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

INFO-PHA

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw
UA Gebouw Fc | Domein Fort VI | Edegemsesteenweg 100 | 2610 Wilrijk
Verschijnt driemaandelijks | Afgiftekantoor Antwerpen X
Erkenningsnummer P708336

Dreigende spinale compressie; dwarslaesie

Huisartsen en palliatieve zorg

Bezoek aan het palliatief netwerk: De Mantel

© dreamstime

Jaargang 15 | Nummer 2 | juli - augustus - september 2009

Colofon

Redactieraad

Noël Derycke
Tine De Vlieger
Dr. Jos Van Bragt

Redactiesecretariaat

Info PHA - Redactie
UA Gebouw Fc
Domein Fort VI
Edegemsesteenweg 100
2610 Wilrijk
Tel. 03 265 25 31
www.pha.be

Werkten mee aan dit nummer

Noël Derycke
Koen Herweyers

Vormgeving

Annelies Merken

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.

MULTIDISCIPLINAIR SAMENWERKEN.

"Multidisciplinair" is geen recent modewoord. Ten minste zijn betekenis niet : " betreffende meerdere, en intentioneel zo veel mogelijk, beroepen uit hetzelfde interessegebied ". Uiteraard zal een voorwoord in PHA over multidisciplinariteit in de eerstelijnszorg gaan.

Niet recent ? Reeds vóór enige decennia schreef Minister Weckx zijn besluit over samenwerken in de thuiszorg. Minister Lenssens gaf er zijn persoonlijk tintje aan, en nadien hebben diverse politici en besluitenmakers en hun aandacht aan besteed. De zorgsituaties rond de patiënt werden immers ingewikkelder, de aandoeningen werden alsmaar meer chronisch, de zorgen langduriger. Het was daarom evident noodzakelijk de dreigende chaos en dito inefficiëntie en ineffectieve zorg aan de "zwaar zorgbehoevende " patiënt te stroomlijnen.

Des te meer omdat in onze gezondheidszorg geen échte samenwerkingscultuur bestond.

De SITS werden geboren : de Samenwerkings-initiatieven in de Thuiszorg. Ze waren geen onverdeeld succes. Ze kwamen ook niet overal tot leven, en sommigen verdwenen na min of meer lange periodes om diverse redenen weer uit het werkveld.

Eind 2009 zullen deze SITS vervangen worden door de SELS : de Samenwerkings-initiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg. Merk - tussen haakjes - de verbreding op van het beoogde veld : van Thuis- naar Eerste lijn.

Het is evident dat het bevorderen van de georganiseerde zorg rond de zwaar zorgbehoevende patiënt thuis, moet toegejuicht worden. Het is even evident dat alle disciplines die in het SEL-besluit vernoemd worden mag worden verwacht dat zij hun beste krachten zouden inzetten voor de uitwerking ervan .

Vanaf het initiatief Weckx is de samenwerking rond de zieke patiënt in zijn thuissituatie zeker gegroeid en verbeterd. De verschillende disciplines hebben elkaar leren kennen, en waarderen. Mogelijk en hopelijk draagt het SEL-besluit bij aan deze evolutie.

Maar als je als zorgverlener, en zeker als zelfstandige zorgverlener de indruk(!)wekkende lijst van "opdrachten en taken " naleest die in Hoofdstuk III, artikel 4, van het besluit worden opgesomd, dan heb je wel de neiging enigszins moedeloos je armen te laten zakken.

Je kan je wel optrekken aan het fenomeen dat we goed kennen, en waarmee we de nodige ervaring hebben: palliatieve zorg. De georganiseerde en gesubsidieerde palliatieve zorg functioneert volgens de principes van wat het SEL-besluit voor heel de eerstelijnszorg beoogt. En werkt behoorlijk goed. Maar palliatieve zorg is één klein onderdeel van de te integreren zorg. En er komen een reeks andere te organiseren en uit te voeren zorgtaken op het multidisciplinaire veld af : als voorproef van andere, nog multipele (?) te verwachten zorgpaden dat voor de chronische nierpatiënt en dat voor de diabetieker, het MOC, d.w.z. , het multidisciplinair oncologisch consult, de taken binnen de LOGO's, etc. et j'en passe.

Er komt dus bij het reeds indrukwekkende aantal te besteden uren vergadertijd zeker nog een belangrijk supplement.

Het is logisch dat het beleid in ruil voor het bestede subsidiegeld controle en verantwoording vraagt. Het is waarschijnlijk in de administratieve genen ingebakken dat daar bij bijna vanzelfsprekend nog andere taken worden gestipuleerd, zoals onder anderen " het verlenen van adviezen, op eigen initiatief, of op verzoek van de Vlaamse overheid", of "het adviseren van de lokale besturen bij de opmaak van het onderdeel eerste lijn van hun lokaal sociaal beleidsplan". En dat kan beslist allemaal nuttig zijn. Maar ons aller tijd is beperkt. Streng beperkt tot 24 uren in een dag. Dé prioriteit is de zorg aan het bed. Die de prime time van de zorgverleners moet blijven krijgen.

JVB

4

Dreigende spinale compressie; dwarslaesie

Het ruggenmerg is dit deel van het centrale zenuwstelsel dat zich in het kanaal van de wervelkolom bevindt. Dit kanaal wordt gevormd door de op een lijn liggende openingen tussen de wervellichamen en de wervelbogen. De wervels, de ligamenten en de rugspieren geven normaliter een goede bescherming van dit ruggenmerg.

Een dwarslaesie is een gedeeltelijke of gehele onderbreking van de zenuwbanen in het ruggenmerg. Deze onderbreking resulteert in een al dan niet blijvende neurologische uitval (o.a. verlamming).

Een dreigende dwarslaesie is een urgentie in de palliatieve zorg. Tijdige diagnostiek en behandeling kunnen ervoor zorgen dat neurologische uitval voorkomen kan worden of, indien al ontstaan, kan herstellen. Husband [1] toont in een studie aan dat de laattijdige diagnosestelling en behandeling zowel in de huisartsenpraktijk als in ziekenhuizen veel voorkomt. Deze (te) late diagnose is de oorzaak van veel, te voorkomen, neurologische problemen. In deze studie zijn op het moment van de verwijzing slechts 33% patiënten nog ambulant en dit cijfer komt overeen met een studie uit 1984 (32%). Niet alleen de late diagnose, maar ook de problemen om dringend technische onderzoeken te organiseren en het urgent opstarten van de therapie zijn oorzaken van slechte uitkomst bij een dwarslaesie.

Dreigende dwarslaesie is niet alleen een probleem van de laatste weken of dagen van palliatieve patiënt. Immers de 33% van de patiënten leven nog minstens 1 jaar (mediaan 4 maand) nadat ze symptomen ontwikkelden[2] .

Het blijft natuurlijk moeilijk bij de palliatieve patiënt. De arts heeft, samen met de patiënt en zijn/haar naaste, al een gans proces doorgemaakt waarbij finaal gekozen is voor "care" eerder den "cure". Alarmsymptomen van dreigende dwarslaesie worden soms ten onrechte als onvermijdelijk en onbehandelbaar beschouwd.

Voorkomen:

De juiste incidentie is moeilijk te bepalen daar er in vele gevallen geen exacte diagnose wordt gesteld en er registratiegegeven ontbreken. Levack[3] berekende aan de hand van een audit de incidentie op 80 per 1.000.000 personen per jaar. Geëxtrapoleerd op het werkingsgebied van PHA zouden er hier per jaar bijna 40 dwarslaesies vastgesteld moeten worden.

Bij sommige kankerpatiënten is rugpijn (met mogelijke compressie ruggenmerg) een eerste symptoom van de ziekte (ziekte van Kahler, Non-Hodgkin-lymfoom, botmeta

bij ongekende primaire tumor). Tot 5% van de kankerpatiënten ontwikkelen een dwarslaesie tengevolge van de botmetastasen. Bij multiple myeloom, prostaatkanker en sommige andere kankers is de incidentie nog hoger[4] .

Oorzaken:

	frequent	*minder frequent*
tgv kanker	• *uitbreiding van metastase van wervellichamen*	• *wervellichaam indeukingen* • *intradurale ziekte* • *tumor groei doorheen de foramina intervertebralis* • *tumor invasie van de vertebrale bloedvaten*
andere ziektes	• *prolaps van de cervicale tussenwervelschijf* • *myelitis* • *multiple sclerorse* • *Guillain-Barré*	• *infecties* • *infarct ruggenmerg* • *occlusie vertebrale bloedvaten* • *vasculitis* • *ruptuur aneurysma van de oarta*

De uitbreiding van een metastase van een wervellichaam is de meest voorkomende oorzaak (70%). De tumorgroei doorheen de foramina intervertebralis zou voor 10% oorzaak zijn van (dreigende) dwarslaesie terwijl slechts 5 % zou te wijten zijn aan metastasen in het ruggenmerg of de ruggenmergvliezen.

Prevalentie:

Bij 3 tot 5 % van de kankerpatiënten.

Thoracaal 70%, lumbosacraal 20% en cervicaal 10%.

De prognose ten aanzien van de overleving wordt hoofdzakelijk bepaald door de onderliggende ziekte en de mogelijkheden tot behandeling daarvan. Studies wijzen aan dat de aanwezigheid van een dwarslaesie het verblijf in het ziekenhuis van palliatieve patiënten met 50% doet toenemen.

Symptomen:

Vroege tekens: patiënten met een dreigende spinale compressie vermelden meestal rugpijn als eerste klacht. Deze rugpijn is meestal maanden voor er neurologische tekenen verschijnen aanwezig. Deze rugpijn verbetert niet bij het platliggen (ook nachtelijke pijn), verergert bij niezen, hoesten, zich buigen. Deze rugpijn kan zich beperken tot de rug of ook beschreven worden als een hevige bandvormige pijn.

Late tekens: motorische of sensibele uitval met "onprettige" gevoelsstoornissen en krachtsvermindering in de ledematen; pijnuitstraling volgt zenuwgebied; hevige bandvormige pijn over thorax; samen met pijn ter hoogte van de compressie. Hyperreflexie is soms vroegtijdig aanwezig.

Laattijdige symptomen: cauda equina: blaasretentie en incontinentie; verlies van anale sfinctercontrole, paraplegie.

Diagnose:

Wanneer op basis van klachten en onderzoek een dreigende spinale compressie wordt vermoed is een dringende verwijzing voor MRI aangewezen en dit het liefst binnen de 24 uur. Zowel Ct-scan, isotopen-scan of gewone RX zijn inferieur aan MRI om dreigende spinale compressie aan te tonen en geven slechts in 21% informatie over de zone waar zich de compressieschade voordoet.

Behandeling:

1° Overleving van patiënt is beperkt tot uren of dagen:

Maximale comfortzorg is hier aangewezen: dexamethasone 16 mg SC/per dag om betere pijncontrole te verkrijgen en dit samen met andere pijnstillers (opioid en NSAID's). Plaatsen van urinaire katheter en strikte follow-up van stoelgang is aangewezen.

2° overleving patiënt is weken of maanden:

Ook hier bepaalt de algemene toestand van de patiënt de behandeling: in hoeverre kan hij/zij nog belastende onderzoeken en behandelingen ondergaan.

Bij diagnose en in afwachting van verdere onderzoeken geef onmiddellijk 16 mg dexamethasone IV (over 2 minuten). Geeft verder 16 mg dexamethasone per dag.

Organiseer urgente MRI en consult radiotherapeut voor eenmalige 8-Gy bestraling [5]. Overweeg verwijzing voor chirurgische decompressie als patiënt late tekens heeft, als de symptomen verergeren ondanks de radiotherapie, als radiotherapie niet (langer) mogelijk is of ingeval van instabiele wervelkolom.

Bij permanente spinale schade: belang van goede symptoomcontrole (constipatie; urinaire problemen; huidproblemen (decubitus). Regel advies van fysiotherapeut of ergotherapeut of vraag advies aan een revalidatiearts of -team.

Verminder en stop dexamethasone tenzij dit nodig blijft voor de pijncontrole.

Letsels ter hoogte van de cervicale wervelzuil kunnen impact hebben op functie van het middenrif en aldus de ademhaling beïnvloeden. Afspraken over eventuele verdere behandelingen zijn hier dringend aangewezen.

Besluit:

Spinale compressie komt bij 5% van de kankerpatiënten voor. Tijdige diagnose en behandeling kunnen veel functioneel verlies voorkomen. Artsen moeten er steeds op bedacht zijn wanneer de kankerpatiënt de klacht rugpijn vermeld. Patiënten bij wie een kans om spinale compressie groot is moeten aangeleerd worden de vroege symptomen tijdig te signaleren.

---

1 Husband DJ. Malignant spinal cord compression: prospective study of delays in referral and treatment. BMJ 1998; 317:18-21

2 Jameson RM. Prolonged survival in paraplegia due to metastatic spinal tumors. Lancet 1974; 7868:1209-11

3 Levack P et al. Don't wait for a sensory level - listen to the symptoms: a prospective audit of the delays in diagnosis of malignant cord compression. Clin Oncol 2002; 14:472-80

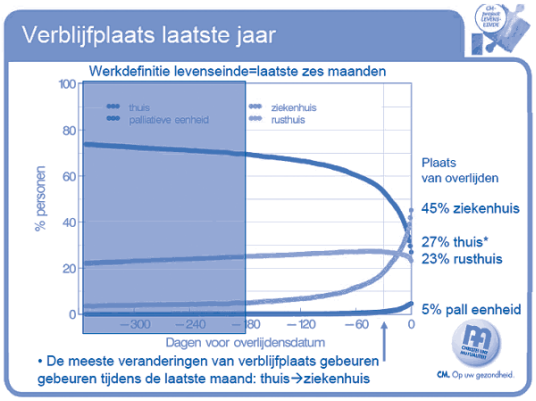
4 Kramer JA. Spinal cord compression in malignancy. Pal Med 1992; 6:202-211

5 Rades D, Stalpers LJA, Hulshor MC, et al. Comparison of 1 × 8 Gy and 10 × 3 Gy for functional outcome in patients with metastatic spinal cord compression. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005;62:514-18

Huisartsen en Palliatieve Zorg

Het aanbieden van palliatieve zorg blijft voor de meeste huisartsen een complex geheel van uitdagingen. De verschillende symptomen kunnen hevig zijn en zijn voor patiënt niet alleen uitputtend en slopend; het zijn ook vaak tekenen dat het einde nadert. Dit laatste heeft tot gevolg dat ook psychische, sociaalrelationele en existentiële problemen nadrukkelijker op het voorplan komen.

De huisarts met zijn holistische mensvisie op de patiënt is de ideale hulpverlener om de patiënt in zijn palliatieve en terminale levensfase te begeleiden. Ook de patiënten, van wie ongeveer 70% thuis wil sterven, zien de huisarts als spil in deze begeleiding en het hulpverleningsproces. Uit registratiegegevens leren we dat slechts 15 tot 30% van de patiënten effectief thuis sterft[1].



In de literatuur worden meerdere redenen aangehaald om dit lage cijfer te verklaren: huisartsen zien te weinig palliatieve patiënten om voldoende ervaring op te bouwen; het vergt een bijzondere aandacht voor het continu bereikbaar blijven; goede palliatieve thuiszorg dient ingebed te zijn in een multidisciplinaire benadering; … .

PHA en zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) biedt artsen meerdere vormen van ondersteuning aan:

1. *Na ieder contact met de patiënt brieft de verpleegkundige van de MBE de huisarts;*
2. *Huisartsen zijn welkom op de wekelijkse patiëntbespreking (dinsdag van 10.00 tot 12.00 uur);*
3. *De equipeartsen zijn steeds bereid tot consult en overleg met de collega's uit het werkingsgebied;*
4. *PHA ondersteunt mee de hulplijn voor artsen (0800 30 888)*
5. *De verpleegkundige van de MBE kan als filter dienen om de bereikbaarheid van huisarts te optimaliseren: zij/hij kent het GSM-nummer van de huisarts;*

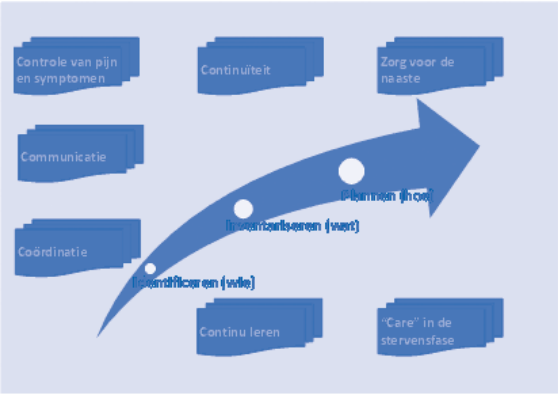
Recent zijn een aantal nieuwe initiatieven opgestart om de kwaliteit van de zorg door de huisarts voor palliatieve patiënten te optimaliseren:

1. Palliatopics:
PHA nodigt 2 (of 3) maal per jaar alle huisartsen uit haar werkingsgebied uit om deel te nemen aan de Palliatopics: Huisartsen krijgen de kans een meegemaakte casus, een actueel probleem, … voor te stellen aan collega's en een panel van deskundige artsen in palliatieve zorg

De agenda wordt dus door de deelnemers bepaald (de begeleidende artsen brengen sowieso wel iets mee).

Palliatopics vindt plaats op 30 september 2009, 30 januari , 30 april of 29 oktober 2010 van 20.30 u. tot 22.30 u. Inschrijven kan via Mieke Van Aelst. E. mieke.vanaelst@ua.ac.be

2. HiPP:
Huisartsen in een Programma Palliatieve Zorg:Naast een stappenplan (identificeren, inventariseren en plannen) samen met updating van kennis wordt specifieke aandacht besteed aan de belangrijkste onderdelen van de palliatieve zorg: communicatie, zorg voor de naast, organiseren van continuïteit, coördinatie van de zorg en de zorg tijdens de laatste levensdagen.



In september 2009 wil PHA met 1 HiPP groep starten en zoekt hiervoor 12 enthousiaste huisartsen. (voor meer info: noel.derycke@ua.ac.be)

---

1. Gielen B et al. Het levenseinde van de Belg van nabij bekeken. Presentatie op onderzoeksforum Nederland-Vlaanderen 20 maart 2009.

10

Bezoek aan het Palliatief Netwerk De Mantel

Tine De Vlieger en Dr. Noël Derycke

Het Palliatief Netwerk De Mantel is werkzaam binnen de regio Roeselare - Izegem - Tielt - Torhout. Het staat in voor de uitbouw van de palliatieve zorgcultuur binnen dit gebied en verleent daarbij de nodige ondersteuning aan de professionele zorgverstrekkers binnen de verschillende zorgsettings waar de palliatieve patiënt verblijft.

Oprichting:

Alles begon in de SIT Roeselare, i.s.m. de huisartsenkring Midden-West-Vlaanderen. Onder impuls van de toenmalige SIT-voorzitter Dr. Piet Vanden Bussche (huisarts te Lichtervelde) kende het Thuiszorgplatform een enorme inhoudelijke groei met tal van werkgroepen die zich elk focusten op een deelaspect van de thuiszorg. Een daarvan was de werkgroep palliatieve thuiszorg. De werkgroep kon beroep doen op de SIT-coördinator en een groep vrijwilligers. Hun taak was de palliatieve patiënt in de thuissituatie ondersteunen.

Op 3 mei 1995 verscheen het Besluit van de Vlaamse regering houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken (B.S. 18 augustus 1995). Het werkingsgebied van de in West-Vlaanderen erkende netwerken overschrijdt de arrondissementsgrenzen en de regio's van de verschillende SIT's. Het Palliatief Netwerk De Mantel heeft zijn werkingsgebied in de regio Roeselare - Izegem - Tielt – Torhout en werkt voor de gemeenten Ardooie, Dentergem, Hooglede, Ingelmunster, Izegem, Kortemark, Ledegem, Lichtervelde, Meulebeke, Moorslede, Oostrozebeke, Pittem, Roeselare, Ruiselede,

Staden, Tielt, Torhout, Wingene of 255.881 inwoners (31.12.2008). Dit was tevens het ogenblik waarop de werkgroep een vzw werd en 2 halftijds verpleegkundigen werden tewerkgesteld.

Bij de stichting van de vzw waren de 21 leden voor de algemene vergadering: 11 verbonden aan de thuiszorg, 6 vertegenwoordigers van de Woon- en zorgcentra en 4 vertegenwoordigers van de ziekenhuizen. Met de uitbreiding van de regio kwamen er nog 5 leden bij: 3 vertegenwoordigers uit de thuiszorg, 1 voor de palliatieve eenheid "Het Anker" en 1 vertegenwoordiger van de ziekenhuizen.

De huidige samenstelling: 26 leden waarvan 14 uit de thuiszorgdiensten; 6 uit de woon- en zorgcentra (3 Zorgnet, 3 OCMW), 5 vertegenwoordigers uit ziekenhuizen en 1 lid voor de palliatieve eenheid.

De raad van Besuur telt 8 leden. Hiervan is 1 lid vertegenwoordiger van de palliatieve eenheid, 1 lid ziekenhuis, 1 lid WZC en zijn de overige leden actief in de eerste lijn (OCMW dienstencentrum, huisartsen, thuisverpleging) .

Van bij haar oprichting heeft het Palliatief Netwerk De Mantel prioritair gekozen de patiënt thuis maximaal te ondersteunen. Deze optie weerspiegelt zich ook in de samenstelling van de algemene vergadering en raad van bestuur. De ontstaansgeschiedenis is tot vandaag voelbaar bij De Mantel waar de eerste beleidsprioriteit gaat naar de palliatief zieke patiënt en de betrokken actoren van de thuiszorg.

In samenwerking met de thuiszorgstructuren (SIT's) werd de netwerkopdracht uitgebreid naar het informeren van de bevolking, het bevorderen van de samenwerking in zorg, het adviseren in functie van thuiszorguitbouw, het aanbieden van vormingsprogramma's.

Na de erkenning als netwerk (in 1997 – toch nog 2 jaar later) werd Véronique Hoste coördinator en dit is ze op heden nog steeds. Met haar hadden we een gesprek.

Kan je de huidige werking van het Palliatief Netwerk de Mantel omschrijven?

V.H. Vandaag wonen er ongeveer 250 000 inwoners in het werkingsgebied van het netwerk verspreid over 18 gemeenten. We stellen ons voor twee duidelijke opdrachten: enerzijds het ondersteunen van de thuiszorg van palliatieve patiënten en anderzijds het stimuleren, uitbreiden en verzorgen van samenwerking.

Het Palliatief Netwerk De Mantel wil dit doen in samenwerking met alle professionele hulpverleners, bestaande diensten en organisaties en wil de uitbouw van een goede en kwaliteitsvolle palliatieve zorgcultuur mogelijk maken en dit door:

- *de continuïteit in de palliatieve zorgverlening bevorderen. Iedereen moet kunnen verblijven waar hij op dat ogenblik wenst verzorgd te worden en moet op elk verzorgingsniveau steeds een gelijke zorg krijgen.*
- *het palliatief gedachtengoed verspreiden. Deze verspreiding dient te gebeuren zowel naar de bevolking als naar elke professionele hulpverlener.*
- *raad en ondersteuning geven aan hulp- en zorgverleners op alle niveaus van de gezondheidszorg. Bij het verzorgen en begeleiden van hun patiënten.*
- *vorming organiseren voor zorg- en hulpverleners, vrijwilligers, e.a.*
- *een registratiesysteem uit te werken, een behoeftenraming op maken en de werking evalueren.*

Deze doelstellingen willen we bereiken in het thuismilieu, het woon- en zorgcentrum, het ziekenhuis, de palliatieve eenheid, alsook in andere instellingen waar palliatieve patiënten verblijven.

Waar ben je na al deze jaren fier op?

V.H. Ik ben trots op mijn team van medewerkers en wat dit team samen gerealiseerd heeft. De Mantel heeft vandaag een plaats in het werkveld. Het team is een krachtbron in onze organisatie van waaruit verder kan gebouwd worden. Ik ben eveneens tevreden dat er blijvend 25 vrijwilligers zich willen inzetten voor de palliatieve thuiszorg in onze regio.

Ik denk dat De Mantel ook blij kan terugblikken op haar groeipad. Er is veel geleerd wat palliatieve zorg is en wat samenwerking hierbij kan betekenen en realiseren.

Binnen de Stuurgroep Woon- en zorgcentra zijn we in 2007 gestart met een nieuw project: "Kwaliteitsverbeterproject: explorerende randvoorwaarden voor een geslaagde implementatie van vroegtijdige zorgplanning in WZC." Men is er in geslaagd om een tot een zeer gericht en eigen project te komen met een wetenschappelijke onderbouw. Het opzet is om de zorgverantwoordelijken, hulpverleners en andere betrokkenen in zorgsituaties vroegtijdig probleemsituaties te onderkennen om zo mensen meer te betrekken en te informeren, alsook tijdig het aanbod van palliatieve zorg te kunnen aanbieden. De drie pijlers, tevens de beleidsopties, voor dit project zijn: 1° het ontwikkelen van een overlegmodel en -cultuur; 2° de betrokkenheid van huisartsen verhogen; 3° sensibilisatie van alle betrokkenen.

Hoe organiseert De Mantel navorming?

V.H. Onze opleidingen gebeuren in samenwerking mat de KATHO (Katholieke Hogeschool Midden-West-Vlaanderen). Ieder jaar bieden we twee basiscursussen voor hulp- en zorgverleners en twee basiscursussen voor verzorgenden aan. We organiseren ook meerder studiedagen.

Kan je het organigram wat verder toelichten?

V.H. De stuurgroepen zijn een forum voor vertegenwoordigers uit verschillende palliatieve zorgstructuren. Hier worden ervaringen uitgewisseld en worden de noden van deze vertegenwoordigers beluisterd. Dit resulteert in een continu bijsturen van ons aanbod .De werkgroepen hebben een specifieke opdracht: vorming, intervisie, sensibilisatie en promotie, kwaliteitszorg, artsengroep, standingorder in ziekenhuis, palliatieve leidraad.

Zie je dreigingen voor het netwerk?

V.H. Dreigingen die boven het hoofd van dit netwerk hangen zijn de financiën en een eventuele personeelswissel in het team. Als klein netwerk is de financiering krap. Op basis van het aantal inwoners in het werkingsgebied wordt slechts 80% van de coördinatiekost gefinancierd. Het team aan medewerkers is een stuk rijkdom van een organisatie. De teamleden zijn een vaste waarde en van bij de opstart meegegroeid in hun werkopdracht en samenwerkingsverbanden in de regio. Er is sprake van een vaste samenwerkingsstructuur en –cultuur in en met het team. Wijzigingen in een team zijn

zeker een rijkdom, maar vraagt ook aanpassing en tijd om de verworven expertise eigen te maken van een palliatieve zorg die in de afgelopen 10 jaar groeide, maar tevens inhoudelijk ook veranderde.

Zijn er toekomstplannen of dromen voor de Mantel?

Uiteraard: ik wil er zeker drie benadrukken:

1. het slagen van ons project rond de implementatie van vroegtijdige zorgplanning in de woon- en zorgcentra , alsook een doorgroei naar de andere zorgsettings . En hierbij tevens het nodige geduld kunnen opbrengen want "cultuurverandering vraagt tijd".

2. het blijft belangrijk om de mensen te blijven informeren over de mogelijkheden en de waarde van palliatieve zorg. Iedereen heeft recht op een menswaardige zorg, een zorg op maat en een zorg in verbondenheid. Palliatieve zorg staat voor dit alles en moet tijdig in de zorg van ongeneeslijk zieken worden aangeboden. Het thuis kunnen verzorgd worden en er eventueel ook sterven behoudt dus zeker een centrale plaats.

3. Met ons "klein" team willen we de evolutie van palliatieve zorg op de voet volgen en liefst proactief ageren.

Netwerk Palliatieve Zorg De Mantel vzw
Mandellaan 101
8800 Roeselare

T. 051 24 83 85
F. 051 24 60 54
E. info@demantel.net
W. www.pzwvl.be

De vragen van Marcel Proust

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

Dr. Koen Herweyers
° 13/02/1969

1. Mijn idee van geluk

Als 'liefde' je pad kruist, als je de juiste keuze hebt gemaakt, staat geluk altijd achter de volgende hoek op je te wachten. Maar het is net zo frêle als ongrijpbaar. Dus als ik me vandaag content voel, laten we dat dan geluk noemen.

2. Mijn voorstelling van de ergste misère

Ik kan me voorstellen dat het ongeluk dat mijn geliefden overkomt ook mijn ongeluk is. Bij de geboorte van onze oudste dochter heb ik beseft dat de jaren van onoverwinnelijkheid voorbij waren, dat alles wat je kinderen overkomt ook jou in het diepste van je hart kan treffen.

Voor mezelf jaagt de gedachte om opgesloten te zitten in je eigen geest me angst aan (tetraplegie). Toen we in '93 een auto-ongeluk meemaakten en de orthopedist van wacht een halswervelbreuk vaststelde, werd deze angst toch plots nogal realistisch, hoewel er nooit echt gevaar voor dwarslaesie was. Zulke gebeurtenissen kleuren de angsten die je stukje bij beetje probeert te overwinnen.

3. Waar ik het liefst zou willen wonen

Dichter bij de natuur dan ik nu doe. Ik mis vaak de natuur. Tijdens vakantie is wandelen in de bossen ook een stukje thuiskomen. Even terug 'aarden'.

4. Mijn favoriete reis

De bestemming maakt niets uit. Gewoon een goeddoende vakantie met het gezin, iedereen is gezond, er kan iets bekeken of beleefd worden, gewoon genieten en toch ook iets bijleren, iets ontdekken.

5. Mijn favoriete kleur

(fel)oranje maar dan niet voor kleren of behangpapier, wel van de zonsondergang en plastiek artikelen uit de jaren '70.

6. Mijn favoriete vogel

Flip, de papegaai van Jommeke.

7. Mijn favoriete auteur

Een goed boek is voor mij de perfecte vlucht uit het drukke leven, ik lees graag op elk dood moment van de dag, tijdens het scheren, tijdens het tandenpoetsen, op het toilet. Ik lees al bij al niet zoveel maar hou van verschillende genres en auteurs. Een kleine greep: Henning Mankell, Donna Tartt, Nicci French, Christopher Paolini, Dan Brown, Umberto Eco, Marquez, Hosseini of jeugdauteurs zoals JK Rowling, Cornelia Funke maar vooral de stripauteurs: Osamu Tezuka, Hayao Miyazaki, Craig Thompson, Cyril Pedrosa, Marjan Satrapi, Judith van Istendael, Alan Moore en Dave Gibbons.

8. Mijn favoriete literaire held

Robin Hood, he steals from the rich and he gives to the poor. Mijn zoon is naar hem genaamd. Maar ook andere gelijkaardige helden doen mijn hart sneller slaan, alleen klinkt Zorro Herweyers niet zo goed.

9. Mijn favoriete componist

Van Mozart word ik vrolijk en helder, Rodrigo maakt veel emotie los

10. Mijn grootste held in het echte leven

Mijn grootste helden in het echte leven zijn die mensen die je pad kruisen, die erin slagen hun leven in voor- en tegenspoed in waarachtigheid te leven. Ik kom vaak helden tegen in de huisartsenpraktijk of in het rusthuis of bij pha. Mensen die, ondanks hun lijden, blijven geloven in de zin van het leven, die blijven zorg dragen voor hun naaste, verbonden blijven met elkaar. Als we ouderen terug de plaats kunnen geven in de maatschappij die ze verdienen, eens bij ze gaan zitten en luisteren naar wat ze ons uit hun rijke ervaring kunnen leren, denk ik dat we veel hopeloosheid en vereenzaming kunnen tegengaan. In het algemeen moeten we stoppen om mensen volgens hun defauts in te delen. Terug willen zien dat ieder zijn bijdrage levert, rijkdom door diversiteit ipv struggle for the strongest. De grootste levenslessen heb ik geleerd van mensen die afgeschreven waren omdat ze 'dement', 'stervend' of 'psychiatrisch' waren. Als iedereen morgen beslist dat dit mensonwaardig is, wie zal ons dan leren zorgen? Wie zal ons leren sterven?

11. Aan welke historische figuur heb ik de grootste hekel

Aan ieder die omwille van welke reden ook mensen heeft geknecht, gemanipuleerd, gemarteld, gedood. Dit includeert helaas een heel pak van de historische wereldleiders. Des te meer eerbied heb ik voor wie de hem of haar toegekende macht met respect voor zijn medemens weet aan te wenden voor het goede.

12. Mijn favoriete spijs en drank

Zie restaurant C-jean in Gent en restaurant Spijker in Wilrijk, occasionele verwennerijen. Goed gezelschap en een degelijk gesprek maken het eten zoveel lekkerder.

13. Mijn favoriete namen

Laure, Robin, Anthe en Febe : de namen van mijn kinderen. Omdat ze zo goed passen, beter dan bij eender wie anders.

14. Dingetjes waar ik een hekel aan heb

Vragenlijsten zoals dit, waar geen einde aan komt.

15. Mijn levensmotto, mijn devies

't is geen grote filosofie maar toen ik in het middelbaar school liep, hing er boven de deur van mijn kamer een kleine poster met daarop de slogan: 'Ik zal niet opgeven…'. Dit zinnetje heeft in de loop der tijden al veel verschillende betekenissen gekregen maar ik blijf het graag zo'n beetje met me meedragen. Het geeft moed om door te gaan, om telkens terug te proberen het beste uit mezelf en uit de anderen te halen.

Dr. Koen Herweyers is equipearts bij PHA.

Gedicht

Leg twee bloemen voor me klaar

een tulp en een witte roos het liefst

bestel één engel is voldoende

in een boomgaard immers

is ook één perenboom het kleinst

bestel nog twee dromen

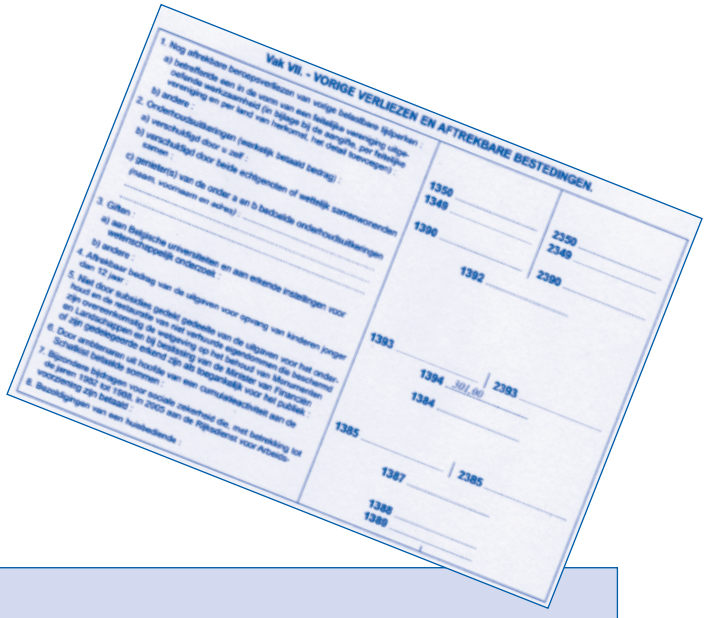
- een reserve -

voor als ik terug mocht komen

Sarah Van Grieken

© dreamstime

Giften


Vak VII. - VORIGE VERLIEZEN EN AFTREKBARE BESTEDINGEN.

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 dankt volgende sponsors

Meda

Janssens Cilag

Lions Clubs zone 22 MD 112 B

International Womens Contact Antwerp vzw

De Ballon NV

Florent Lemmens

Fam. Leyssens - Stappers

Joanna Bastiaens

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

VORMINGSAANBOD NAJAAR 2009

21 tot en met 25 september 2009

Basisopleiding palliatieve zorg voor verzorgenden

Uur: 9.00 u. - 17.00 u.

Doelgroep: Polyvalent verzorgenden en gebrevetteerden in de personenzorg werkzaam binnen thuiszorg, voorzieningen voor personen met een handicap, rust- en verzorgingstehuizen, bejaardentehuisen, enz... .

Thema: Verzorgenden hebben een belangrijke meerwaarde in het zorgtraject van de palliatieve patiënt. Door hun frequente aanwezigheid vangen zij vaak signalen op die van groot belang kunnen zijn. Dit maakt van hen een onmiskenbare schakel binnen het interdisciplinaire team. Het vervullen van een signaalfunctie inzake palliatieve zorg vereist enerzijds kennis met betrekking tot palliatieve zorg en anderzijds de vaardigheid adequaat te kunnen signaleren. Met behulp van dit vorminsaanbod wensen we de verzorgenden verder te bekwamen zodat de kwaliteit van de hulpverlening in palliatieve situaties geoptimaliseerd kan worden.

© website: www.dreamstime.com

locatie: Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) vzw, UA Gebouw Fc - Domein Fort VI - Edegemsesteenweg 100 - 2610 Wilrijk.

Prijs: 335,00 euro per persoon incusief koffie en broodjesmaaltijd, attest van de gevolgde uren.

Inschrijven: vorming PHA t.a.v. Mieke Van Aelst:
E. mieke.vanaelst@ua.ac.be
T. 03 265 25 31.

29 en 30 oktober 2009 en 12 en 13 november 2009

Basisopleiding palliatieve zorg voor kandidaat vrijwilligers PHA

Uur: telkens van 09.00 u. tot 17.30 u.

Thema: Elk jaar recruteert PHA nieuwe vrijwilligers die ingezet worden in de palliatieve thuiszorg. Zij zijn enkele uren per week aanwezig bij de patiënt en bieden vooral sociale en emotionele ondersteuning aan de patiënt en zijn mantelzorgers. Er worden geen taken overgenomen van professionele hulpverleners: onze vrijwilligers geven een aanvulling op de reeds bestaande zorg.
Kandidaat-vrijwilligers krijgen een grondige basisopleiding, alvorens ingezet te worden in het werkveld. Veel aandacht wordt besteed aan het zich verder bekwamen in de vaardigheid van actief luisteren. De basisopleiding maakt deel uit van de selectieprocedure. Na de opleiding wordt na een evalutiegesprek beslist of de kandidaat als vrijwilliger aan de slag kan.
Tijdens hun engagement kunnen vrijwilligers rekenen op permanente ondersteuning: maandelijkse intervisiebijeenkomsten en voortgezette vorming maken daar deel van uit. Doorheen de jaren ontwikkelen onze vrijwilligers een steeds uitgebreidere deskundigheid in het ondersteunen van palliatieve patiënten en hun directe omgeving.

Doelgroep: Hebt u enige levenservaring en wilt u ongeveer 6 uur per week besteden aan het ondersteunen van palliatieve patiënten in de thuissituatie? Aarzel dan niet. Beroepservaring is niet vereist. Warmhartige mensen die voldoende emotioneel stabiel zijn, zijn van harte welkom!

Vragen of interresse: Laat het ons weten. U kan ons altijd bellen of mailen. T. 03 265 25 31 E. pha@ua.ac.be en maak een afspraak met Lieve Van goethem, coördinator vrijwilligerswerking.

Locatie: UA - Campus Drie Eiken - Gebouw G - Lokaal VI - Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

19 november 2009

Thema-avond brede publiek rond 'Vermogen en successie'

Uur: *20.00 u. tot 21.30 u.*

Thema: *Een avond voor het brede publiek een avond rond 'vermogen en successie'*

Doelgroep: *brede publiek*

Locatie: *UA campus Drie Eiken - Gebouw Q, promotiezaal (parking P3 en P4) - Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk*

Opleidingen in samenwerking met 4 provinciale netwerken

5 oktober en 19 oktober 2009

Niet te jong voor verlies: kinderen en jongeren betrekken bij palliatieve zorgsituaties: een vormingspakket van 2 dagen.

Samenwerking tussen: Dienst welzijn Provincie Antwerpen, Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) vzw, Palliatief Netwerk Mechelen (PNM) vzw, Palliatief Netwerk Arondissement Turnhout (PNAT) vzw, Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen (NPZN) vzw.

Uur: 13.30 u. - 16.30 u.

Doelgroep: Hulpverleners die in aanraking komen met palliatieve zorgsituaties.

Thema: Volwassenen laten kinderen liefst opgroeien in een veilige omgeving. De confrontatie met lijden en afscheid nemen, willen we vaak uitstellen. Wanneer een ongeneeslijke ziekte het gezin binnentreedt, is het belangrijk om kinderen en jongeren te betrekken bij dit pijnlijke gebeuren. Ze hebben recht op zorg en informatie op hun maat. Wij wensen aan de hand van dit aanbod (o.a. hechting, loyaliteiten, veerkracht, creatieve werkvormen, communicatie...) hulpverleners te vormen, die een ondersteunende rol kunnen vervullen bij het betrekken van kinderen in een palliatieve zorgsituatie.

Locatie: Provinciaal Vormingscentrum Malle, Smekenstraat 61, 2390 Malle.

Sprekers: Annik Janssens, Bart Stippelmans, Tifany Bracké, Kathleen Heyndrikx.

Prijs: 100 euro voor 2 dagen inclusief warme maaltijd, handouts, koffie, thee, attest van gevolgde uren.

Inschrijven: Inschrijven bij palliatief Netwerk Mechelen (PNM) vzw, uiterlijk 28 september 2009 t.a.v. Griet Snackaert:
E. griet.snackaert@pnmechelen.be
betaling op rek. 001-2764229-96.

10, 24 oktober, 14, 28 november en 12 december 2009

vormingscyclus voor kinesitherapeuten en ergotherapeuten: een programma van 5 zaterdagen

Uur: *van 9.00 u. tot 16.30 u.*

Doelgroep: *kinesitherapeuten en ergotherapeuten die in contact komen met palliatieve zorg.*

Locatie*: Provinciaal Vormingscentrum, Smekenstraat 61, 2390 Malle*

Inschrijven: *Inschrijven bij PNM, tav Griet Snackaert, Willem Rossierstraat 23, 2800 Mechelen.*
T. 015/41 33 31
E. griet.snackaert@pnmechelen.be

Prijs: *€ 250,00 (inclusief drank, warme maaltijd, syllabus) te storten op rek. 001-2764229-96 met vermelding 'PALKINE - HERFST 2009'.*
De inschrijvingen zijn beperkt tot max 25 deelnemers

15 oktober, 10 november 2009, 4 maart of 18 maart 2010

Palliatieve zorg bij personen met dementie, wanneer en hoe?

Uur: *13.00 u. tot 16.30 u.*

locatie: *15 oktober 2009: Provinciaal Vormingscentrum Malle, Smekenstraat 61, 2390 Malle,*
10 November 2009: Provinciehuis Antwerpen, koningin Elisabethlei 22, 2018 Antwerpen
4 maart 2010: Ecocentrum De Goren, postelsestenweg 71, 2400 Mol
18 maart 2010: AZ St.-Maarten, Zaal Peeters, Leopolstraat 2, 2800 Mechelen

Inschrijven: *Inschrijven kan per brief naar expertisecentrum dementie (ECD) Antwerpen Orion, St. Bavostraat 29, 2610 Wilrijk t.a.v. Hilde Verlinden of per mail naar PNAT, guy.hannes@pna.be. Het aantal plaatsen is beperkt. Vormingsattest en drankje worden voorzien.*

prijs: *€ 15,00 ter plaatse te betalen.*

Opleiding in samenwerking met departementen gezondheidszorg van de Artesis hogeschool Antwerpen en Karel de Grote-Hogeschool

Postgraduaat Palliatieve Zorg voor verpleegkundigen

Data: *29 september, 7, 13, 20 en 27 oktober, 17 en 24 november, 1 en 8 december 2009, 5, 12 en 28 januari, 2, 9, 16 en 23 maart, 27 april, 4 en 18 mei 2010*
evaluatiemoment 25 mei 2010

Uur: *08.45 u. tot 17.00 u.*

Doelgroep: *Gegradueerde verpleegkundigen, gebrevetteerde verpleegkundigen, of gediplomeerde verpleegkundigen 4de graad*

Locatie: *Karel de Grote-Hogeschool departement gezondheidszorg, Campus Markgrave, Van Schoonbekestraat 143, 2018 Antwerpen*

Inschrijven: *Men kan de hele opleiding volgen of kiezen voor een deelpakket uit het programma. Tijdens de opleiding is Liliane Kerremans de vaste coördinator; U kan bij haar terecht voor verdere informatie E. liliane.kerremans@kdg.be. Definitief inschrijven kan per e-mail of op de campus Markgrave van de Karel de Grote-Hogeschool departement gezondheidszorg alle werkdagen tot september 2009 tussen 10.00 u. en 12.00 u. en tussen 14.00 u. en 16.00 u. Het department is gesloten van 11 juli tot 17 augustus 2009.*

Prijs: *De kostprijs van de cursus bedraagt € 600,00 te betalen bij definitieve inschrijving, wie deelpakketten volgt betaalt € 60,00 per studiepunt.*

Verdere informatie en inhoudelijk programma vormingen raadpleeg onze website www.pha.be

Inhoud van dit nummer

Dreigende spinale compressie; dwarslaesie 4

Huisartsen en Palliatieve Zorg 8

Bezoek aan het Palliatief Netwerk De Mantel 10

De vragen van Marcel Proust 16

Vormingsaanbod 22