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

De verborgen patiënt

Hoe de mondigheid van een palliatieve patiënt ondersteunen

Jaargang 16 | Nummer 1 | maart - april - mei 2010

Colofon

Redactieraad

Dr. 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

Jozef Dierckx (vrijwilliger PHA), Lieve Van Goethem (vrijwilligers-coördinator PHA), Annik Janssens (psychologe Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout), dr. Noël Derycke (stafmedewerker en equipearts PHA), Wim Van der Sijpt (verpleegkundige en palliatief deskundige PHA)

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.

Dr. Jos Van Bragt
voorzitter

Wat doet PHA eigenlijk?

Onlangs zei Rudi Kennes, de schijnbaar niet te ontmoedigen vakbondsman, dat een recent voorstel over de toekomst van Opel Antwerpen alleen maar wat palliatieve maatregelen inhield. Verzachten van het onvermijdelijke einde van Opel-A? Neen, want Kennes gelooft schijnbaar rotsvast dat de fabriek nog een toekomst heeft. Dus zijn terminologie oogt niet helemaal consequent.

Het is hem allerminst euvel te duiden, want een recente luisterronde van onze coördinator bij al onze protocollaire leden (huisartsenkringen, ziekenhuizen, rusthuizen, rust- en verzorgingsinstellingen etc.) bracht aan het licht dat velen – té velen – na vijftien jaar PHA-activiteiten nog steeds de missie en visie en de concrete werking van PHA niet correct konden situeren.

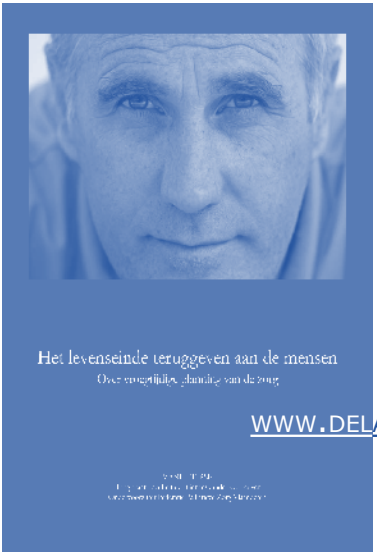
In de voorbije vijftien jaren heeft PHA zijn sensibiliseringsopdracht bij het grote publiek trachten waar te maken door de publieke fora zoals pers en televisie in te lichten en het eigen vormingsgebeuren regelmatig op de brede bevolking van zijn werkingsgebied te richten.

Info-PHA heeft zonder onderbreking vier maal per jaar zijn boodschap uitgestuurd.

Men kan het grote publiek licht vergeven dat het niet honderd procent geïnteresseerd is in het eerder sombere gegeven dat palliatieve zorgverlening tenslotte toch is.
Mensen lijken een eerder abstracte belangstelling te hebben voor de dood en de rituelen daarrond. Het Davidsfonds organiseert voor zijn 'De Nacht van de Geschiedenis' onder het motto 'Op leven en dood' 200 culturele activiteiten in evenveel gemeentes. Welgeteld 163 daarvan gaan over aspecten in de marge van de dood; bijvoorbeeld veel rondleidingen op mooie (?) kerkhoven, veel lezingen over rituelen en gebruiken bij overlijden en begrafenis. Een paar zelfs over reïncarnatie. Als geruststelling?
Twee, welgeteld twee, gaan over palliatie. Ik wil ze apart vernoemen, ere wie ere toekomt: 'Palliatieve zorg, sterven geeft te leven' in Haacht, en 'Palliatieve thuiszorg' in Merelbeke.
De doorsnee Davidsfondser, toch al een bepaald cultureel niveau van onze populatie, lijkt gefascineerd door de dood, maar blijft duidelijk op, wat ik zou noemen, 'veilige mentale afstand' van de kern van de zaak: de concrete realiteit van het sterven.

Het is vanzelfsprekend niet de taak van de palliatieve organisaties om het rustige leven van de bevolking te vergallen met onheilsboodschappen.
Maar het adagium dat 'elke dag al genoeg heeft aan zijn eigen zorgen', is in dit verband niettemin verkeerd.

De campagne voor Vroegtijdige Zorgplanning (VZP) van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen kan het grote publiek mogelijk sensibiliseren voor een rationele omgang met het toekomstige levenseinde en als neveneffect ook bewust maken van wat palliatieve zorgverlening, voor ons concreet PHA, voor hen kan betekenen.



WWW.DELAATSTEREIS.BE

De verborgen patiënt

Jozef Dierckx

Jozef Dierckx, vrijwilliger bij Palliatieve Hulpverlening Antwerpen, was aanwezig bij de voordracht van Katlijn Willems over 'familiedynamiek vanuit een contextueel kader'. Deze voordracht werd georganiseerd door de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Zijn verslag.

De relaties

Aandacht geven aan de mensen die palliatieve patiënten omringen is heel belangrijk omdat de ziekte niet enkel één individu raakt. Pijn en verdriet worden ook gedeeld door de familie die met hen verbonden zijn. De mantelzorgers menen het over het algemeen goed. Zij moeten in een niet-vertrouwde situatie het beste geven en ze hebben slechts één kans. Dit geeft voor de familie een hoge druk omdat ze op korte tijd zoveel aandacht moeten schenken. De zorgen van de patiënt worden evengoed overgedragen naar de familie. Op elke kamer staan er kaartjes en bloemen van mensen die met de zieke begaan zijn. Zij willen nog iets doen … zorg dragen voor elkaar. De patiënten vertellen ons van hun familie en vrienden. Relaties zijn voor elke mens erg belangrijk. We worden slechts mens door ons contact met andere mensen. We geven elkaar waarde, dit is voor elke mens bepalend voor wie hij is. Daarom houdt het omgaan met palliatieve patiënten ook in dat de familie erbij betrokken wordt.

De verscheidenheid

Wij stellen vast hoe elke familie anders is opgebouwd, niet enkel het aantal familieleden maar hoe hun verhoudingen met elkaar zijn. Hoe zij hun emoties beleven, reageren op het afscheid nemen. Sommige leden verzamelen informatie om hun angsten onder controle te houden, anderen ontkennen en zoeken afleiding: het zijn volwaardige verwerkingen en elk mag zijn stijl zoeken.

Maar er is meer, elke familie heeft zijn samenhang om al of niet als team samen te werken. Het conflict oplossend vermogen kan groot of klein zijn. De communicatie vlot of onbestaand. Als deze elementen positief zijn is dit doorslaggevend om een gunstig verloop van de rouwverwerking te verwachten. Het mindert schuldgevoelens en verdriet.

De balans

Wat is nu die contextuele dimensie? Relaties worden bepaald door rechtvaardigheid en betrouwbaarheid. Er is een balans 'van geven en ontvangen'. Op lange termijn is er in

een rechtvaardige relatie een evenwicht in het verwerven van verdiensten tegenover schulden en tekortkomingen. Zowel tussen partners of kinderen en hun ouders is loyaliteit het kernwoord. Zo kiezen kinderen automatisch om zorg te dragen voor hun ouders. Want in die relatie is de balans reeds lang opgemaakt. Zij zullen zelf beslissen en niet de buitenstaander. Hun zorgen en toewijding worden niet altijd gezien. Wie onrecht ervaren heeft en dit niet kan aanpakken in de relatie, zal zijn recht in andere momenten in het leven moeten halen. Als hulpverlener is het de kunst om te luisteren en te begrijpen welke aandacht deze mensen aan elkaar geven. Op die manier kunnen wij kansen creëren om een dialoog aan te gaan. Er is altijd iets positief tussen mensen, ook al merken we dat er ten opzichte van onze eigen achtergrond er duidelijke verschillen zijn, zowel met de familie als met de patiënt.

Waar ligt dan de oplossing?

Er is geen standaard zorg; voor elke familie moet er gezocht worden naar wat passend is in die palliatieve situatie. Wij dienen ons af te vragen wat mensen nog wel aan elkaar kunnen bieden in plaats van enkel te zien wat er niet gebeurd. Dit geeft respect voor elke relatie die de zieke heeft en op die manier worden daaruit nieuwe kansen gecreëerd. Als wij mantelzorgers stappen laten zetten (die later niet meer kunnen) om de balans meer in evenwicht te brengen, zal dit het rouwproces vergemakkelijken. Dikwijls is de familie niet onredelijk of dwars maar weet ze gewoon niet (vanuit haar voorafgaande geschiedenis) om te gaan met deze zorgen. Een familie wil het beste voor de patiënt, wij evengoed als hulpverlener vanuit onze kennis en ervaring. Maar 'dit beste' wordt door de familieleden soms anders ingevuld, soms met het idee 'wij willen de anderen sparen'. Hoe maken we die brug?

We trachten door dialoog te achterhalen wat er nog kan gegeven worden, tegenover wat nog kan ontvangen worden. De brug maken tussen familie en patiënt is de erkenning van elkaars inzet en zorg: dit geeft verbondenheid. We proberen te zien waar mensen ondanks alles nog wel inspanningen leveren. En durven hen hierbij zeggen dat we ook hun 'zorg en inzet' erkennen en waarderen.

Daarom kiezen wij voor 'meerzijdige partijdigheid': we kiezen geen partij voor één persoon. Alle belanghebbenden verdienen onze aandacht. We trachten te begrijpen wat het voor elkeen betekent. Hierbij stellen we vast dat elk zijn eigen geschiedenis heeft, eigen context en eigen kwetsbaarheid. Dit is niet kiezen voor onverschillige onpartijdigheid of het meespreken met de andere. Hier moeten we als hulpverlener zeer bewust zijn wat van ons is en wat van de ander. Een innerlijk stemmetje laat ons toe dit te filteren. Het is de inspiratiebron voor het stellen van vragen, rekening houdend met wat er voor die mensen haalbaar is.

Er zijn heel wat valkuilen

Het is belangrijk dat de familie die in onzekerheid en onder druk leeft terug wat controle en voorspelbaarheid kan krijgen. Hierbij moet preventief opgetreden worden. Dit kan

door teamwerk waarbij dubbele boodschappen worden vermeden. Hoewel hulpverleners duidelijke informatie geven wordt dit niet steeds gehoord. Herhaalde bevestigingen kunnen versterken en geven meer zekerheid. Hierbij dienen we aandacht te schenken dat iedereen wel aan bod komt en dat we niet enkel communiceren met de mondigste van de familie. Bedenk dat ook jonge kinderen betrokken en geïnformeerd dienen te worden. Steeds zullen we er rekening mee houden dat iemand onrecht overkwam en van hieruit niet meer wil of kan handelen. Weet dat agressie en eisend gedrag niet steeds crisisgedrag is. Hierbij reageren met clichés zal niet lukken.

Hoe goed bedoeld ook, we mogen er niet op aansturen dat er beloften worden gemaakt aan het sterfbed. Dat kan later door de nabestaanden als zeer drukkend worden ervaren en geeft schuldgevoelens.

Wij moeten beducht zijn dat wij de waarheid niet bezitten. Daarom is onze opdracht te blijven zoeken, want een familie kent men nooit volledig. Hierbij kunnen wij beroep doen op heel wat hulpbronnen. Bij wie kan de patiënt of de familie terecht? Dit kunnen we bespreken aan de hand van kaartjes, foto's, bezoek dat geweest is, …. De erkenning van deze hulpbronnen wordt sterker als ze door de patiënt zelf gegeven kunnen worden: 'ik ben blij dat mijn kleinzoon van zover naar mij is gekomen'.

Onoplosbaar

En toch kan het gebeuren dat alles in een familie is vastgelopen. Wat al jaren bestaat lossen wij evenmin zo maar op. Ernstige vijandigheid en breuken kunnen een 'goede zorg' voor de patiënt verhinderen. Juist als mensen in crisis zijn wordt gedrag naar elkaar toe nog verder uitvergroot en gaan ze nog meer in uitersten. Dan blijft er enkel over om de patiënt centraal te stellen. Dan is informeren van de naasten belangrijker dan ze te betrekken. Het aanstellen van een woordvoerder is een mogelijkheid.

Samenvatting

Wat mij is bijgebleven van deze voordracht over contextuele gedachten:

- *Durf te vertrouwen in het proces van elke familie*
- *Leer hen te ontvangen door te geven*
- *Maak het verschil van de anderen en onze wereld*
- *Ieder mens bezit loyaliteit*
- *Mensen hebben altijd een reden waarom ze doen wat ze doen.*
- *Leg de focus op kracht en krediet en niet op beschuldigingen.*
- *In een geduldig proces zoeken naar wat er WEL gegeven kan worden.*

Hier heb ik voor mij de opmerkelijkste uitspraken van deze voordracht samengevat. Ik hoop daarmee mijn steentje te hebben bijgedragen om die verborgen patiënt, die de familie vormt, te ondersteunen.

Hoe de mondigheid van een palliatieve patiënt ondersteunen?[1]

Lieve Van Goethem, Annik Janssens

Inleiding

Onder het motto: 'Samen kunnen we meer …' organiseerde PHA op 28 november 2009 een 4de gemeenschappelijke vormings- en dialoogdag voor haar vrijwilligers en de palliatief deskundigen.
Met het organiseren van deze gemeenschappelijke vormings- en dialoogdagen wil PHA de samenwerking tussen haar vrijwilligers en haar palliatief deskundigen bevorderen. Het gesprekstheme is telkens een deelsaspect van palliatieve thuiszorg waarmee zowel de vrijwilligers als de palliatief deskundigen op de werkvloer geconfronteerd worden.
In de vorige edities kwamen ondermeer aan bod: omgaan met privacygevoelige informatie; omgaan met waarheid; er zijn zowel voor de patiënt als voor zijn naasten.
Hoe de mondigheid van palliatieve patiënten ondersteunen was het thema van de laatste themadag.

Toelichting bij de keuze van het thema

***'Goede zorg is wat voor de patiënt goede zorg is'**. Of muzikaler en poëtischer uitgedrukt: **'De patiënt is de dirigent in het muziekstuk dat zijn leven is en dit ten einde toe'**. Vanuit deze visie op mens en zorg geeft PHA vorm aan haar dienstverlening in de palliatieve thuiszorg.*
In het werkveld worden zowel palliatief deskundigen als vrijwilligers af en toe geconfronteerd met patiënten die beperkt zijn of lijken te zijn in het uitdrukken van hun wensen. Hoe kan je aan deze patiënten toch nog goede zorg op maat bieden? Hoe kan je als palliatief deskundige achterhalen wat voor deze patiënt zorg op maat inhoudt, als deze patiënt zijn wensen zelf niet goed kan uitdrukken?
Hoe breng je als vrijwilliger aan aantal uren na elkaar door samen met de patiënt op een manier dat deze aanwezigheid comfort creëert zowel voor de patiënt als voor diens naasten?
*Je kunt daarbij verschillende vormen van onmondigheid onderscheiden. Vooreerst heb je de **'instrumentele onmondigheid'** waarbij de patiënt zijn mening, omwille van fysieke beperkingen, niet (gemakkelijk) meer kan verwoorden. Daarnaast is er de vermeende onmondigheid waarbij aan een mondige patiënt **'spreekruimte'** wordt ontnomen. Tenslotte is er de onmondigheid van patiënten die in min of meerdere mate wilsonbekwaamheid worden geacht.*

De dialoog tussen vrijwilligers en palliatief deskundigen

Al enkele jaren wordt gewerkt met eenzelfde methodiek, die door de deelnemers als zeer aangenaam en constructief wordt ervaren. Vooraf worden zes praktijkcasussen uitgeschreven die gelinkt zijn aan het onderwerp.
Zes medewerkers van PHA worden voorbereid om als gespreksleiders telkens twee van deze casussen voor te stellen en de groepsgesprekken hierover te modereren.
In drie korte gespreksessies worden in zes kleine groepjes telkens twee van de casussen besproken. Na elke gesprekssessie, wisselt de groep van samenstelling, waarbij naast de vaste vrijwilligers er telkens een ander palliatief deskundige het gesprekgroepje vervoegt.
In de gesprekken staat de uitwisseling tussen vrijwilligers en palliatief deskundigen centraal. Zowel het uitwisselen van perspectieven (hoe kijkt men naar deze praktijksituatie) als het brainstormen over mogelijke manieren om met de gegeven situatie om te gaan komen hierbij aan bod.

Het laatste woord: Casusbespreking door een deskundige

Tijdens het plenair gedeelte brengen de gespreksleiders een korte impressie met de meest markante uitspraken rond de besproken casussen. Daarna stelt een inhoudelijk deskundige haar analyse en kanttekeningen bij de voorgestelde casussen voor aan de groep.
Dit jaar kon PHA hiervoor rekenen op de medewerking van Annik Janssens, die als psychologe verbonden is aan het Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout (PNAT) en vorming geeft op zelfstandige basis.

In dit artikel stellen we u de verschillende casussen voor en laten we Annik Janssens deze van commentaar voorzien.

Casus 1

> *Louis is een palliatieve patiënt. Hij heeft verschillende CVA's gehad. Hij kan daardoor niet meer spreken en is bedlegerig. Cognitief beschikt Louis nog over al zijn vermogens. Hoe zie je de kennismaking met deze patiënt verlopen?*

Ondanks alle beperkingen die de man heeft, is hij de patiënt waar het om draait. Al te gemakkelijk wordt het gesprek met de 'valide' mensen uit de omgeving gevoerd, over het hoofd van de patiënt heen. Dit is absoluut te vermijden! We moeten alles in het werk stellen om de 'waardigheid' van de patiënt te bewaren. Dat is bij deze mensen nog meer van belang omdat zij al met zo veel onmacht en soms met een verlaagd zelfwaardegevoel zitten omwille van hun beperkingen. Zij moeten niet alleen de huidige situatie verwerken maar zij hebben voorafgaand al de zware verliezen in hun leven door deze CVA's moeten verwerken. Het heeft hun draagkracht ondermijnd. Dat de patiënt cognitief nog over al zijn vermogens beschikt is meer een gesel dan een zegen.

Wat kan je concreet doen?

Begin met je voor te stellen.
Druk je spijt uit dat het gesprek niet meer mogelijk is, maar stel tegelijk de patiënt op zijn gemak dat je alles in het werk zal stellen om toch zo goed mogelijk contact te maken.
De non verbale communicatie is daarom belangrijk. Het is trouwens meer dan 50% van de totale communicatie die we voeren.
Je kunt afspreken dat je met zo veel mogelijk in de vorm van ja/neen vragen zult praten.
Als er met de partner gesproken wordt, betrek je er steeds de patiënt bij door in zijn nabijheid te spreken, oogcontact te houden en bevestiging te vragen aan patiënt.

Uitbreiding casus

Voor de vrijwilligers: stel dat het jouw taak is enkele uren per week alleen bij deze patiënt te blijven. Wat zou je doen om het voor beide partijen tot een comfortabele namiddag te maken?
Voor de palliatief deskundigen: welke tips kan jij hieromtrent geven?

Ga op een plaats zitten waar de patiënt je altijd kan zien.
Zoek naar communicatiemiddelen of gebruik deze die al van toepassing zijn in deze familie en waar patiënt mee vertrouwd is.
Zoek uit welke aanpak zo weinig mogelijk energie vraagt van de patiënt.
Op deze manier communiceren is veel vermoeiender dan een gewone manier en dit zowel voor de patiënt als voor de hulpverlener. Daarom is het belangrijk om rustpauzes in te lassen.
Het streefdoel is samen een aangename namiddag doorbrengen in een veilige, rustgevende manier.
Vraag toelating om iets te doen: Bijvoorbeeld: 'Is het goed voor u dat ik nu even mijn krant lees? Heb je graag dat ik er wat uit voorlees? Heb je graag dat ik je uit een boek voorlees? Willen we samen naar muziek luisteren?, ….'
Probeer een teken af te spreken, volgens de mogelijkheden van de patiënt, waarmee deze kan aangeven dat het genoeg is.
Investeer bij het begin van de contacten in het maken van duidelijke afspraken en hou eraan.
*Pas op voor **'betutteling'**.*

Recent kwam het locked-in-syndroom in de nationale pers. Het locked-in-syndroom of pseudo-coma is een neurologische aandoening waarbij bijna alle communicatie-mogelijkheden van de patiënt zijn weggevallen waardoor het lijkt alsof hij comateus is. De patiënt kan niet spreken en kan zich ten gevolge van verlamming van de vier ledematen geheel niet bewegen. Hij kan echter wel geluiden waarnemen en als de ogen zijn geopend kan hij ook zien. De willekeurige verticale oogbewegingen zijn meestal

echter wel intact gebleven, waardoor men met de patiënt kan afspreken dat hij op vragen met 'ja' of 'nee' kan antwoorden door de ogen naar boven of naar beneden te bewegen. Een beklijvende illustratie van het locked-in-syndroom en wat dit voor de patiënt inhoudt is de verfilming van het waargebeurde verhaal van Jean-Dominique Bauby. Deze Franse journalist werd ten gevolge van een beroerte volledig verlamd. Hij kan alleen nog communiceren door met het linkeroog te knipperen. De film kreeg de titel The Diving Bell and the Butterfly, naar het boek dat deze journalist vanop zijn ziekbed schreef.

Casus 2

Rosa is 85 jaar. Zij heeft borstkanker met uitzaaiingen. Rosa woont in bij haar dochter. Vanuit het ziekenhuis werd gebrieft dat Rosa beginnend dementerend is. Met welke verwachtingen ga je op bezoek bij deze patiënte?

'Gebrieft' worden zorgt altijd voor bepaalde verwachtingen. Men zoekt bevestiging voor wat er je gezegd is en het risico bestaat dat er 'geïnterpreteerd' wordt in die richting. De onbevangenheid valt weg. Het onbevooroordeeld zijn komt in het gedrang.
Dit is ook zo wanneer er iets gezegd wordt in verband met bepaalde familieleden of relaties tussen familieleden.

> *Waarnemen zonder oordelen is de hoogste vorm van menselijke intelligentie'*
>
> *Jiddu Krisnamurti, Indisch spiritueel leraar*

Ook bij mindfulness is 'het waarnemen- zonder- oordeel' een belangrijk gegeven. Hier gaan we er van uit dat de diagnose juist is en dat de dame inderdaad beginnend dementerend is. Op het moment dat de diagnose 'beginnende' dementie gesteld wordt is betrokkene al een aantal jaren bezig om te vechten met wat hem/haar overkomt.
Belangrijk is dat deze patiënten al lang bezig zijn met allerlei 'gebreken' te maskeren. Ze weten al lang dat er iets aan de hand is met hen, maar ze durven het niet naar buiten brengen of de omgeving minimaliseert het. Prof C. Van Broekhoven spreekt van 'milde vergeetachtigheid' vanaf 40 jaar. Deze is volkomen normaal. Maar hier is meer aan de hand: die mensen vinden ineens de weg niet meer, doen in de keuken verkeerde dingen,…

Uitbreiding casus 2

Je bent alleen met Rosa. Zij is heel alert tijdens jouw gesprek. Op dat moment klaagt ze dat de huisarts te weinig langskomt. In het zorgschriftje staat dat deze gisteren nog langs kwam.
Hoe reageer je?

Mij is verteld om met dementerenden NOOIT in discussie te gaan. Probeer altijd rustig te

blijven en respect uit te stralen en dus zeker niet zeggen: 'Dat heb ik toch al uitgelegd…'. Ja, het is uitgelegd. Het is zelfs opgeslagen in hun hersenen, maar de patiënt geraakt er niet meer bij. Het is trouwens best mogelijk dat je de patiënt treft in een heel heldere periode en dan zal je het gesprek volkomen gewoon kunnen voeren.
Maar het voorval met het communicatieschriftje geeft natuurlijk aan dat ze niet mee is. Ik denk dat het belangrijk is dat er met veel respect mee omgegaan wordt. En dat het kan aangebracht worden als: 'Zo'n verblijf in het ziekenhuis maakt mensen verward. Ik kan het aannemen dat je het vergeten was dat de dokter is langs gekomen. Iedereen heeft wat tijd nodig om terug op zijn plooi te komen nadien'.

Verder uitbreiding casus 2

Een tijdje nadien komt de dochter thuis. Ga je nadien hierover een gesprek aan met de dochter? Zo ja, waar let je op?

Deurmat gesprekken zijn in alle omstandigheden uit den boze. Maar zeker bij beginnend dementerenden omdat het 'wantrouwen' vanuit hun onzekerheid zoveel groter is. Het is normaal dat mantelzorgers ook hun verhaal aan iemand willen doen. Vele vrijwilligers hebben het daar moeilijk mee omdat ze bang zijn dat dit hun vertrouwensrelatie met de patiënt zal schaden. Het best is de gesprekken in de aanwezigheid van de patiënt te voeren, maar niet over het hoofd van hem/haar heen. Als de mantelzorger ook graag met je praat informeer dan wanneer de patiënt slaapt tijdens de dag en ga dan eens langs. Maar houdt deurmat gesprekken zo kort mogelijk.

Casus 3

Je gaat voor de eerste keer op bezoek bij een patiënt(e).
Je maakt contact door belangstellende vragen te stellen aan de patiënt. Blijkt dat de partner systematisch deze vragen beantwoordt in plaats van de patiënt.
Hoe ga je daarmee om?

Het gaat om de patiënt, maar het is vanzelfsprekend dat de mantelzorger ook van belang is. Blijf in de nabijheid van de patiënt, houd oogcontact en observeer zijn lichaamstaal tijdens het verhaal van de partner. Check wat de partner zegt bij de patiënt: 'Is dat zo?' of 'Vind gij dat ook?' of 'Ziet gij dat ook zo?'
Sommige patiënten spreken zich nooit uit. Zij geven alles uit handen aan de familie die de zorg voor hen opneemt en zij zeggen ''t Is allemaal goed voor mij'. Misschien is dat hun hele leven zo gegaan. Die patronen gaan op het laatst niet meer veranderen, hoe graag dat wij hulpverleners het ook anders zouden wensen.

Uitbreiding casus 3

Dit patroon blijft zich herhalen in de volgende contacten in deze patiëntensituatie.
Hoe ga je daar dan mee om?

Het lijkt mij toch nuttig om een strategie uit te dokteren om de patiënt alleen te pakken te krijgen. Want dan krijgt hij de kans, indien hij dat wenst, zijn eigen verhaal te brengen. Dit is voor een vrijwilliger vaak gemakkelijker dan voor een palliatief deskundige, omdat de vrijwilliger meestal is ingezet om de mantelzorger de kans te geven even de patiënt 'los te laten'.
Louis Cauffman, maakt in zijn Brugs model voor oplossingsgericht werken onderscheid tussen 'een probleem' en 'een beperking'. Het aanwezig zijn van de partner kan aanvankelijk een probleem zijn. Wanneer dat niet te wijzigen is, dan wordt het een beperking.
Bij zaken waar we niets kunnen aan veranderen kunnen we alleen maar zoeken naar een manier om er mee te leven. Eén van de manieren is er anders leren naar kijken en zien of er zich dan geen mogelijkheden aandienen om het meer hanteerbaar te maken. Ons niet langer focussen op wat niet kan, maar op dat wat wel mogelijk is.
Uit het onderzoek naar 'veerkracht' blijkt dit een belangrijke attitude te zijn. In deze casus kan dit betekenen: aanvaarden dat je er bent voor de mantelzorgers, want, de patiënt vindt het vaak ook OK, vanuit zijn zorg voor hen.

Casus 4

Je wordt ingezet bij een patiënt(e) waarover aan jou is gebrieft dat er vanuit verschillende instanties hulp is aangeboden om de thuiszorg uit te bouwen, maar dat de patiënt(e) steeds een reden had om deze hulp af te wijzen.
Tijdens het gesprek klaagt de patiënt(e) dat er niet goed voor hem/haar gezorgd wordt, dat hij/zij aan zijn lot wordt overgelaten.
Hoe stap je in dit gesprek?
Wat zijn valkuilen?
Wat zou een goede benadering kunnen zijn?

Hoe stap je in dit gesprek? Zoals je dat altijd doet: de patiënt zijn verhaal laten doen. Ook hier bestaat het risico dat de voorafgaande briefing ons vooringenomen maakt. Een valkuil is hier, mee te gaan in zijn jammerklacht: 'Jaja, dat trekt er niet op!' Doe dit zeker niet!
Een goede benadering kan zijn deze vraag te stellen: 'Wat maakt dat die hier niet komen? In de meeste gevallen wordt dat toch voor het ontslag uit het ziekenhuis allemaal besproken en zelfs geregeld?' Daarmee geef je aan dat je goed op de hoogte bent, maar laat je ook de mogelijkheid open dat er misschien toch iets fout is gegaan.
Als palliatief deskundige kan je nog eens herhalen wat die diensten voor de patiënt kunnen doen, maar maak ook duidelijk wat de patiënt NIET van hen mag verwachten. Mogelijk kan je aangeven dat je zelf met hen zult contact opnemen om je te informeren.

Als de patiënt toegeeft dat er wel voorstellen zijn geweest die hij heeft afgewezen, lijkt het nodig om met 'rustige vastberadenheid' de zaak met hem te bespreken en hem erop te wijzen dat thuis sterven niet mogelijk is zonder ondersteuning van verschillende hulpverleners.
MAAR, een valkuil is ook: dat de hulpverlener niet het geduld kan opbrengen om naar een soms moeizaam verlopend verhaal te luisteren of er door geïrriteerd geraakt, en dan maar de 'aanname' uit de briefing voor waar neemt en de patiënt catalogeert bij de 'moeilijke gevallen'.
Risico is dan dat dit zo ook gecommuniceerd wordt op de patiëntenbespreking en dat iedereen van het team deze patiënt dat etiket opplakt en ook zo zal benaderen als ze van wacht zijn. Als dat het geval is maken we de patiënt zelf 'onmondig', vanuit onze vooringenomenheid die alle ruimte afsluit om informatie die een andere richting uitgaat toe te laten.

Casus 5

Soms ontmoet je patiënten en/of mantelzorgers met verminderde verstandelijke capaciteiten: mensen die weinig woordenschat hebben, denken in zwart-wittermen, lijken te drijven op hun emoties, ...
Hoe kan je deze mensen 'spreekruimte' geven?
Wat zijn hier valkuilen?

De grote valkuil lijkt hier te zijn het gesprek te voeren met de valide persoon. Ik heb daar geen bewijsmateriaal uit onderzoek, maar het is blijkbaar een reflex van mensen. Dat ervaren we met oude mensen, met kinderen en met mensen met een handicap. Ga met een oude persoon winkelen of naar het ziekenhuis, ze spreken meteen de jongere aan, over het hoofd van de oudere heen. Dat is zo kwetsend voor de betrokkene.
Soms kan de mantelzorger vanuit een beschermende reflex de patiënt buiten het gesprek wensen te houden, omdat situatie nu al zo belastend is voor de patiënt. Het is goed deze mantelzorger erkenning te geven voor zijn zorg, maar er toch niet in mee te gaan, als dit mogelijk is.
Dus, om het zelfwaardegevoel van mensen te bewaren, spreek eerst tot hen, hoe moeilijk dat het ook is. Als hulp van anderen nodig is, blijf toch tijdens het gesprek checken of de betrokkene akkoord gaat met wat de andere verwoordt.
Mensen met verstandelijke beperkingen kunnen zich door die handicap minder genuanceerd uitdrukken. Het kan helpen om hun taalgebruik over te nemen, ook al zijn wij daardoor soms wat gechoqueerd. Het begrip 'palliatieve zorg' is vaak te moeilijk om uit te leggen. En wat niet begrepen wordt, boezemt angst in.

Een praktijkvoorbeeld:
Een patiënt zei over de palliatief deskundige: 'Ze komt om mij weg te steken'. Het antwoord was: 'Ik kom niet om u weg te steken. Ik kom juist zien wat ik kan doen om ervoor te

zorgen dat ge thuis kunt blijven en dat ze u niet moeten wegsteken'. Het overnemen van dat taalgebruik deed de man kalmeren omdat hij geen afkeuring voelde voor wat hij zei. Ook de familie zag daarin een acceptatie van de patiënt met zijn beperkingen, maar als volwaardig persoon.

Het uiten van emoties gebeurt ook meer 'ongenuanceerd' dan bij ons. Wij hanteren een zekere 'sociale' geremdheid. Zij niet. Belangrijk is dat eerst te laten gebeuren. Besef dat er onder kwaadheid gekwetstheid en verdriet kan zitten. Kwaadheid als gevoel accepteren, betekent niet dat je agressief gedrag moet toelaten. Hier grenzen stellen is ook belangrijk.
In ons taalgebruik letten we op het hanteren van een rustige, maar gedecideerde toon. Juist omdat intellectuele nuancering ontbreekt, moeten we zo veel mogelijk bijpassen met de andere aspecten van taal namelijk de intonatie en de lichaamstaal.
Ook het observeren van de lichaamstaal van de patiënt en dat wat waargenomen wordt teruggeven (spiegelen) kan helpen om te tonen dat je een inspanning doet om hem te begrijpen en hem te helpen.
Kwaliteit van zorgverlening wordt beoordeeld, niet op de technische vaardigheden van de hulpverleners, maar op de kwaliteit van hun communicatie met patiënt en omgeving. Zij moeten zich 'beluisterd' weten. Dat is zo voor valide mensen en dat is zo voor mensen met beperkingen. Bij hen dient er op die manier nog meer geïnvesteerd te worden om vertrouwen te winnen. Door belangstelling te tonen voor wat hen boeit, hun hobby's en verwezenlijkingen, krijg je toegang tot hun leven. De oprechtheid van je belangstelling laat je zien via je lichaamstaal.
Structuur in het gesprek aanbrengen kan een ondersteunende tussenkomst zijn.

Casus 6

Je komt binnen bij een patiënt voor een eerste bezoek.
Wat is het eerste wat gezegd wordt?

'Goedendag, ik ben Rita; en u bent mijnheer Peeters neem ik aan?'. Als de palliatief deskundige of de vrijwilliger zich introduceren met enkel de voornaam, laat dat de mogelijkheid aan de andere om aan te geven dat hij ook met de voornaam wenst aangesproken te worden of niet. Als hij niets zegt: het blijft bij mijnheer of mevrouw. Dat is soms het enige aan waardigheid dat ze nog hebben. Dit mag gerust genoteerd worden in het patiënten dossier! Soms speelt het onderscheid tussen landelijke en stedelijke omgeving daarin mee.
Je geeft aan hoe je geïntroduceerd bent geworden: door de dokter, door een van de kinderen, door het ziekenhuis. De vrijwilligers verwijzen naar de palliatieve deskundige die hun vraag naar vrijwilligers heeft doorgespeeld ….
In zo een eerste gesprek gaat het om informatie geven, maar ook om informatie krijgen. Hoe dan ook moet de klemtoon liggen op het laatste. Luisteren naar het verhaal. Het opstarten van palliatieve zorgfase is de zoveelste stap die de mensen moeten zetten in

heel dat traject dat ze in het ziekteproces al gaan: zieke en mantelzorgers. Het is een stap die ze node zetten, want ze weten wat het betekent en ze zijn angstig en onzeker over het verloop van die fase. De beelden van moeilijke overlijdens uit hun verleden spelen daarbij een belangrijke rol.

Alles moet in het werk gesteld worden om vertrouwen te creëren dat de hulpverleners alles zullen doen wat mogelijk is om het proces zo goed mogelijk te begeleiden. Sterven is een even normaal proces als geboren worden, maar bij beiden hebben we er nood aan te weten dat er iemand in de buurt is om te helpen als er iets fout zou gaan of om de pijn te stillen. Dat weten creëert een sfeer van veiligheid en het is daar dat patiënt en familie nood aan hebben.

Ook hier groeit vertrouwen vooral op basis van lichaamstaal.

Een gezamenlijke broodmaaltijd sluit de dialoogdag af

[1] *Verslag van de gemeenschappelijke vormingsdag van vrijwilligers en palliatief deskundigen van PHA*

Op bezoek bij de buren

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.

Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen vzw
Doorniksewijk 168
8500 Kortrijk
T 056 30 72 72
F 056 25 70 84
E palnet.zwvl@yucom.be
W www.pzwvl.be

Het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen staat ten dienste van de bevolking van het arrondissement Kortrijk (Anzegem, Avelgem, Deerlijk, Harelbeke, Kortrijk, Kuurne, Lendelede, Menen, Spiere-Helkijn, Waregem, Wevelgem en Zwevegem) en de gemeenten Wervik en Wielsbeke of voor 305540 inwoners (NIS 31/12/2008).

Oprichting

De eerste initiatieven in Zuid-West-Vlaanderen op vlak van palliatieve zorg dateren van 1991. De heer Jacques Hanoulle en mevrouw Greet De Baes startten toen Palliatieve Zorgen Thuis. Met een minimum aan financiële middelen werd met de steun van enkele professionele hulpverleners uit verschillende disciplines en de inzet van talloze vrijwilligers gestart met de uitbouw van de palliatieve zorg in de regio. Zo wou men palliatieve patiënten de kans geven om thuis op een menswaardige manier te sterven.

Palliatieve Zorgen Thuis en het Palliatief Netwerk Zuid-West-Vlaanderen groeiden in 1998 uit tot het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen vzw.

Wanneer op 3 mei 1995 het Besluit van de Vlaamse regering houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken (B.S. 18 augustus 1995) verschijnt staat ook deze organisatie mee aan de wieg van het palliatief netwerk. Op 4 oktober 1995 werd het Palliatief Netwerk Zuid-West-Vlaanderen opgericht, dat in 1998 door de federale overheid werd erkend als samenwerkingsverband. In 1998 komt er een fusie tussen het erkende Palliatief Netwerk Zuid-West-Vlaanderen en de vrijwilligersorganisatie Palliatieve Zorgen

*Thuis en krijgt de naam **Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen.** In 1999 kreeg de **M**ultidisciplinaire **B**egeleidings**E**quipe van dit netwerk haar erkenning.*

Vrijwilligerswerking

De aandacht voor de vrijwilligerswerking in de palliatieve zorg van bij het begin is wellicht een van de redenen dat het Netwerk blijft instaan voor de opleiding, de vorming, de navorming en de intervisie van alle vrijwilligers palliatieve zorg in het werkingsgebied. Een stuurgroep vrijwilligers palliatieve zorg, met vertegenwoordigers vanuit de palliatieve eenheid, de thuiszorg en de woon- en zorgcentra, waakt blijvend over de verdere uitbouw en ondersteuning van het vrijwilligerswerk in de palliatieve zorg en dit voor de ganse regio. De vrijwilligers van het Netwerk zijn inzetbaar in de settings waar vraag is. Het Netwerk erkent de meerwaarde die vrijwilligers vanuit hun specifiek engagement hebben en wil de kwaliteit van zorg voor de palliatieve patiënt ondersteunen door vrijwilligers bij de mantelzorg te betrekken. Het Netwerk engageert zich specifiek voor allen die zich als vrijwilliger willen inzetten bij de zorg voor palliatieve patiënten en hun omgeving door hen de nodige ondersteuning en opleiding te bieden.

De leden van het Netwerk zijn de vertegenwoordigers van zorgaanbieders (huisartsen, thuisverpleegkundigen, gezins- en bejaardenhulp, CMD, …) die actief zijn in de eerstelijnsg ezondheidszorg, de erkende rust- en verzorgingstehuizen en erkende rustoorden, erkende ziekenhuizen en Sp-diensten palliatieve zorg (palliatieve eenheden).

De Raad van Bestuur telt 12 leden: telkens 4 vertegenwoordigers uit de thuiszorg, 4 vertegenwoordigers van de woon- en zorgcentra en 4 vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en de palliatieve eenheid. Dit bestuur stelt zich tot opdracht de palliatieve zorg in de regio uit te bouwen en slaagt erin de eventuele profileringdrang van leden hieraan ondergeschikt te maken.

		Netwerk	MBE
		uren/week	
Rosemie Van Bellingen	coördinator	38	
Vanhauwaert Katrien	psycholoog	19	4
Isabel De Lille	palliatief deskundige		25
Gerda Deschuymere	palliatief deskundige		24
Jan Gobbin	palliatief deskundige		32
Jo Verhalle	palliatief deskundige		19
Kate Vrielynck	palliatief deskundige		22,5
Lucie Verdonck	administratief medewerker		17,5
Hilde Moerman	equipearts		7
Reinhilde Swaenepoel	equipearts		
		57	151

Tijdens een gesprek met Rosmie Van Bellingen (coördinator) overlopen we opdrachten van een netwerk en zoeken hierbij de specificiteit van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen.

N & K Informeren en sensibiliseren:

Het Netwerk engageert zich om de palliatieve zorgverlening toegankelijk te maken voor iedereen. Het Netwerk zet zich in om alle mogelijkheden op het gebied van palliatieve zorg en rouwzorg bekend te maken. Door iedereen te informeren over en te sensibiliseren voor een palliatieve zorgcultuur wil het Netwerk sterven, dood en rouw opnieuw bespreekbaar maken.

Het netwerk heeft een eigen website, een tijdschrift en themaspecifieke brochures. Opleidingen worden zowel aangeboden als opleidingen op maat van de aanvrager georganiseerd. Er is ook een sterke provinciale samenwerking.

In samenwerking met de PST's van de regio en de palliatieve eenheid werd een folder voor kinderen en palliatieve zorg opgemaakt.

N & K Ondersteuning van de Palliatieve Zorgverlening:

Het Netwerk wil vanuit een emancipatorisch zorgconcept een antwoord geven op lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele noden van ongeneeslijke zieken en hun omgeving vanaf het ogenblik dat er medisch gezien voor de zieke geen genezing meer mogelijk is en het sterven binnen afzienbare tijd wordt verwacht. Het Netwerk beschouwt het als zijn opdracht om in het bewustzijn van de naderende dood de uitdaging aan te gaan om voor de patiënt en zijn omgeving de best mogelijke levenskwaliteit na te streven. Het Netwerk wil kansen bieden om een geëigende dood te sterven op de plaats die de patiënt en zijn omgeving verkiezen.

Belangrijk hierbij is dat het aantal meldingen vanuit PST's stijgt en dit vooral door een actieve stimulering van de patiënten door deze PST's: 'we zouden graag hebben dat je met die mensen gaat kennis maken'.

De Top 5 van Rosemie Van Bellingen

1. *goed uitgebouwde vrijwilligers-werking;*
2. *goede samenwerking met de andere palliatieve settings in de regio ;*
3. *een geëngageerde Raad van Bestuur die achter het team staat en professionaliteit, kwaliteit maar ook zorgzaamheid belangrijk vindt:*
4. *een gedreven team;*
5. *wij hebben een visie-ontwikkeling*

Het is tevens belangrijk om te blijven focussen op de juiste doelgroep: 'wie is hier de palliatieve patiënt?'. Niet alleen de mogelijke terminaliteit van de ziek(t)e maar ook de aard van de pathologie moet in beeld gebracht worden (dementie, CVA-patiënten, MS, …). Het is een constant zoeken hoe palliatieve zorg voor deze doelgroepen een meerwaarde kan bieden.

N & K Samenwerking en overleg:

Het Netwerk wil zijn doelen realiseren in nauwe samenwerking met de patiënt en zijn omgeving, zijn mantelzorgers en zijn professionele hulpverleners. In functie van de noden biedt het Netwerk advies en ondersteuning of treedt aanvullend op. Vanuit een respect voor de visie aangaande zorgverlening en palliatieve zorgverstrekking van iedere betrokkene, een respect ook voor ieders engagement en ieders band met de patiënt streeft het Netwerk naar een voortdurend multi- en interdisciplinair overleg waarbij de belangen van de patiënt en zijn omgeving primeren. Het Netwerk beschouwt het als zijn opdracht om een samenwerking uit te bouwen met alle personen, organisaties en overheden die zich betrokken weten bij de palliatieve zorgverlening en de rouwzorg.

N & K Waar ben je na al deze jaren fier op?

Onze werking is gebaseerd op een visie: palliatieve zorg is zorg dragen voor mensen in een levensfase. Het gaat om leven maar ook om een voor de patiënt geëigende dood. Hij kiest de plaats en bepaalt mee de weg. We blijven ons wel bewust van de grenzen: er zijn de omstandigheden en de mogelijkheden. Hier willen we rekening mee houden. We moeten ook durven grenzen te stellen. Vanuit onze visie proberen we onze werking op een actuele wijze gestalte te geven.

N & K Wat loopt er niet goed?

De financiering van het netwerk/samenwerkingsverband is een zorg die al van bij de opstart van het Netwerk aanwezig is en niet structureel opgelost geraakt. Tot op heden zijn we er in geslaagd om het hoofd boven water te houden, maar dit vraagt veel inspanning en tijd, tijd die niet kan besteed worden aan de doelstellingen van een Netwerk. Het blijft ieder jaar spartelen om rond te komen en belemmert ons tot onze core business te komen.

N & K Wat zie je als uitdaging voor de toekomst?

De demografische, maatschappelijke ontwikkelingen: de vergrijzing van de bevolking, de wijziging van de patiëntenpopulatie. Het aantal patiënten met een niet oncologische aandoening dat beroep doet op de thuiszorgequipe neemt toe. Deze patiënten vragen een andere benadering en daarin is het team nog zoekende.

De alertheid voor het behoud van de basisgedachte van palliatieve zorg, de aandacht voor de verschillende invalshoeken van zorg, de afbakening van de doelgroep, we moeten blijven staan waarvoor we staan: palliatieve zorg, zorg voor het naderend sterven.

We moeten oppassen geen nieuwe 'taboes' te creëren: zij die Palliatieve Zorg te confronterend noemen openen een valkuil waarin Palliatieve Zorg dreigt te verdwijnen.

De vraag naar vroegtijdige zorgplanning en respect voor de autonomie van de patiënt vind ik oké. Doch we mogen niet meewerken aan het creëren van de illusie dat de mensen (en de hulpverleners?) alles kunnen beheersen. We moeten het normale stervensproces ook nog een kans geven. Ik vrees wanneer alles beheersbaar en controleerbaar is het saai zal worden …

Antwerps Kathedraalkoor

Knapenkoor & Meisjescantorij
Orgel | Peter Van de Velde
Orkest | Antwerp Festival Orchestra

Onder leiding van Kapelmeester Sebastiaan van Steenberge

adembenemend Jaarconcert

Een bloemlezing van de mooiste 'Choral Highlights'
uit de geschiedenis van de koormuziek met werk van o.a.
Vivaldi, Bach, Haendel, Mozart, Haydn, Mendelssohn, Rutter…

Zaterdag 1 mei 2010 om 20.00u
Onze-Lieve-Vrouwekathedraal Antwerpen

Kaarten kunnen nu reeds besteld worden in voorverkoop

- *annick.huet@skynet.be*
- *gsm 0474 95 38 49 alle weekdagen van 19.00u tot 22.00u*
- *voorverkoop: gewone tickets € 13*
  VIP plaatsen: € 30 (inclusief uitnodiging op receptie na concert)

De opbrengst van het Jaarconcert is ten voordele van de werking van het Kathedraalkoor

De vragen van Marcel Proust

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

Wim Van der Sijpt
°Zottegem 7/04/1968

1. Wat is het grootste ongeluk dat U zou overkomen?

Omdat ik hou van actief beluisteren: doof worden.

2. Waar zou je het liefste wonen?

Ergens waar geen stress heerst, waar natuur overweldigend feest viert.

3. Wat is het volkomen geluk op aarde?

Bestaat dat? Gewoon blij zijn met kleine dingen.

4. Voor welke misstappen kunt u begrip opbrengen?

Vergissingen en misstappen gerelateerd aan het individuele groeiproces.

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

Elke 'kleine, eenvoudige' mens, die zonder bekers, titels, enz. iets betekent voor een ander.

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

Mijn grootmoeder.

7. Wie is uw lievelingsschilder?

Karel Appel.

8. Wie is uw lievelingscomponist?

Bella Bartok.

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

Knuffelbaarheid.

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

Verdraagzaamheid.

11. Wat is uw lievelingsdeugd?

Eenvoud.

12. Wat doet u het liefst?

Overspoeld door cellomuziek een goed boek lezen onder de appelboombloesem in het zachte gras.

13. Wat is uw grootste karakterfout?

Geen neen kunnen zeggen.

14. Wat is uw lievelingskleur?

Blauw.

15. Wie is uw lievelingsdichter?

Bart Moeyaert.

16. Wie zijn de helden van vandaag?

De kleine mens, die zonder titel of nominatie, iets betekent.

17. Welke namen hoort u het liefst?

Paul, Teo.

18. Wat verafschuwt u het meest?

Oppervlakkigheid en egoïsme.

19. Wat was de belangrijkste omwenteling in de geschiedenis?

De toren van Babel.

20. Welk talent zou U het liefst willen?

Muzikaal talent.

21. Hoe zou U het liefste willen sterven?

Zonder poespas, in de armen van diegene die ik het meest bemin.

22. Welke hervorming zou u het liefste willen doorvoeren?

Minder bureaucratie.

23. Wat is uw motto?

'Ik ben niets,
Ik zal ook nooit iets zijn,
Ik kan ook nooit iets willen zijn,
Maar toch koester ik alle dromen van de wereld.'

Wim Van der Sijpt is palliatief deskundige en verpleegkundige bij PHA.

PHA dankt volgende sponsors

Meda

Janssens Cilag

Lions Clubs zone 22 MD 112 B

International Womens Contact Antwerp vzw

De Ballon NV

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

Inhoud van dit nummer

De verborgen patiënt *4*

Hoe de mondigheid van een palliatieve patiënt ondersteunen? *8*

Op bezoek bij de buren *17*

De vragen van Proust *21*