 - Besluit van de Vlaamse Regering houdende vaststelling van de lijst van subsidiabele vrijwilligersactiviteiten.
Stbl. 30-08-1995

Palliatieve verzorging wordt omschreven als:

'Activiteiten die tot doel hebben een zo goed mogelijke levenskwaliteit te waarborgen aan terminale patiënten en hun naastbestaanden om een menswaardig heengaan mogelijk te maken.'

2 DECEMBER 1999 - Koninklijk Besluit tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Stbl. 31-12-1999

Introduceert het begrip *'palliatieve thuispatiënt':*

1. die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;
2. die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;
3. bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;
4. bij wie de prognose van de aandoening(en)

slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maanden);

5. met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen; indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaming, en op aangepaste technische middelen;
6. met een intentie om thuis te sterven;
7. en die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in het formulier dat als bijlage bij dit besluit gaat.

14 JUNI 2002 - Wet betreffende de palliatieve zorg. Stbl. 26-10-2002

In Art. 2 wordt het nieuwe recht opgenoemd: 'Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde.'

Tevens wordt palliatieve zorg opnieuw gedefinieerd als:

'Onder palliatieve zorg wordt verstaan: het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.'

Verder wordt de informatieplicht nog eens herhaald (zit ook vervat in de patiëntenrechtenwet).

'Elke patiënt heeft recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en de mogelijkheden van de palliatieve zorg. De behandelende arts deelt die informatie mee in de vorm en in de bewoordingen die hij passend acht, rekening houdend met de toestand van de patiënt, diens wensen en begripsvermogen. Behoudens spoedgevallen, is voor alle onderzoeken of behandelingen steeds de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist.' (Art. 7)

Tenslotte wordt in Art. 9 en Art. 10 duidelijk gestipuleerd dat palliatieve zorg een medische discipline is.

'De geneeskunst omvat de geneeskunde, de tandheelkunde inbegrepen, uitgeoefend ten aanzien van menselijke wezens, en de artsenijbereidkunde, onder hun preventief, curatief, continu en palliatief voorkomen.

'… worden tussen de woorden "het herstel van de gezondheid" *en de woorden* "of hem bij het sterven te begeleiden"*, de woorden* "de handelingen van palliatieve zorg te verrichten" *ingevoegd.'*

Bij palliatieve zorg is niet de genezing van de patiënt, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven het doel.

Enkele bedenkingen bij deze omschrijvingen

Spiritueel versus moreel

Spirituele noden worden morele noden.
Morele waarden gaan over goed en kwaad doen terwijl spirituele waarden eerder staan voor zingeving (al of niet in verbondenheid). De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 2002) verkiest de term spiritueel. Alhoewel spiritualiteit en religiositeit verwant zijn, verwijst deze laatste wellicht teveel naar de origine van de palliatieve zorg die een concretisering is van geloofsinhoud (you mather because you're you) en is spiritualiteit voor de huidige professionelen een meer aanvaarbare terminologie. Spiritualiteit gaat om zingeving. Voor gelovigen is dit dikwijls gemakkelijk invulbaar. Maar wat met de niet-gelovigen: hoe geven zij zin aan dit leven en sterven. Kiest de wetgever daarom voor het 'neutrale' morele waarden? En hoe kunnen palliatieve zorgverleners daar een aanbod in doen. Vraag blijft wiens morele waarden hierbij primeren: deze van de patiënt, de naaste, de mantelzorgers, de hulpverleners, …?

Ook zorg voor de na(ast)bestaanden?

Waar de omschrijving van 1991 alleen de zorg van de patiënt beschrijft, vermeldt de omschrijving van 2002 de zorg voor nabestaanden. In die gezinssystemen die tot een zeker evenwicht zijn gekomen, zal dit voor de hulpverleners weinig problemen stellen. Maar wat als de wensen van de patiënt en de nabestaanden tegengesteld zijn. Denk maar aan de situatie van de Duitse patiënt, op het einde van vorig jaar, waarbij de nabestaanden (erfgenamen) er alle belang bij hadden dat hij niet voor 1 januari 2007 zou overlijden. Korter bij huis: patiënt wil, kost wat kost, thuis sterven doch de nabestaanden zien dit helemaal niet zitten. Hoe kunnen we dan én de patiënt én de nabestaanden helpen zonder afbreuk te doen aan de autonomie van de patiënt?

Moet palliatieve zorg niet eerder resoluut kiezen voor de palliatieve patiënt? Het kan toch niet dat de zorg voor de naaste zou primeren boven de wens van de patiënt en dat die zorg hem eventueel zou kunnen schaden?

Wordt chronische zorg palliatieve zorg?

De omschrijving van palliatieve zorg in de wet van 14 juni 2002 breidt de doelpopulatie uit tot alle patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Hierbij wordt geanticipeerd op de publicatie in 2004 van de Europese afdeling van de WHO: 'Palliative Care: The Solid Facts' (http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf).

Chronisch zieken (COPD, dementie, terminaal hartfalen, AIDS, …) hebben inderdaad baat bij een eerder ondersteunende behandeling dan bij de gebruikelijke therapeutische hardnekkigheid. Wordt hier echter niet te hoog gegrepen en worden beloften gedaan die niet realistisch zijn? Zo verging het ook de definitie van gezondheid (WHO 1948): gezondheid is de toestand van volledig fysisch, psychisch en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van een ziekte of gebrek.

De uitbreiding van de doelgroep heeft er de overheid trouwens niet toe aangezet om de door haar ter beschikking gestelde middelen in dezelfde mate te laten toenemen.

1991

KB 18 augustus 1991

- De pluridisciplinaire hulp en bijstand die thuis, in een collectieve instelling die geen ziekenhuis is of in een ziekenhuis worden verleend om globaal tegemoet te komen aan de fysische, psychische en spirituele noden van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte en
- die ertoe bijdragen een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren.
- Palliatieve zorg wil de pijn, de symptomen, de ongemakken en de angst bestrijden en zo de kwaliteit van het overblijvende leven beschermen en verbeteren.
- Dat moet gebeuren met respect voor de waardigheid, de autonomie en de wensen van de betrokkene.
- Dit moet tevens mogelijk zijn, ongeacht de plaats waar de patiënt verkiest te overlijden.

2002

Wet betreffende palliatieve zorg 14 juni 2002

- Het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert.
- Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak.
- Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden.
- Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren

1991→ 2002

- pluridisciplinair → multidisciplinair
- globaal → totaalzorg
- spirituele noden → morele vlak
- terminale fase van hun ziekte → aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert
- een zekere kwaliteit van leven vrijwaren → een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden
- de kwaliteit van het overblijvende leven beschermen en verbeteren → de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren
- respect voor de waardigheid, de autonomie en de wensen van de betrokkene → maximale autonomie te bieden
- ongeacht de plaats waar de patiënt verkiest te overlijden → ?
- → zijn naasten

Patricia

Bij Patricia, 81 jaar, is recent de diagnose pancreaskanker vastgesteld. Ze is nu opgenomen in het ziekenhuis en wacht op een tweede stent.

Het PST (palliatief support team) van het ziekenhuis nodigt PHA uit op het zorgoverleg. Naast de palliatief deskundige van PHA zijn op dit overleg aanwezig: haar huisarts, een nicht van Patricia (woont op een halfuur rijden en werkt halftijds) en twee buurvrouwen (ook bejaard). Patricia is reeds twintig jaar weduwe, ze woont alleen in haar woning maar zou toch graag, indien deze tweede ingreep lukt, terug naar huis gaan.
Het overleg zal aan Patricia voorstellen dat, op voorwaarde dat zij de nachten alleen kan doorbrengen, volgende diensten zullen worden ingeschakeld: gezinshulp, thuisverpleging, vrijwilligers van PHA en eventueel dagopvang op de palliatieve eenheid. Daar de ziekenhuisgeneesheren de prognose eerder beperkt inschatten zal ook een aanvraag voor palliatieve eenheid worden voorgesteld.

Het plaatsen van de tweede stent lijkt succesvol: haar gele huidskleur vermindert. Wel klaagt ze van vermoeidheid, maar toch wil ze naar huis. Het PST heeft bij het ontslag volgende zorginzet kunnen regelen: dagelijks gezinshulp, thuisverpleging tweemaal per dag, dagelijks warme maaltijden door het OCMW, de huisarts bezoekt haar minstens één keer per week.

Enkele dagen na haar ontslag bezoekt de palliatief deskundige van PHA haar. Patricia klaagt vooral van moeheid. Ze heeft last van jeuk, maar is pijnvrij. Toch lijkt ze een 'sterke' vrouw die ondanks alles wil doorzetten. Ze is blij met alle hulp die ze ontvangt: *'hierdoor kan ik toch thuis zijn'*. Ze hoopt wel dat de hulp snel kan worden afgebouwd: *'altijd vreemde mensen in huis is ook vermoeiend'*. Ze hoop terug in haar tuin te kunnen werken en de buren hebben haar beloofd hierbij te helpen. De inzet van vrijwilligers wil ze nu nog niet: *'er zijn al te veel nieuwe gezichten'*. We spreken met haar af dat PHA verder telefonisch beschikbaar blijft.

> *Bij palliatieve zorg is er aandacht voor lichamelijke én psychische klachten (van pijn of benauwdheid tot angst of woede).*

Het gaat steeds beter met Patricia en beetje bij beetje herwint ze haar zelfstandigheid: de gezinshulp wordt afgebouwd tot tweemaal per week, de thuisverpleegkundige komt slechts eenmaal per dag. Haar herwonnen energie laat haar ook toe meer tijd door te brengen in haar tuin: *'ik heb het nodig om alles te zien bloeien en groeien'*. Ze is blij met de buren die regelmatig binnen springen en zo nu en dan eens een boodschap voor haar doen.

Zeven maanden na het ontslag belt haar nicht ons op: '*Patricia heeft de afgelopen nacht haar hele living "kort en klein" geslagen, het is een chaos in huis, zelfs de tafel ligt omver'*. We vernemen dat de huisarts op bezoek is geweest en haar Haldol® heeft voorgeschreven. Patricia wil niet horen van een opname en haar nicht maakt zich zorgen voor de volgende nacht. We geven de nicht uitleg over delier, het gebruik van Haldol® en overlopen samen de mogelijkheden voor opvang van haar tante: opname in het ziekenhuis, opname op een palliatieve eenheid, opname in het nachthotel en het inschakelen van nachtzorg.
De huisarts die een delier op basis van een behandelbare infectie vermoedt, gaat akkoord om nachtzorg in te schakelen en dit tot grote opluchting van Patricia die zo graag thuis wil blijven.

De palliatief deskundige van PHA gaat terug op huisbezoek. Patricia is erg geschrokken van haar verwardheid en ze kan zich er niet meer veel van herinneren. Ze dacht wel even 'gek' geworden te zijn. Onze uitleg over delier aan Patricia en de buurvrouw (bij het huisbezoek aanwezig) is voor beide een geruststelling. We laten onze folder 'delier' achter. Patricia is blij met de inschakeling van nachtzorg maar denkt dat die op korte termijn weer kan worden afgebouwd. Fysiek voelt ze zich verder goed, de artrosepijnen blijven wel, maar verder heeft ze geen last.
Ze vreest dat ze voorlopig niets in haar tuin zal kunnen doen: *'Ik kan er mij zo in ontspannen, ik kan daar altijd iets doen al zijn het maar kleine zaken. Mijn tuin is mijn lust en leven.'*

De volgende maand gaat het minder goed: ze weent veel en lijkt haar moed te verliezen. Ze is bang dat ze naar een rusthuis of ziekenhuis moet. De bestaande zorg wordt uitgebreid, alle bekende gezichten komen wat vaker.

Patricia voelt dat ze nog thuis mag blijven en krijgt weer wat moed om haar tuin in te gaan en begint er weer in te werken. Ze is iedereen heel dankbaar voor alle hulp die ze krijgt.

Tien weken later vertoont Patricia opnieuw tekenen van delier. De huisarts geeft aan dat verder thuis blijven niet meer kan. Om toch enigszins rekening te houden met haar wens om zolang mogelijk thuis te blijven, wordt haar voorgesteld om gebruik te maken van het palliatief nachthotel. Bij de bespreking van de opname blijkt een plaats vrij te zijn op de palliatieve eenheid en Patricia aanvaardt om opgenomen te worden op deze eenheid. Na bijna twaalf maanden thuis voelt ze dat ze het thuis niet meer aan kan. Ze voelt dat haar krachten op zijn. Op de palliatieve eenheid gaat Patricia snel verder achteruit. Amper zes dagen na haar opname overlijdt ze er heel rustig.

Laura

Bij Laura, 45 jaar, is een kwaadaardige huidtumor (melanoom) vastgesteld. Momenteel zijn er twaalf metastasen (uitzaaiingen) in de hersenen aangetoond. Laura is halfzijdig verlamd en krijgt haar ogen haast niet meer open. Daniël, haar echtgenoot, belt regelmatig naar PHA voor praktische vragen (bijvoorbeeld het uitlenen van een bedpan), echter zonder medeweten van Laura. Laura volgde een alternatieve therapie waarmee haar toestand leek te stabiliseren. Wanneer er opnieuw een achteruitgang optreedt, belt Daniël ons op. Wij stellen voor om op huisbezoek te komen, maar dit blijkt momenteel onmogelijk. '*Als Laura het woord palliatief zal horen, zal ze haar moed laten zakken en dan is ze effectief op twee dagen dood*', zegt hij. Hij wil haar hoop om te genezen niet ontnemen.

Daniël heeft de zorg volledig op zich genomen: geen gezinshulp, geen thuisverpleging, amper mantelzorg. Hij heeft hiervoor bijna al zijn verlof opgenomen en tijdens een van de volgende telefoongesprekken klinkt er een zekere radeloosheid door zijn stem: '*Hoe moet het nu verder*'. Het blijkt voor hem een hele opluchting te vernemen dat hij recht heeft op palliatief verlof. Enkele dagen later belt hij ons: '*Kom toch maar eens op huisbezoek, maar praat niet over de dood.*'

Bij palliatieve zorg wordt, indien nodig, gebruik gemaakt van een team om aan de noden van de patiënt en zijn familie te voldoen; ook rouwcounseling hoort hierbij.

Tijdens het huisbezoek wordt vooral geluisterd naar de levensgeschiedenis van Laura en worden praktische tips in zorg uitgewisseld. De vier kinderen van Laura (uit een eerder huwelijk) zijn in huis: zij lopen binnen en buiten en komen soms het gesprek volgen, zonder iets te zeggen.

Amper een week later belt Daniël terug: '*Het eten en drinken gaat zeer moeizaam*'. Voor ons zijn dit symptomen dat Laura preterminaal is. We bespreken de voor- en nadelen van vocht- en voedseltoediening en horen tijdens dit gesprek dat Daniël beseft dat haar toestand slecht evolueert en onomkeerbaar wordt. Hij meldt ons ook dat een van de kinderen heeft gevraagd of het mogelijk is om met de palliatief deskundige te spreken. We spreken een nieuw huisbezoek af.

Lynn (twaalf jaar) vertelt dat ze een brief heeft geschreven aan haar mama en dat die mee in haar doodskist moet. Ze heeft haar mama hierover aangesproken, maar die heeft er geen oren naar: '*Ik kan dit niet aan*' was haar antwoord. Lynn zegt dit te begrijpen en vraagt of ze haar brief eens mag voorlezen.

Tijdens het gesprek met Laura kunnen we vaststellen dat ook zij beseft dat haar einde nadert. Ze uit haar zorgen over de kinderen

en hoe het zal zijn als zij er niet meer is. Laura vindt het zeer moeilijk hierover met de kinderen te praten, maar zou toch graag van elk iets meenemen voor '*haar grote reis*'. We proberen haar handvaten aan te reiken om deze gesprekken te voeren. Later vernemen wij dat ze heel blij was dat ze dit alsnog heeft kunnen doen.

Enkele dagen later is de toestand van Laura plots achteruitgegaan en is ze snel overleden. Enkele uren voor haar overlijden had ze haar echtgenoot gevraagd om de doopkleding van de kinderen te zoeken op zolder. Ze had er behoefte aan deze nog eens te zien en zelf aan de kinderen te kunnen tonen.

Bij het afrondingsbezoek noemde Daniël onze bezoeken 'a just-in-time-delivery' (een juist-op-tijd-bestelde-levering) en hij was dankbaar dat alles zo goed als mogelijk was verlopen: er was toch openheid gekomen, het doodgaan werd bespreekbaar en de kinderen hebben afscheid kunnen nemen.

Er volgden nog enkele telefonische contacten met Daniël als emotionele ondersteuning in zijn rouw. Hij was nu niet alleen zijn Laura kwijt, maar ook de kinderen waar hij ruim tien jaar had mee samengewoond zijn nu weg (de vier kinderen wonen terug bij hun biologische vader).

Emiel

Bij Emiel, 55 jaar, werd drie jaar geleden een sinuscarcinoom gediagnosticeerd en operatief verwijderd. Bij een recente CT-scan, aangevraagd omwille van blijvende rugklachten, werden uitgebreide botmetastasen vastgesteld. In de periode dat Emiel hiervoor radiotherapie volgt, neemt de huisarts contact op met PHA en vraagt om een huisbezoek.

Bij het eerste telefonisch contact vraagt Emiel: '*Is het waar dat "palliatieve" wordt ingeschakeld als de prognose beperkt is tot twee maanden?*' Hij is blij als hij hoort dat dit niet zo is: de thuiszorgequipe van het netwerk voor palliatieve zorg kan hem begeleiden op zijn tempo, samen met zijn familie.

Wanneer we op huisbezoek komen, ligt Emiel in een ziekenhuisbed in de woonkamer omdat rechtzitten te pijnlijk is. Terwijl hij zijn sigaretje rookt, praat Emiel over zijn zorgen: zowel zijn fysische klachten als zijn twijfels komen ter sprake. Emiel en zijn echtgenote willen ook stilstaan bij wat er hen te wachten staat. Zij vragen expliciet om duidelijke en eerlijke informatie. Emiel twijfelt bijvoorbeeld of hij na de radiotherapie nog chemotherapie zal starten. Wij adviseren hem om zijn twijfels en wensen duidelijk te bespreken met zijn behandelende artsen. Tevens geven we hem verduidelijking over de patiëntenrechten wet.

Enkele weken later vraagt de echtgenote om een nieuw huisbezoek. Er zijn geen fysische problemen (de pijn is ondertussen onder controle), maar patiënt en echtgenote willen graag informatie over de euthanasieprocedure. Zoals tijdens het eerste huisbezoek is er geen enkele schroom om de zaken duidelijk te benoemen. Emiel verwacht dit ook van elke hulpverlener. Omdat zijn huisarts zijn vraag om euthanasie begrijpt, maar de euthanasie niet wenst uit te voeren, is Emiel ongerust. Hij respecteert de keuze van de arts en apprecieert de duidelijkheid, maar wil ook zijn vertrouwenspersoon niet verliezen. Emiel waardeert het erg dat er naar hem wordt geluisterd en dat hij wegwijs wordt gemaakt in de nodige formaliteiten.

Nadat afspraken met artsen zijn gemaakt en formulieren zijn ingevuld, is Emiel gerustgesteld. Hij kan nog genieten van een warme zomer waarin hij nog geregeld zijn favoriete stamcafé kan bezoeken.

Bij een volgend bezoek blijft euthanasie een onderwerp van gesprek. Emiel is bezorgd om zijn echtgenote. '*Hoe reageren familieleden na een uitvoering van een euthanasie?*', wil hij weten. Hij verwoordt hoe hij zich voelde na de dood van zijn moeder waarmee hij een sterke band had en die hij maanden heeft verzorgd. Hij maakt me deelgenoot van zijn visie op leven en dood. Over geloof wordt niet gepraat, maar volgens Emiel is er ergens een continuïteit. Emiel hoopt dat ook zijn echtgenote verder zal kunnen na zijn overlijden. Dit gesprek waar

zowel verdriet, spijt, hoop en vertrouwen ter sprake zijn gekomen, zal voor iedereen een waardevolle herinnering blijven.

Hoewel de mobiliteit van Emiel beperkt is, hij snel moe wordt en geregeld pijnopstoten heeft, is het leven hem toch dierbaar en wil hij dit zolang mogelijk delen met zijn vrouw. Daarom neemt hij een belangrijke beslissing: hij kiest na uitgebreid overleg toch voor palliatieve chemotherapie. Omdat de nevenwerkingen beperkt blijven, is hij tevreden met zijn beslissing. Er wordt hem tijd gegund, zegt hij.

Momenteel is Emiel blij met elke mooie dag en dankbaar voor alle zorgen. Hij weet dat hij bij PHA terecht kan, niet alleen om advies te vragen voor zijn fysische problemen, maar ook om zijn aangename momenten, zijn tevredenheid en zijn twijfels te delen.

Bij palliatieve zorg is er emotionele ondersteuning voor de patiënt en zijn naasten.

Antoon

Antoon, 89 jaar, heeft terminale kanker. Zijn zoon belt ons op met de vraag eens bij zijn vader langs te gaan: *'Hij wil graag over een aantal zaken praten, maar kan hiermee niet bij zijn kinderen of vrienden terecht'*. De zoon vertelt ons ook dat hijzelf geen enkele ervaring heeft in dit soort gesprekken en dat hij het erg zou waarderen als er iemand van ons met hem zou kunnen praten.

Tijdens het huisbezoek zie ik dat Antoon in vergelijking met het vorige bezoek toch fel is achteruitgegaan. Alhoewel de thuisverpleging dagelijks langskomt, ziet hij er onverzorgd uit. Na wat algemene vragen begint hij voluit te praten, springt van de hak op de tak, van het ene onderwerp naar het andere. En dan plots: '*Ik ben gelovig, maar niet zo gelovig'*. Hij benoemt dit zo omdat zijn geloof hem momenteel geen houvast biedt, geen steun. Hij wil dit leven afronden om naar het volgende te kunnen gaan. Hij wil geloven, heel diep geloven, maar weet niet hoe. Hij is jaloers op de mensen die dit wel kunnen en heeft hier al over gepraat met vrienden en kennissen. Ineens wordt hij boos: hij verwacht van mij het ultieme antwoord, de manier om zijn geloof terug te vinden, om het diepe geloof te vinden zodat hij er een houvast aan heeft. Ik kan hem echter dat antwoord niet geven, ik kan alleen maar vragen stellen en luisteren. Hij blijkt heel veel te hebben meegemaakt, ook tijdens de oorlog. Hij doet geen moeite meer om zijn emoties onder controle te houden en vertelt zaken waar hij nog nooit met zijn kinderen over gesproken heeft.

Bij palliatieve zorg is er is begeleiding bij existentiële vragen.

Achteraf hoor ik dat dit de eerste keer was dat hij luidop uitgesproken heeft dat hij gaat sterven, dat het einde van zijn leven in zicht is.

Een tweetal weken later breng ik opnieuw een bezoek aan Antoon. Nu is hij veel rustiger en ziet er ook verzorgder uit. Zijn zoektocht naar het geloof heeft hij met meerdere vrienden besproken. Hij begint te begrijpen dat niemand hem een antwoord kan geven, dat het antwoord enkel te vinden is bij hemzelf. Alhoewel hij zegt dat hij vrede heeft genomen met het feit dat hij niet lang meer zal leven, blijft hij op sommige punten vasthouden aan het leven. Enerzijds heeft hij een schriftje op zijn nachttafel liggen: als hij 's nachts wakker wordt en over iets piekert, schrijft hij het op, anders kan hij niet meer slapen uit schrik dat hij het 's morgens niet meer zal weten. Anderzijds kan hij een aantal dingen beter loslaten: als hij vroeger met iets bezig was dan ging hij door, ook 's nachts tot het af was, dat doet hij niet meer. Hij kan zich er bij neerleggen dat het niet meer af zal geraken.

Antoon maakt nog een kleine reis naar zijn familie, maar moet terug naar huis komen omdat het niet meer gaat. Uiteindelijk wordt hij opgenomen op een palliatieve eenheid. Hier krijgt hij de ziekenzalving en voelt zich heel rustig. Wanneer zijn familie een kruisbeeld vindt bij het vuile wasgoed, brengen ze dit ijlings terug naar de eenheid. Als ze hem dit gevonden kruisbeeld tonen, slaapt hij rustig in, voor altijd.

Vaak heb je geen antwoorden maar kan je er alleen maar zijn en luisteren en als het gepast is vragen stellen die de patiënt misschien helpen om het antwoord te vinden.

Marthe

Marthe, een 79-jarige weduwe, heeft pancreaskanker. Ze is ontslagen uit het ziekenhuis met een erg korte prognose van veertien dagen: dit werd haar medegedeeld. Uiteindelijk heeft mevrouw nog vijf maanden geleefd. Naarmate de tijd verder verstreek, kreeg mevrouw het moeilijk met de prognose die ze zover aan het 'overleven' was.

Marthe staat volledig in waarheid betreffende haar toestand. Ze is ook erg bezig met het naderende einde. Ze schrijft graag en maakte zelf de tekst van haar doodsprentje. Ze is bezig met kleine laatste wensen nog waar te maken: het graf van haar moeder bezoeken, nog eens naar de zoo gaan, … .

Bij palliatieve zorg zijn de psychologische en spirituele aspecten van de zorg geïntegreerd.

Marthe is beperkt omkaderd. Haar partner is vijftien jaar geleden overleden. Ze heeft geen broers of zussen die nog in leven zijn en ook geen kinderen. Door haar beperkte omkadering voelt ze zich alleen met haar nood om te kunnen praten over haar naderende levenseinde.

PHA wordt ingeschakeld met een duidelijke vraag naar emotionele ondersteuning. Marthe zegt nood te hebben aan diepgaande gesprekken. Door dit crisismoment in haar leven is Marthe erg met zingeving bezig. Allerlei vragen die ze nooit eerder met dezelfde scherpte heeft gesteld, komen aan de oppervlakte. Ze geeft aan dat ze graag verder wil leven in de herinnering en gedachten van anderen, maar dat ze bang is dat dit niet het geval zal zijn: ze heeft bijvoorbeeld geen kinderen waarin ze verder kan leven. Ze geeft een beertje aan de thuisverpleegkundige om aan haar zoon te bezorgen om op die manier niet vergeten te worden. Ze vertelt fragmenten uit haar levensverhaal. Het is een voorrecht dit te mogen beluisteren: je wordt toegelaten in iemands persoonlijke en intieme levenssfeer. Ze spreekt over de zaken waar ze spijt van heeft, haar relatie met haar laatste man, ze vraagt zich af of er een leven na de dood is en hoe dit er dan zou uitzien?

Zingeving heeft ook te maken met wat je allemaal meemaakte in je leven én hoe je deze ervaringen een plaats hebt gegeven, verwerkt, welke betekenis en zin je eraan hebt gegeven.

Uiteindelijk komt ze terecht bij de meer pijnlijke gebeurtenissen in haar levensverhaal. Het verlies van haar enige dochter op zesjarige leeftijd en de vier miskramen die ze had. Marthe wordt erg emotioneel als ze hierover vertelt. Blijkbaar raken we hier onafgewerkte zaken aan. Door het erkennen en beluisteren van haar verdriet wordt toelating gegeven dat ook deze moeilijke zaken er mogen zijn. Er mag verdriet zijn. Het huilen om lang geleden verlies

is geen openhalen van oude wonden. Het is het in gang zetten van het verwerkingsproces dat nooit goed van start was gegaan. Omgaan met existentiële pijn is moeilijk. En dat heeft te maken met het feit dat we die pijn niet echt kunnen ‘oplossen’. Door respectvol nabij te zijn als mens en de patiënt onvoorwaardelijk te aanvaarden, kunnen we als hulpverlener een belangrijke taak opnemen in het helen van de spirituele pijn.

Maria

Maria, 55 jaar, meldt zich aan als palliatieve longkankerpatiënte. Ze kende de mogelijkheden die een palliatieve thuisbegeleidingsequipe kan bieden en de patiëntenfolder van PHA heeft ze al een tijdje. Ongeveer een maand na de mededeling van haar ongunstige prognose durft ze het aan om de equipe op te bellen en om ons op bezoek te vragen. Na overleg met haar huisarts leggen we een huisbezoek af.

Het treft mij hoe direct en open Maria over haar situatie spreekt. Haar man en de nog thuiswonende zoon (24 jaar) hebben het hier heel moeilijk mee. Ze benoemt haar man als een 'gesloten' persoon die bijna altijd uit werken is. De relatie met haar zoon is altijd afstandelijk geweest. Maria vindt het jammer dat ze met hen amper kan praten over haar huidige ziekte en haar sterven in de toekomst . Ze voelt en weet dat dit nabij is. De diepgaande gesprekken met haar broer Willem, hij komt wekelijks langs, betekenen veel voor haar. Ook heeft zij enkele vriendinnen die willen blijven luisteren naar haar verhalen. Haar zus en schoonzussen doen voor haar om beurt de inkopen en bereiden voor haar gezin de maaltijden. Maria wil zo lang mogelijk thuis blijven en vraagt ons inschakeling van een gezinshulp om haar thuiszorg uit te bouwen.

Bij palliatieve zorg is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt.

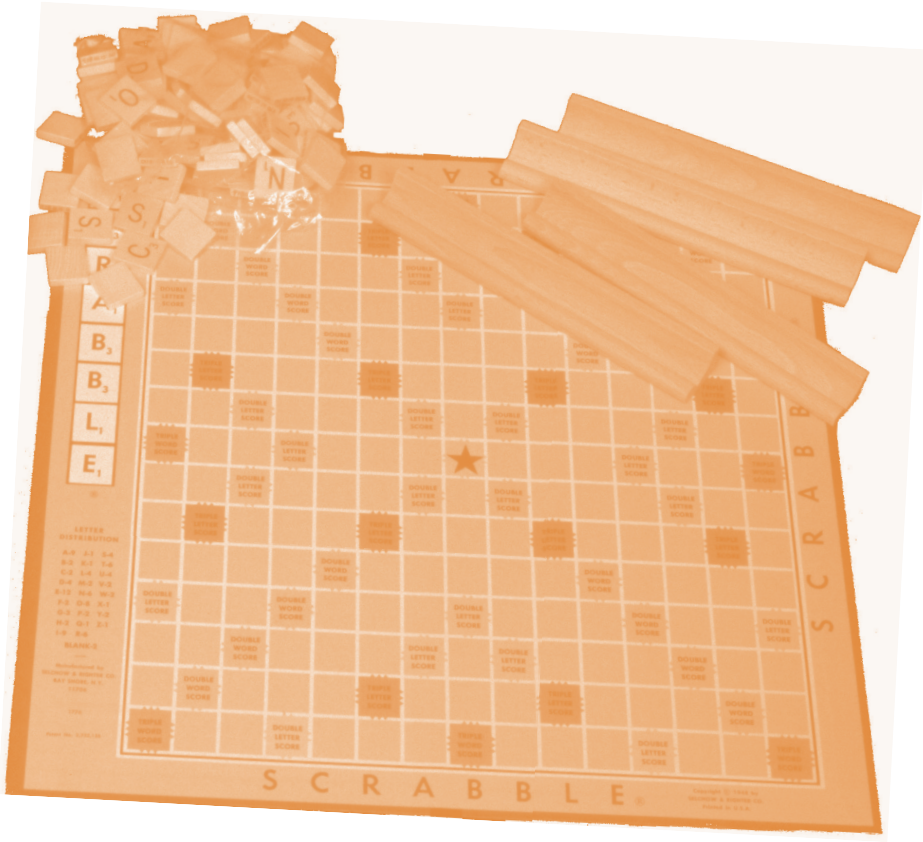
Na enkele weken neemt ze opnieuw contact op met ons: ze wil meer weten over de voor- en nadelen van pijnmedicatie en in het bijzonder van morfine. En inderdaad heeft Maria nu veel meer pijn dan bij ons eerste huisbezoek. Omdat zij reeds de maximale dosis 'trap 2'-medicatie krijgt, informeren wij haar over de mogelijke nevenwerkingen van morfine. Het gegeven dat morfine het leven niet verkort en haar bewustzijn niet aantast, stelt haar voldoende gerust: ze zal de door haar huisarts voorgeschreven morfinetabletten nu wel nemen. Met morfine is de pijn onder controle en kan ze de dingen die ze nog graag doet in huis behoorlijk verrichten.
Bij het volgende bezoek lijkt Maria onrustig. De angst om wat komen gaat, speelt haar af en toe parten en het blijft voor haar heel moeilijk dat noch haar man noch haar zoon met haar hierover willen praten. Meer nog: haar eetlust is serieus afgenomen en ze weet dat dit normaal is bij haar kanker. Haar man heeft ondertussen de thuisverpleegkundige gevraagd naar de mogelijkheden van sondevoeding en haar zoon vond het zelfs nodig alternatieve voedingsproducten en dure voedingssupplementen in huis te halen.

We hebben een lang gesprek met de man van Maria. Voor het eerst kan hij toegeven hoe moeilijk hij het heeft met het mogelijke overlijden van zijn echtgenote. '*Ik ben er nog niet klaar voor.*' vertelt hij ons. We kunnen hem overtuigen dat vermindering van eetlust een normaal verschijnsel is bij palliatieve patiënten en dat het opstarten van sondevoeding geen enkele garantie geeft naar effect, maar mogelijks wel heel wat ongemakken en verlies aan 'levenskwaliteit' kan meebrengen.

Getuigenis van een vrijwilliger

Vrijwilligers bieden aanwezigheid en ondersteuning aan palliatieve patiënten en hun naasten. Door hun positie van nabije vreemde, bouwen zij soms een vertrouwensvolle relatie op met de patiënt.

Deze vrijwilligster van PHA ging 4 maanden lang wekelijks op bezoek bij een alleenstaande vrouw. Na het overlijden van deze vrouw schreef de vrijwilligster haar postuum deze afscheidsbrief.



Lieve Emilienne*

Zoveel talenten, zoveel remmingen, een warm, teergevoelig hart …
Hiermee leren leven noemt men levenskunst.

Ik liet me wiegen op uw gedachten en gevoelens.
U genoot ervan.
Voor mij waren het deugddoende namiddagen.

Het telkens weer meten en uitbreiden van uw kennis
boeide me.

Het samen genieten van muziek

vertaalde uw wens om mooie dingen te delen.
De strakke lijnen waaraan u zich vast hield,
waarvan u voorzichtig hoopte dat anderen ze volgden,
ben ik beter gaan begrijpen.
Uw observeren van mensen, scherp maar met een warm hart,
bang om te kwetsen,
verraste me vaak.
Uw dankbaarheid
ontroerde me.

Door u ben ik milder gaan denken over ‘leven’.

Over het leven na de dood.

Zoals over alles, dacht u ook hier veel over na.
soms vaag, van op een afstand bekeken,
soms heel concreet
en dan liet u me een glimp zien van uw twijfels.

Zullen we ooit nog eens scrabble spelen?

Ik draag voor altijd een stukje van u mee,
Bedankt.

Moge het u goed gaan!

*pseudoniem

Op bezoek bij de buren

Silvia Peeters, Dr. Noël Derycke

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

Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout vzw
Stationstraat 60-62
2300 Turnhout
Tel.: 014 43 54 22
Fax: 014 43 65 53
E-mail: pnat@pnat.be
Web: www.pnat.be

Werkingsgebied

Het werkingsgebied omvat 27 gemeenten: Arendonk, Baarle-Hertog, Balen, Beerse, Dessel, Geel, Grobbendonk, Herentals, Herenthout, Herselt, Hoogstraten, Hulshout, Kasterlee, Laakdal, Lille, Meerhout, Merksplas, Mol, Olen, Oud-Turnhout, Ravels, Retie, Rijkevorsel, Turnhout, Vorselaar, Vosselaar, Westerlo.

Het werkingsgebied telt ongeveer 400000 inwoners.

Historiek

Voor de historiek gaan we terug in de tijd naar eind jaren ’80 en komen terecht bij mevrouw Melanie (Vifke) Daamen. Vifke was als verpleegkundige werkzaam op de dienst oncologie van het UZ Leuven en woonachtig in de regio Turnhout. Ze stelde zich vragen over de ‘uitbehandelde’ oncologische patiënten die naar huis werden gestuurd: hoe en door wie worden deze patiënten thuis opgevangen? Bij Dr. Paul Cornil en Dr. Guy Clerinx, huisartsen uit de regio Turnhout, vond ze bondgenoten om samen hun schouders onder een project te zetten: ‘palliatieve thuiszorg’. Om zich verder te bekwamen, volgde zij een stage in het Saint-Michaels Hospice in Hastings (UK). Dankzij Vifke Daamen en haar medestaanders van het eerste uur, kon de palliatieve thuiszorg in de regio Turnhout georganiseerd worden. De werking van deze thuiszorgequipe ‘avant la lettre’ werd in 1989 geofficialiseerd door de oprichting van Ispahan vzw, palliatieve zorg Kempen. Ispahan werd, en is nog steeds, een begrip in de regio en overleefde door fondsenwerving en giften van milde sponsors.

Door een erkenning in het kader van de experimenten van Busquin kwam er in 1993 extra financiële steun voor Ispahan en kon de equipe haar personeelskader uitbreiden.

Wanneer in 1995 het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken verschijnt, opteert Ispahan vzw om niet zelf de erkenning als netwerk te claimen.

Immers ook vanuit de andere sectoren

(ziekenhuizen, woon- en zorgcentra, ...) kwam de terechte bezorgdheid om de palliatieve zorgcultuur niet alleen in de thuissituatie, maar ook in hun instellingen een belangrijke plaats te geven.

De leden van het netwerk zouden een weerspiegeling moeten zijn van alle actoren in de zorg uit de regio Turnhout en dus werd geopteerd voor een model waarin alle partners van het netwerk inspraak hebben in de werking van het netwerk en tevens controle kunnen uitoefenen.

De thuiszorgequipe Ispahan was de wegbereider voor de palliatieve zorg in de regio Turnhout. Het netwerk wil de palliatieve zorgcultuur in alle zorgsettings promoten. De samenwerking tussen beide organisaties was in de beginjaren ook structureel: immers een medewerker van de thuiszorgequipe was halftijds coördinator van het netwerk.

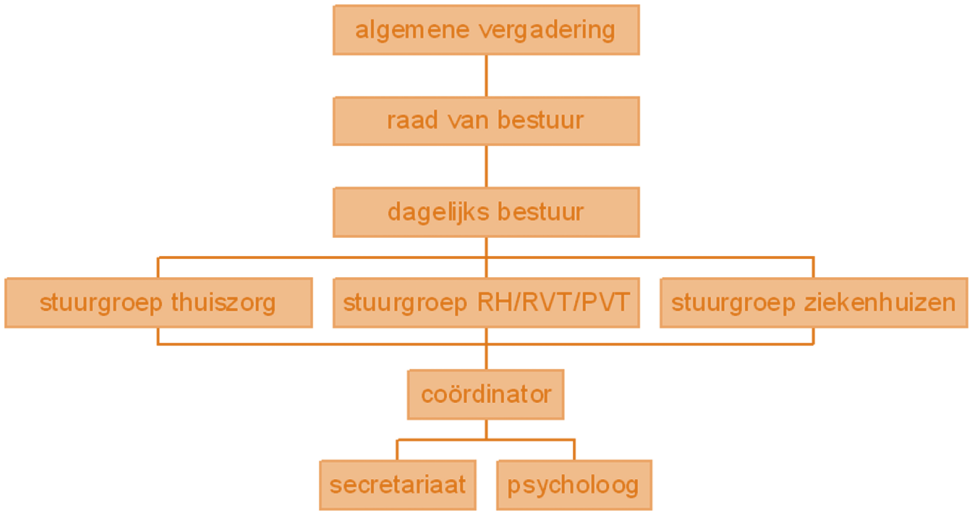
Organigram Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout vzw (PNAT)

Zowel in de Algemene Vergadering als in de Raad van Bestuur van het netwerk is er een 60/40 verhouding tussen de thuiszorg versus de intramurale zorg. De thuisvervangende zorg is de grootste poot: de meeste patiënten wensen immers thuis te kunnen sterven.

Op 30 augustus 1995 werden de statuten van de vzw Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout neergelegd. Dr. Guy Clerinx werd de eerste voorzitter van het netwerk.

Het Dagelijks Bestuur bestaat uit de voorzitter, de penningmeester en de secretaris van het netwerk en de voorzitters van de respectievelijke stuurgroepen.

PNAT vzw heeft als doel de palliatieve zorgverlening in het arrondissement Turnhout uit te bouwen, te coördineren en te optimaliseren. De wettelijk omschreven taken zijn hiervoor het uitgangspunt (sensibiliseren, samenwerking en deskundigheid bevorderen, het verdedigen van de belangen van de palliatieve zorg).
Dit zijn de opdrachten voor de verschillende



stuurgroepen.
PNAT vzw ondersteunt daarnaast zijn diverse werkgroepen (werkgroep PST's, werkgroep vorming, werkgroep gehandicaptensector, werkgroep kinesitherapie) waarbij aandacht gaat naar bijzondere doelgroepen of deelopdrachten.

Logo

palliatief netwerk
ARRONDISSEMENT TURNHOUT V.Z.W.

Het logo symboliseert de diverse sectoren. De ziekenhuizen, de RVT's en het vlammetje voor de thuiszorg.

Team

Guy Hannes, coördinator 1 VTE.
Annik Janssens, psycholoog 0,5 VTE.
Tamara Taeymans, secretaresse 0,6 VTE.

Gesprek met Guy Hannes

S&N: Het netwerk en de thuiszorgequipe Ispahan zijn twee aparte vzw's onder hetzelfde dak. Wat zijn de voordelen hiervan?
Er is een goede samenwerking met de thuiszorgequipe Ispahan. Het werken als twee gescheiden vzw's geeft bewegingsvrijheid aan het netwerk. Het netwerk hoeft niet bezig te zijn met de werking, interne keuken, financiering van de thuiszorgequipe. Op die manier kan ik mij volledig richten op de zuivere netwerktaken.

Zo gaat veel van onze tijd naar onze drie stuurgroepen: Ziekenhuis, thuiszorg, RVT/PVT. Hierin zetelen beleidsmensen uit de diverse sectoren. Zij vergaderen vier keer per jaar. Zij sturen het netwerk aan en zorgen voor een doorstroming naar hun achterban. Daarnaast zijn er diverse werkgroepen actief onder leiding van het netwerk. Ik denk aan de werkgroep PST's, kinesitherapeuten, … . Een nadeel is onze beperkte personeelsomkadering: amper 2,1 VTE.

S&N: Hoe doen jullie momenteel sensibilisatie?
Met sensibilisatie ben je mijns inziens altijd bezig. Via onze website en folder trachten we ons continu bekend te maken. Verder organiseren we vier keer per jaar vorming voor het brede publiek. Dit wordt ruim bekend gemaakt. Er zijn telkens zo'n 100-150 deelnemers uit diverse zorgsectoren. Vanuit de werkgroep externe communicatie worden op regelmatige basis vrijwilligers uitgestuurd om getuigenissen te brengen (in scholen, …).

In 2006 werd een project opgestart vanuit de stuurgroepen omtrent de meerwaarde van een netwerk. De samenvattende tekst zal in 2007 in brochurevorm aan alle partners worden verstuurd. Tevens is het onze betrachting om op deze manier ook nieuwe lokale besturen te kunnen bereiken.

Het netwerk beschikt niet over een tijdschrift. De pro's en contra's van een tijdschrift werden onlangs binnen het bestuur nog op een rijtje gezet. Uiteindelijk is beslist om er geen uit te geven. De kostprijs en de lage personeelsbestaffing waren de doorslaggevende argumenten. Misschien is een provinciaal tijdschrift nog een idee?

S&N: Hebben jullie veel vormingsaanvragen?
In oorsprong was het vooral de thuiszorgequipe die vormingen opnam. Voor hen was dit een belastende taak aangezien dit bovenop hun

patiëntenbegeleidingen kwam. Nu neemt het netwerk de organisatie en de coördinatie van de vorming volledig op zich. Het netwerk wordt hierin ondersteund door de werkgroep vorming die is samengesteld met mensen vanuit de verschillende zorgsettings en disciplines. De thuiszorgequipe levert wel ondersteuning wat betreft sprekers en mankracht om de inschrijvingen vlot te laten verlopen. We hebben ook regelmatig vragen naar vorming op maat : de meeste aanvragen komen van RVT's en thuiszorgorganisaties.

Er is een goede samenwerking met het Hoger Instituut voor Verpleegkunde Sint-Elisabeth Turnhout voor de opleidingen voor de verpleegkundigen en de basisopleiding voor verzorgenden. Het netwerk vult inhoudelijk het programma mee in, de praktische zaken worden door de school opgenomen. Via deze school zijn we ook geïntegreerd geraakt in andere opleidingen: oncologie, polyvalent verzorgende, … .

De werkgroep PST organiseert jaarlijks een themadag voor de ziekenhuismedewerkers. Voor de referentiepersonen van de RVT's inzake palliatieve zorg organiseren we tweemaal per jaar een terugkomdag. Voor de referentieverpleegkundigen palliatieve zorg in de thuiszorg organiseren we twee keer per jaar een vorming van een halve dag. Om de twee jaar organiseren we een symposium voor alle hulpverleners en het andere jaar een studiedag specifiek naar artsen.

S&N: Wat zijn de sterke punten van het netwerk?

Ik denk persoonlijk dat we een goed uitgebouwde structuur hebben. We beschikken over goede kanalen. We weten wie we langs welke weg kunnen bereiken en omgekeerd ook: men kent de weg naar het netwerk. Op die manier zien we maar weinig personen over het hoofd. Het netwerk wordt gedragen door alle partners. Verder ben ik fier over ons breed vormingsaanbod. Hierdoor hebben we het palliatief gedachtegoed op vele plaatsen reeds kunnen 'zaaien'.

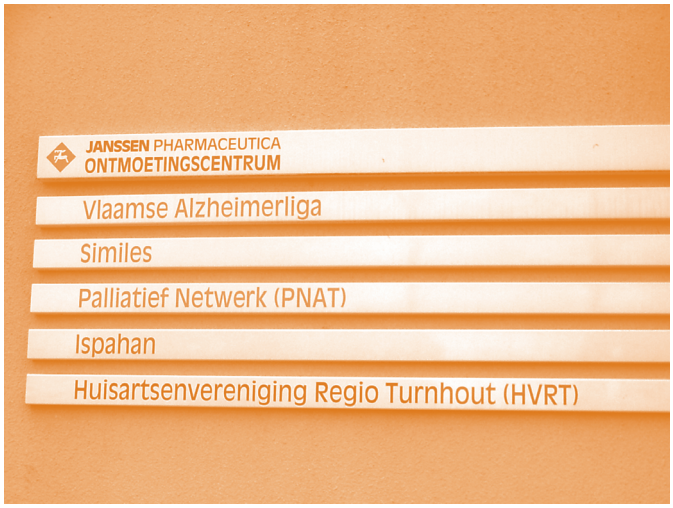
S&N: Hebben jullie een vrijwilligerswerking?
Nee, wij hebben geen eigen vrijwilligerswerking. De palliatieve eenheid en de thuiszorgequipe hebben wel een eigen vrijwilligerswerking. Het netwerk verzorgde in het verleden wel de vrijwilligersopleiding naar de RVT vrijwilligers en gezamelijke ontmoetingsmomenten voor vrijwilligers in de palliatieve zorg uit de diverse settings.

S&N: Doen jullie ook aan kwaliteitsbewaking?
Voor wat betreft ons vormingsaanbod werken we met evaluaties. Wat betreft de kwaliteit van de netwerking op zich krijgen we via de werkgroepen en stuurgroepen voldoende feedback. Op die manier gebeurt er praktisch voortdurend een zelfreflectie en kwaliteitstoetsing.

S&N: Hoe is de samenwerking met de andere netwerken.
Ik heb het gevoel dat de samenwerking met de netwerken alsmaar beter verloopt. Zeker provinciaal, ben ik erg tevreden over de samenwerking. Op Vlaams niveau beginnen de coördinatoren eveneens meer naar mekaar toe te groeien. Maar er is nog werk aan de winkel. Knelpunt blijft dat alle netwerken op een andere manier gegroeid zijn.

Positief vind ik ook dat er op de Federatie structureel een aantal dingen aan het veranderen zijn waardoor de samenwerking tussen de netwerken gemakkelijker wordt.

S&N: Ontgoochelingen?
De personeelsbezetting van de netwerken is toch minimaal zeker voor het grote takenpakket waarvoor het staat.



Ik vind het spijtig dat de netwerken destijds geen inspraak hebben gehad in welke discipline er als uitbreiding zou bij komen. Er is niet gepeild naar de ‘echte’ noden die er op dat ogenblik waren. Uiteindelijk is het een half time psycholoog geworden. Uiteraard zijn we tevreden met de uitbreiding op zich en hebben we onze weg daarin gevonden, maar het is niet altijd evident gebleken om deze functie optimaal in te vullen.

S&N: Welke uitdagingen zie je voor de toekomst?
Dat het palliatief gedachtegoed meer doordringt in de rest van de gezondheidszorg; dat de palliatieve zorg mag verbreden. Hiermee bedoel ik: dat de netwerken de expertisecentra zouden worden in beslissingen rondom het levenseinde en dit in de ‘brede’ zin van het woord ‘levenseinde’ .

22 vragen van Marcel Proust

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

Vital Vanassche
° 17/07/1957

1. Wat is het grootste ongeluk dat u zou kunnen overkomen?

Het verlies van een geliefd persoon.

2. Waar zou je liefst wonen?

In Zuid-Frankrijk, meer bepaald in de Perigordstreek; beter weer als hier, het ongerepte en woeste van de streek spreekt mij sterk aan, en ook er is wijnbouw in de buurt.

3. Wat is het volkomen geluk hier op aarde?

Het hebben van een goede gezondheid en het mogen zijn wie je bent.

4. Voor welke misstappen kunt u begrip opbrengen?

Een leugentje om bestwil.

5. Welke personage uit de geschiedenis bewondert u het meest?

Ghandi, die vanuit zijn eenvoud toch heel wat betekent heeft voor zijn volk en ook ver daarbuiten.
Momenteel heb ik heel veel bewondering voor de Daila Lama en de Lama Karta

6. Voor welke vrouwen van vroeger of nu koestert u bewondering?

Mijn beide grootmoeders die mij steeds gesteund en aangemoedigd hebben wanneer ik het moeilijk had, vooral in mijn jeugdjaren.

7. Wie is uw lievelingscomponist?

YANNI: een hedendaagse componist van Griekse afkomst die momenteel in Amerika woont. Hij maakt sublieme muziek waarin hij een symfonisch orkest laat samen spelen met oude en moderne instrumenten. Het mooie van zijn muziek is dat hij instrumenten volledig tot hun recht kan laten komen.

8. Welke eigenschappen waardeert u het meest in een man?

Het relativerend vermogen, intelligentie, de kracht

9. Welke eigenschappen waardeert u het meest in een vrouw?

Het zorgzame, het zachte, het empatisch vermogen

10. Wat is uw lievelingsdeugd?

Het hebben van geduld. Niet direct uit de slof schieten maar de dingen rustig kunnen observeren om er dan een eigen mening over te uiten.

11. Wat doet u het liefst?

Er zijn verschillende zaken die ik graag doe:

- Mediteren
- muziek beluisteren
- boek lezen
- barbecuen,
- wijn proeven
- gewoon niksen, in de zomer onder onze treurwilg

12. Wat is uw grootste karakterfout?
Soms zaken te lang uitstellen zodat ik dan onder stress kom te staan.

13. Wat is uw lievelingskleur?
Groen

14. Wie is uw lievelingsdichter?
Een lievelingsdichter heb ik niet. Momenteel ben ik geboeid door boeken rond de Boeddhistische levensfilosofie

15. Wie zijn de helden van vandaag?
Mensen die zich belangeloos inzetten voor organisaties en verenigingen, die zich ten dienste tellen voor de medemensen.

16. Welke namen hoort u het liefst?
Kaatje: naam van mijn vrouw
Sara: naam van onze dochter

17. Wat verafschuwt u het meest?
Egoïsme, oppervlakkigheid, naijver, jaloezie, achterklap

18. Wat was de belangrijkste omwenteling in de geschiedenis?
Voor mij is dat de Industriële revolutie.

19. Welk talent zou u het liefst hebben?
Kunnen zingen en muziek spelen

20. Hoe zou u het liefste willen sterven?
Voor mijzelf het liefst plots. Voor mijn geliefden zou het goed zijn dat we afscheid kunnen nemen van elkaar

21. Welke hervorming zou u het liefst willen doorvoeren?
Een betere en gelijke verdeling van de middelen voor onze gezondheidszorg en onze pensioenen zodat iedereen een redelijke levensniveau kan blijven behouden

22. Wat is uw motto?
Carpe Diem: pluk de dag, genieten van iedere nieuwe dag en van de kleine dingen rondom ons.
Respect en mededogen hebben voor onze medemensen

Gedicht

Kristel Cools

Ik hou van je

Ik hou van je
als morgen dag omarmt
een eerste vogel melodie verwarmt

Ik hou van je
als kopje van eitje geplukt
lepeltje naakte vrucht uitslurpt

Ik hou van je
als eerste mens mijn lach ontwaart
lieve vreugde het licht bewaart

Ik hou van je
als zon hoog aan ’ t blauwe staat
steen en mos en zand verslaat

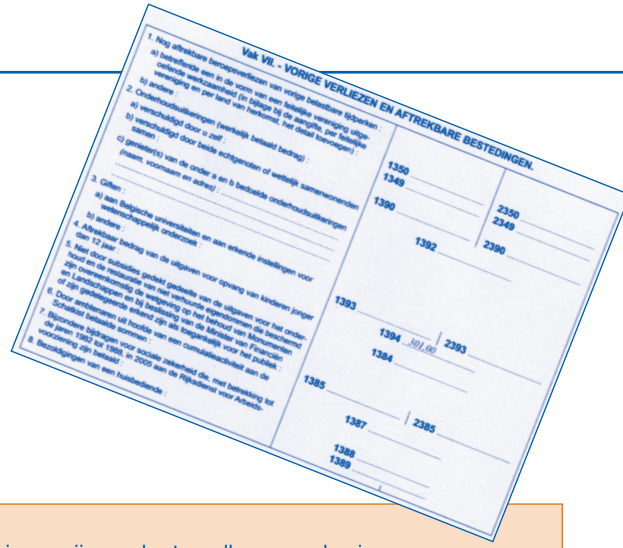
Ik hou van je
als schemer natte nacht insluipt
mens en dier naar schuilplaats kruipt

Ik hou van je
als slaap me in jouw armen groet
het hart gestaag, ons zijn behoed

Ik hou van je
als zwarting me naar ochtendgloren leidt
gevoel in eerlijk dromen glijdt

Ik hou van je
in ‘ t lichtspel van ons leven
waar liefde vreedzaam is gegeven

Giften


Vak VII. - VORIGE VERLIEZEN EN AFTREKBARE BESTEDINGEN.

1. Nog aftrekbare beroepsverliezen van vorige belastbare tijdperken :
a) bedragen een in de vorm van een jaarlijkse vermindering uitgedrukte werkzaamheid (in bijlage bij de aangifte, per belastingvermindering en per land van herkomst, het detail toevoegen) :
b) andere :
2. Onderhoudsuitkeringen (werkelijk betaald bedrag) :
a) verschuldigd door u zelf :
b) verschuldigd door beide echtgenoten of wettelijk samenwonenden samen :
c) gestorte(n) van de onder a en b bedoelde onderhoudsuitkeringen (naam, voornaam en adres) :
3. Giften :
a) aan Belgische universiteiten en aan erkende instellingen voor wetenschappelijk onderzoek :
b) andere :
4. Aftrekbaar bedrag van de uitgaven voor opvang van kinderen jonger dan 12 jaar :
5. Niet door subsidies gedekt gedeelte van de uitgaven voor het onderhoud en de restauratie van niet verhuurde eigendommen die beschermd zijn overeenkomstig de wetgeving op het behoud van de monumenten en Landschappen en bij beslissing van de Minister van Financiën of zijn gedelegeerde erkend zijn als toegankelijk voor het publiek :
6. Door ambtenaren uit hoofde van een cumulatieactiviteit aan de Schatkist betaalde sommen :
7. Bijzondere bijdragen voor sociale zekerheid die, met betrekking tot de jaren 1997 tot 1999 en 2005 aan de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening zijn betaald :
8. Bezoldigingen van een huisbediende :

1350	
1349	
1390	2350
	2349
1392	2390
1393	
1394 301,00	2393
1384	
1385	
1387	2385
1388	
1389	

Nieuw rekeningnummer

Schenkingen zijn van harte welkom op rekeningnummer
735 - 0128225 - 76
met de vermelding ‘gift’
PHA mag je een fiscaal attest afleveren voor elke gift van minimum € 30,00 of de som van minimum € 30,00 op jaarbasis.
Het attest geeft je recht het gestorte bedrag in te brengen op je jaarlijkse belastingaangifte. Het attest wordt ten laatste begin april van elk jaar toegezonden. Hartelijk dank.

PHA bedankt:

De sponsors van Myriam Belsack tijdens de Chicago Marathon.
Theatergezelschap ‘Den Ballon’
Familie Raeymakers - De Bont
August Boeren
François Bontemps
Hugo Botteldoorn
Marie-Christine Lammens

PHA dankt volgende sponsors:

KBC Bank & Verzekering

Meda

Cera Holding

Janssen Cilag

Lions Clubs zone 22 MD 112 B

Vedior Medical

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

Maandag 26 maart 2007 van 19.00 tot 22.00 uur

Handmassage met aromatische olie (workshop)

Handmassage is een wijze van nabij zijn en contact maken met de palliatieve patiënt. In deze workshop wordt handmassage aangeleerd in combinatie met aromatische olieën.
Doelgroep: Professionelen in palliatieve zorg.
Spreker: Veerle Waterschoot, aromatherapeute.
Plaats: UA Campus Drie Eiken, lokaal S012, Universiteitsplein 1, 2610 WILRIJK
Prijs: € 15,00 pp (inclusief koffie, aromatische olie, attest) ter plaatse te betalen.
Inschrijven is noodzakelijk en uiterlijk op 19 maart 2007 via mieke.vanaelst@ua.ac.be of 03 820 25 31 (minimum 12 en maximum 18 deelnemers). Breng een handdoek mee.

Mei 2007

Studienamiddag palliatieve zorg - gehandicaptenzorg

Palliatieve zorg sijpelt ook door in de wereld van voorzieningen voor personen met een handicap. In deze instellingen groeit de vraag naar adequate palliatieve zorg en deskundigheid. Het provinciaal overleg van de vier netwerken palliatieve zorg, in samenwerking met de Stichting Welzijnszorg van de provincie Antwerpen, organiseert jaarlijks een studienamiddag voor de voorzieningen voor personen met een handicap.
Verdere info bij de netwerken en op www.pha.be

Woensdag 9 mei 2007 van 13.30 tot 17.30 uur

HERNEMING Themanamiddag: Ieder zijn recht, ieder zijn plicht (Implementatie van de patiëntenrechtenwet in een RVT)

Programma:

- Workshop casussen uit RVT's.
- Rapportage werkgroepen door de woordvoerders.
- Wet betreffende de patiëntenrechten. Welke rechten heeft een bewoner in een RVT? Wat is een vertrouwenspersoon en wat is een vertegenwoordiger? Dr. Marc Van Hoey, CRA .
- Discussie wettelijk kader: taakomschrijving van de wettelijke vertegenwoordiger; plaats, rol en functie van de vertrouwenspersoon. Prof. Thierry Vansweevelt, Hoogleraar UA, advocaat en Evelien Delbeke, vorser faculteit Rechten UA.

Plaats: Weilandshof - Turnhoutsebaan 625 - 2110 WIJNEGEM
Prijs: € 10,00 pp (inclusief koffie, syllabus, attest) ter plaatse te betalen.
Inschrijven is noodzakelijk en uiterlijk op 2 mei 2007 (het aantal plaatsen is beperkt). Inschrijven via mieke.vanaelst@ua.ac.be of 03 820 25 31.
Accreditering voor artsen is aangevraagd.

Voor inschrijvingen of meer informatie omtrent onze activiteiten: tel. 03 820 25 31 - e-mail mieke.vanaelst@ua.ac.be - www.pha.be

Dinsdag 22 mei 2007 van 9.30 tot 22.30 uur

Informatieavond over palliatieve zorg voor de bevolking

Het is de opdracht van een netwerk palliatieve zorg iedereen te informeren over palliatieve zorg en haar mogelijkheden. Geregeld organiseert PHA informatieavonden waar iedereen welkom is.

Doelgroep: familie, vrienden, kennissen, en iedereen geïnteresseerd in palliatieve zorg.

Programma:

- Wat is palliatieve thuiszorg?
- Structuur palliatieve zorg in Vlaanderen en in de regio Antwerpen.
- Taak van het netwerk Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw.
- Partners in de palliatieve thuiszorg.
- Regelingen en financiële tegemoetkomingen voor palliatieve patiënten en hun zorggevers.

Plaats: Gemeentehuis, Raadzaal, Heuvelstraat 91, 2530 BOECHOUT

Deelname is gratis; inschrijven is gewenst en uiterlijk op 15 mei 2007 mieke.vanaelst@ua.ac.be of 03 820 25 31.

31 mei 2007 van 14.00 tot 20.00 uur. LEUVEN

4de Vlaams Congres Palliatieve zorg

INFO: www.palliatief.be of www.pha.be

Woensdag 6 juni tot zaterdag 9 juni 2007. BUDAPEST

10th Congress of the European Association for Palliative Care.

INFO: www.eapcnet.org

Woensdag 6 juni, donderdag 7 en vrijdag 8 juni 2007 van 09.00 tot 17.00 uur

Kennismakingsdriedaagse palliatieve zorg

Palliatieve zorg is een totaalzorg voor de ongeneeslijk zieke patiënt. De professionele hulpverlener kan dit niet alleen waarmaken. Palliatieve zorg vraagt georganiseerde samenwerking tussen alle betrokken hulpverleners. Deze kennismakingsdriedaagse wenst een inleiding over palliatieve zorg en een overzicht in de mogelijkheden en beperkingen van de disciplines te geven.

Doelgroep: ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, animatoren, opvoeders, logopedisten, logistiek werkers, orthopedagogen, psychologen, …

Programma:

Dag 1: Algemene introductie: wat is palliatieve zorg en voorstelling van de sociale kaart.
Algemene principes van pijn- en symptoombeleid.

Dag 2: Communicatie: mogelijkheden en beperkingen in het palliatief zorgkader. Het belang van rouwzorg.

Dag 3: Verkenning van de rol, taak en functie van de verschillende zorggevers.
Omgaan met onmacht.
Zorg voor de zorgenden.

Plaats: Theologisch Pastoraal Centrum, Groenenborgerlaan 149, 2020 ANTWERPEN

Voor inschrijvingen of meer informatie omtrent onze activiteiten: tel. 03 820 25 31 - e-mail mieke.vanaelst@ua.ac.be - www.pha.be

Prijs: € 200,00 per persoon (inclusief koffie, broodjesmaaltijd en attest) vooraf te betalen.
De cursus vind plaats vanaf 10 ingeschreven deelnemers; er is plaats voor 20 cursisten.
Inschrijven: voor vrijdag 25 mei 2007 met inschrijvingsformulier (www.pha.be) of 03 820 25 31.

Zaterdag 18 november 2007. ANTWERPEN
5de Onderzoeksforum Palliatieve Zorg Nederland – Vlaanderen
INFO: www.palliatief.be | www.palliatief.nl | www.pha.be

OPROEP
In de vier netwerken van de Provincie Antwerpen zijn regionale werkgroepen actief rond het thema palliatieve zorg en gehandicaptenzorg. Ze vergaderen een aantal keer per jaar. Wenst u deel te nemen aan onze werkgroep, neem contact op met Silvia Peeters: silvia.peeters@ua.ac.be of 03 820 25 31

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

Ja ik wil INFO PHA ontvangen.
Verstuur vandaag de bon naar bovenstaand adres.

Naam .....

Voornaam .....

Functie .....

Mag verzonden worden naar:

Straat ..... nummer .....bus.....

Postcode ..... Gemeente .....

Tel. .....Fax .....

Inhoud van dit nummer

Ten geleide 4

Vlaamse en Belgische omschrijvingen van palliatieve zorg 5

Enkele bedenkingen bij deze omschrijvingen 8

De mogelijkheden van palliatieve zorg in de thuissituatie aan de hand van enkele casussen 10

Getuigenis van een vrijwilliger 20

Op bezoek bij de buren 22

22 vragen van Marcel Proust 27

Gedicht 29