

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

# INFO--PHA

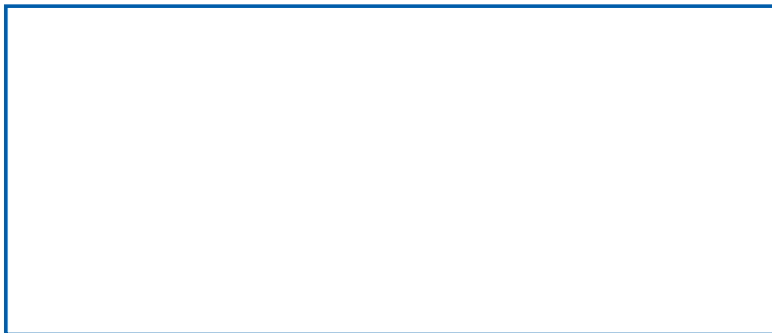


Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

UA Gebouw Fc | Domein Fort VI | Edegemsesteenweg 100 2610 Wilrijk

Verschijnt driemaandelijks | Afgiftekantoor Antwerpen X

Erkenningsnummer P708336



*Een toekomstvisie voor PHA*

*Het palliatieve netwerk in het WZC*

*Complementaire zorg*

Jaargang 17 | Nummer 1 | voorjaar 2011

## COLOFON

### REDACTIERAAD

Tine De Vlieger  
dr. Jos Van Bragt  
dr. Noël Derycke

### REDACTIESECRETARIAAT

Info PHA - Redactie  
UA Gebouw Fc  
Domein Fort VI  
Edegemsesteenweg 100  
2610 Wilrijk  
Tel. 03 820 25 31  
www.pha.be

### WERKTEN MEE AAN

#### DIT NUMMER

Tine De Vlieger  
dr. Koen Herweyers  
Luk Naveau  
Ina Gryp

### 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.



### **DE BOMEN EN HET BOS**

*Excuseer mij mijn enthousiasme, maar dit is een heerlijke InfoPHA.*

*Hem doornemen vergt wel enig doorzettingsvermogen en geconcentreerde aandacht. Zelfs tamelijk wat nadenken en zelfs mijmeren over hetgeen wordt gepresenteerd en gesuggereerd.*

*Wat vanzelfsprekend niet ongewoon kan zijn voor iemand die geïnteresseerd is in de georganiseerde palliatieve zorg.*

*De algemeen coördinator van PHA ontwikkelt een gebalde visie op de nabije toekomst van de netwerken, de multidisciplinaire begeleidingsequipes, en op de evolutie van de palliatieve zorg an sich. Het is een veelomvattend, veeleisend, en gedetailleerd programma waarbij de aandachtige lezer onbewust even naar adem hapt. Rome is ook niet op één dag gebouwd, en PHA heeft in het verleden reeds bewezen geleverd van haar werkkraft. Er tegen aan dus.*

*De meest in het oog springende opdracht lijkt mij het ontwikkelen van de palliatieve zorg voor de patiënten met niet-oncologische aandoeningen. Het aandeel van deze niet-oncologische aandoeningen in het dagelijks werk van PHA blijkt 20 % te zijn. Een onverwacht aanzienlijke taak. Waarvoor onderzoek en samenwerking met de curatieve zorg onmisbaar zullen zijn. Dat vroegtijdige zorgplanning hier voor een mentaliteitswijziging en een palliatief knipperlicht kan en moet zorgen lijkt mij evident.*

*Het goed gedocumenteerde en evenwichtige bijdrage over de "complementaire zorg" leidt ons voorzichtig binnen in een controversieel domein. Binnen de palliatieve zorg, die uiteraard emoties opwekt, en zowel door dat patiënt als de verzorgenden emotioneel wordt beleefd, is deze voorzorg niet onbelangrijk. De grens tussen alternatieve geneeswijzen en complementaire zorg is in de curatieve zorg iets minder flou als in de palliatieve zorg, waar gevoelens van onmacht makkelijker kunnen leiden naar zogenaamde complementaire zorg.*

*Zogenaamd, omdat ook binnen de curatieve zorgverlening de aandacht voor de gehele mens nodig aanwezig moet zijn, en dat deze aandacht geen moderne nieuwe terminologie vereist. Dus a fortiori niet in de palliatieve zorg. Het artikel weerspiegelt duidelijk de belangrijke grens die hier moet worden bewaakt.*

*De bijdrage over het werk van het MBE in de "rusthuizen" zet ons weer met de voeten op de begane grond.*

*En wat hebben de bomen en het bos nu met dat alles te maken ? Met mijn lichte wrevel over de nieuwe termen die in de palliatieve zorg om de haverklap opduiken. De "complementaire zorg" van hierboven deed mij weer even opschrikken. Ik had pas "de ondersteunende zorg" ("supportive care" no less) min of meer geassimileerd, en nu dit.*

*Niettemin : wij blijven mee.*

*dr. Jos Van Bragt*



## Een toekomstvisie voor PHA

---



*Tine De Vlieger*  
*algemeen coördinator PHA*

*Meer en meer nemen de netwerken palliatieve zorg en de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve thuispatiënten een plaats in ons maatschappijbeeld in. De verbreding en de verruiming van hun aanbod naar alle doelgroepen dringt zich op. Dit wordt bevestigd in het rapport van het Federaal kenniscentrum (KCE, 2009) dat belast is met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.*

*Het rapport formuleert aanbevelingen voor het identificeren van de palliatieve patiënten, de organisatie van de palliatieve zorg, de opleiding van zorggevers, de registratie, het budget en verder onderzoek. In het rapport is een erkende palliatieve patiënt een persoon met een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte ongeacht de levensverwachting. Deze palliatieve status is niet hetzelfde als terminale fase van een ziekte en houdt ook een evaluatie van de behoeften van de patiënt in. Deze evaluatie moet vroeg genoeg worden gemaakt en regelmatig worden opgevolgd door de behandelende arts in samenwerking met een palliatief zorgteam.*

*Voor het begrip behoeften moeten alle dimensies in overweging worden genomen. Het is belangrijk om alle patiënten te identificeren waaronder ook de patiënten met een vergevorderde chronische aandoening (hart-, long-, nierfalen) en de dementerenden. Er wordt ook aandacht gevraagd voor een aangepaste opleiding van de zorggevers waarbij de basisopleiding palliatieve zorg moet worden opgenomen in alle curricula en moet worden aangeboden als permanente opleiding met als voornaamste gemeenschappelijke onderwerpen de zorgmodellen en de -behoeften van patiënten.*

*Ondermeer aan de netwerken palliatieve zorg om na te denken over hoe hiermee om te gaan.*

*Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) stelt zich al enige tijd vragen bij de invulling van een palliatieve zorgnood bij de niet oncologische patiënten. Concreet de chronisch zieken, de ouderen, de psychiatrische patiënten, personen met een handicap, enzovoort.*

*De eigen medewerkers en de zorggevers in het werkveld wensen vanuit hun zorgkijk en –benadering zoveel mogelijk de noden en de behoeften van ‘alle’ ongeneeslijk zieken en hun families tegemoet te komen.*

*Wij vinden het dan ook onze opdracht om gevoelig te blijven voor de huidige en toekomstige tendensen binnen onze maatschappij. Ook om de noden van de bevolking op vlak van levenseinde op te sporen, te ontvangen en te ondersteunen.*

*Sensibilisatie voor een zorgcultuur blijft belangrijk om de noden en de verwachtingen van de ongeneeslijke zieken en de nood aan andere en zelfs ontbrekende zorgstructuren uit te lichten. Wie krijgt er te laat of geen toegang tot een palliatieve zorgstructuur? Voor wie is er geen aanbod? Waar moeten en kunnen we zorgen voor verbetering?*

*Daarnaast zal het blijvend op zoek gaan naar nieuwe of “onbeminde” zorgpartners en –organisaties om mee samen te werken ons ook in 2011 bewegen om werk te maken van maatschappelijk relevante synergie van zorgaanlevering. Ik denk hierbij aan de ondersteuning van ongeneeslijk zieken met een niet oncologisch ziektebeeld. In 2010 werden er bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe van PHA 20% patiënten aangemeld zonder een oncologische aandoening. Van de kwetsbare groepen in onze maatschappij zoals de ouderen, personen met een psychisch ziektebeeld en personen met een mentale handicap, vonden vooral de ouderen hun weg naar het ondersteuningsaanbod van onze equipe. Zijn de hulpverleners klaar om ook aan al deze zieken tijdig en op maat palliatieve zorg aan te bieden? Zijn wij klaar om in onze zorgende maatschappij ook de impact van de multiculturaliteit in de zorg, op te vangen?*

*Niet alleen wij maar al onze collega netwerken moeten de komende jaren serieus nadenken over de veranderingen die ons tegemoet komen binnen de zorgende maatschappij. Het zal noodzakelijk zijn om uiteindelijk actieplannen te kunnen voorbereiden waarin onze functie, taak en rol duidelijk blijft. En waar onze inzet daadwerkelijk zorgt voor resultaten op vlak van verruiming en verbreding van de palliatieve zorg en daarnaast de zorggevers verrijkt en ondersteunt in hun deskundigheid.*

*Palliatieve Hulpverlening Antwerpen wenst de komende jaren in de eerste plaats binnen haar eigen werkingsgebied verder te bouwen aan:*

- Haar signaalfunctie: Wat verandert er? Wat is de impact hiervan op de samenwerking tussen zorggevers en –organisaties? Kunnen er keuzes gemaakt worden en welke moeten dat dan zijn? De impact van de verruiming en verbreding van palliatieve zorg toetsen op onze kernprocessen.*
- Haar toegankelijkheid laagdrempelig houden door een pluralistische organisatie te zijn.*

- *Het mee volgen van maatschappelijke trends: Is er nood aan nieuwe vormen van dienstverlening voor palliatieve patiënten en hun familie?*
- *Het opsporen van noden bij levenseindezorg: Is men proactief goed en voldoende geïnformeerd over mogelijkheden en beperkingen van integrale palliatieve zorg?*
- *Het voortdurend aftasten van de operationele grenzen van zorgorganisaties en –partners om zorgnoden en –aanlevering te helpen oriënteren om patiënten de kans te geven thuis te blijven wanneer zij hieraan de voorkeur geven: Wie kan wat? Welke zorgkrachten kunnen gebundeld worden en elkaar in samenwerking versterken? Het belang van het uitwerken en aanbieden van aangepaste vormingen, trainingen en opleidingen aan zorgverleners zodat ze voldoende deskundig zijn om in samenwerking ondersteuning te geven aan patiënten met een diversiteit aan ziektebeelden, cultuur en zorgmodellen.*
- *Het verder uitbouwen en onderhouden van aangename samenwerkingsverbanden met velen in haar werkingsgebied: Heeft de huidige samenwerking voldoende draagvlak en -kracht om te gaan voor verruiming en verbreding? Of gaan we op een andere manier moeten gaan samenwerken.*

*Tot slot is het ook voor onze organisatie – netwerk en begeleidingsequipe voor de palliatieve thuispatiënt en zijn zorggevers- belangrijk om buiten het eigen werkingsgebied de verruiming en de verbreding mee te realiseren vanuit een gedeelde visie en met eenzelfde pleidooi in grensoverschrijdende netwerking.*

## Het palliatieve netwerk in het Woon- en zorgcentrum (WZC)

---

*dr. Koen Herweyers*

*CRA-Arts WZC St.-Bavo en equipearts PHA*

- Gedurende haar jarenlange verblijf in het W.Z.C. nam Maria veel pijnstillers. De pijnklachten hadden, zoals meestal in haar leeftijdscategorie, vele oorzaken die door haar slechte algemene toestand niet meer echt op te lossen waren. Naar het einde toe was ze comfortabel met de pijnpleisters maar in de laatste fase leken die minder goed te werken en werd Maria opnieuw onrustig. Een telefoontje van de huisarts naar het locale netwerk in de voormiddag gaf snel resultaat. De deskundige van P.H.A. bracht in de vroege namiddag een pijnpompje (spuitdrijver) en gaf aan de verpleging een korte uitleg over het gebruik ervan. De huisarts had, na overleg met de equipearts, de medicatie al voorgeschreven die dagelijks onderhuids moest worden toegediend. Vier dagen na de plaatsing van de pomp overleed Maria rustig, in het bijzijn van haar nichtje. In die laatste vier dagen ging de pomp wel een keer in alarm, maar dit kon snel worden opgelost door naar P.H.A. te bellen. De 24/24 bereikbaarheid van het netwerk gaf het team de nodige rust en vertrouwen in de goede afloop.*

Dit verhaal is een voorbeeld van de praktische hulp die een palliatief netwerk kan bieden aan een W.Z.C. Er is een 24 u bereikbaarheid en er kan snel advies verstrekt worden en zo nodig een medicatiepomp worden ontleend. Deze dienstverlening kan het behandelteam van het woon- en zorgcentrum het noodzakelijke veilige gevoel geven bij een moeilijke palliatieve of terminale zorgsituatie.

In de voorbije jaren is de complexiteit van de "eindelevensvraagstukken" in de woon- en zorgcentra toegenomen. Het publieke debat heeft daar ongetwijfeld een belangrijke bijdrage toe geleverd. De teams in het W.Z.C. worden nu geconfronteerd met wilsbeschikkingen, uitgesproken meningen en (al dan niet foute) veronderstellingen van zowel de bewoners zelf als van hun omgeving. Om op al deze vragen een duidelijk antwoord te kunnen bieden is het van groot belang dat er binnen de organisatie wordt nagedacht over een beleid en procedures die een praktische leidraad vormen in de dagelijkse zorg naar het levenseinde.

- *Het team van P.H.A. werd gecontacteerd door een W.Z.C. Er was een conflict ontstaan tussen de C.R.A. en de directie enerzijds en een huisarts anderzijds met betrekking tot de uitvoering van euthanasie in het huis. Intern had dit conflict de werknemers van het W.Z.C. ernstig verdeeld in een groep pro en een groep contra. Dit leidde tot hevige discussie op de werkvloer en een totaal verlies van sereniteit, noodzakelijk voor het goede verloop van deze zorgsituatie. Een teamlid van P.H.A. hielp de rust te herstellen en zette, samen met directie en personeel, de eerste stappen in de richting van een procedure euthanasie.*

Wachten tot je geconfronteerd wordt met het onvermijdelijke is meestal geen goede houding. Het lokale netwerk kan een katalyserende rol spelen in de opbouw van een visie, een beleidsplan en een operationeel plan rond palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning, euthanasie of andere levenseindevragen. De kennis en ervaring van het netwerk in deze materie kan het proces binnen het home ten goede komen.

Sommige bewonersdossiers kunnen dermate complex zijn dat het nodig is om met alle betrokkenen rond de tafel te gaan zitten. Op zo'n zorgoverleg kan ook iemand van de palliatieve equipe worden uitgenodigd.

- *In het rusthuis werd een man met vergevorderde ziekte van Parkinson opgenomen op de afdeling voor personen met dementie. Hoewel hij moeilijk verstaanbaar was en soms verward, vonden de verzorgsters en verpleegsters na enkele weken verblijf dat hij nog goed in staat was aan te geven wat hij wenste. Met de familie werd overeengekomen om het gesprek rond de zorgplanning in de eerste plaats met hem zelf te voeren. Een zorgoverleg werd gepland en iemand van het netwerk werd ook uitgenodigd. Dit overleg bracht duidelijkheid voor zowel het zorgteam als de familie. De afspraken werden duidelijk genoteerd in het zorgdossier en door iedereen onderschreven.*

Dit soort overleg kan veel nutteloze discussies in een later stadium voorkomen, maar dient natuurlijk wel regelmatig geëvalueerd.

Een laatste rol die het netwerk voor palliatieve zorg kan spelen in het W.Z.C. is die van deskundigheidbevordering. Opleiding op maat wordt door het netwerk aangeboden gaande van de eenvoudige "bedside teaching" bij de levering van een spuitdrijver (pijnpompje) tot een uitgewerkte opleiding rond een gekozen onderwerp m.b.t. het levenseinde.

De netwerken palliatieve zorg kunnen m.i. woon- en zorgcentra in belangrijke mate bijstaan om de moeilijke vraagstukken van het einde van het leven aan te durven en aan te kunnen.



# Complementaire Zorg: deel 1

---

Luk Naveau

Vepleegkundige-palliatief deskundige

## Inleiding

---

*Een hulpverlener geeft een angstige zorgvrager een handmassage met lavendelolie voor de nacht. Een animator biedt muziektherapie aan een dementerende, waarmee verbaal niet kan gecommuniceerd worden. Een palliatieve kankerpatiënt krijgt instructies over ademhalings- en ontspanningsoefeningen van een kinesist waarmee hij zijn ziekte beter kan hanteren. In een kamer van een patiënt met een chronische ziekte bedient een verpleegkundige een aromaverstuiver met etherische olie ter desinfectie en ontspanning. Allemaal voorbeelden van zorg die niet regulier zijn, maar wel geregeld worden toegepast door zorgverleners bij palliatieve patiënten. Het onderwerp complementaire zorg, verder in deze tekst afgekort als CZ, is een tendens binnen palliatieve zorg. In vakbladen verschijnen artikels, er vinden congressen plaats over dit onderwerp en sommige beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen nemen een nieuw standpunt in. Scholen voor verpleging en verzorging nemen modules over CZ op in hun curriculum (Hupkens, 2001a).*

*Zowel woon- en zorgcentra als palliatieve eenheden doen op kleine schaal projecten met CZ en verscheidene hulpverleners laten zich bijscholen in aromatherapie, relaxatieoefeningen en massagetechnieken.*

*Het beeld dat over CZ leeft, is niet onverdeeld positief: Kwakzalvers en wonderdokters die maar wat aanrommelen en de gezondheid van hun patiënten op het spel zetten. Het is moeilijk om aan te geven wat wel en wat niet onder CZ valt. Een duidelijke afbakening is er niet (Doorakkers, 2002).*

*Hierdoor wordt het moeilijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen complementaire versus alternatieve zorg, alsook tussen effectieve CZ en kwakzalverij. Het gevaar bestaat dat alles over éénzelfde kam wordt geschoren, waardoor vooroordelen over de toepassing en integratie van CZ ontstaan.*

*Over CZ bestaat er vaak weinig wetenschappelijke informatie.*

*En het gezegde "baadt het niet, dan schaadt het niet", gaat lang niet altijd op (Enzlin, 2002).*

## 1. Complementair

- *Complementaire verpleegkundige interventies zijn verpleegkundige interventies voortkomend uit de complementaire geneeswijzen, in het verpleegkundig proces en praktijk die bij voorkeur worden toegepast vanuit de natuurgeneeswijzen om het zelfhelend vermogen van de patiënt te ondersteunen, te stimuleren of te activeren en waarbij de zorg de mentale, emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften omvat zodat de patiënt een staat van welbevinden kan (her-)winnen (Hupkens, 2001a).*
- *Complementaire therapieën of aanvullende therapieën zijn therapieën die een aanvulling kunnen zijn op reguliere geneeskunde en deze geenszins afwijzen (Hupkens, 2001a).*
- *CZ in palliatieve geneeskunde wil door comfortverhogende maatregelen de levenskwaliteit van de patiënt verbeteren. De belangrijkste doelstellingen van CZ in de palliatieve zorg zijn: relaxatie bevorderen, stress en angst verminderen, pijn en andere symptomen verzachten en de slaapkwaliteit verbeteren. Complementaire zorg wordt ook wel "aanvullende" zorg genoemd (Derycke, Bauchant, Bossaerts, De Vlieger, Hans, Schrijvers, Van Genechten, Weyten, 2004).*
- *CZ richt zich op de totale persoon en zijn omgeving. CZ benadrukt de holistische benadering van de patiënt met de integratie van lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten. Kenmerken van CZ zijn het werken met geïndividualiseerde behandelingsplannen (op maat, vraag van de patiënt), de afwezigheid van nevenwerkingen, het onderstrepen van het belang van de verbinding tussen geest en lichaam en de betrachting om het welbevinden van de patiënt te bevorderen eerder dan de ziekte op zich te willen behandelen. Ook bij de kwalitatieve palliatieve zorg staat een holistische mens (patiënt) benadering centraal. CZ kan voor deze palliatieve zorg een aanvulling betekenen. Deze kwaliteitsbevordering situeert zich niet op het niveau van de behandeling, zeker wel op niveau van comfort (Derycke et al., 2004).*
- *CZ verbetert de kwaliteit van leven van patiënten en familieleden. CZ geneest de ziekte niet en wordt niet gebruikt in de plaats van een hoofdtherapie. Soms worden ze in adjuvante wijze toegepast voor het reduceren van pijn of andere symptomen. Ze zijn niet-invasief, comfortabel, doelmatig en niet expansief waardoor ze een antithesis zijn van alternatieve geneeskunde (Cassileth, Schulman, 2004).*
- *Bij CZ wordt er meer gesproken over 'helen' dan over 'genezen'. Helen wordt binnen de reguliere geneeskunde eveneens als begrip gebruikt, doch de klemtoon ligt daar meer op het genezen van het fysieke lichaam. Onder helen in CZ wordt meer verstaan: het*

*bewegen in de richting van harmonie tussen lichaam, geest, psychosociaal functioneren en ziel. Waar genezen voornamelijk inhoudt het laten verdwijnen van symptomen, houdt helen dus in dat naar een toestand van harmonie wordt geëvolueerd. Wanneer het lichaam onherstelbaar ziek is, kan er toch nog geheeld worden. Er kan op mentaal of spiritueel gebied nog een ontwikkeling plaatsvinden in de zin van acceptatie of zingeving. CZ richt zich ook op het ondersteunen en stimuleren van het zelfhelend vermogen. Voorbeelden van het zelfhelende vermogen zijn het herstellen van wondjes, griep, maar ook verdriet, die veelal overgaan zonder behandeling.*

## **2. Alternatief**

- *Alternatieve geneeswijzen zijn alle vormen van diagnostiek en therapie die niet aan de Belgische (Nederlandse) medische faculteiten of officieel erkende paramedische faculteiten worden gedoceerd. Deze geneeswijzen worden ook wel aangeduid als 'niet-universitaire geneeswijzen' (Hupkens, 2001a).*
- *Terwijl complementaire therapieën samen gaan met conventionele geneeskunde, treden alternatieve therapieën in de plaats van conventionele geneeskunde (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2006a).*
- *De letterlijke betekenis van alternatieve geneeskunde is andere geneeskunde (Latijn: alter = anders). Veelal wordt bedoeld dat de alternatieve geneeskunde anders is dan de reguliere geneeskunde, zodat we naar de betekenis van het woord regulier moeten kijken. Regulier betekent dat deze vorm van geneeskunde door de overheid geregeld wordt. Ze wordt aan erkende medische faculteiten of hogescholen onderwezen door bevoegde docenten. De patiënt geniet een zekere bescherming: de kwaliteit van zijn geneeskundige zorg wordt in het beginsel via het onderwijs gewaarborgd, er bestaat een medisch tuchtcollege en de reguliere verrichtingen worden vergoed door verzekeringsinstanties en mutualiteiten. Het feit dat de alternatieve vorm van geneeskunde niet vergoed wordt, maakt haar toepassing (voor de patiënt) duurder, terwijl de methoden op zich veelal goedkoper zijn dan die van de reguliere geneeskunde (Muts, Schoot, 2000).*
- *Het begrip alternatief suggereert een strijd van het één tegen het ander, namelijk reguliere tegen alternatieve geneeswijzen.*
- *De beoefenaars van reguliere geneeskunde genieten een standaardopleiding en moeten geslaagd zijn aan erkende faculteiten. Ze verwerven standaardkennis volgens de huidige stand van de medische wetenschap die overal gelijk is, en zijn bij het uitoefenen van hun kennis en vaardigheid gebonden aan standaarddeontologie d.w.z. regels voor omgang met patiënten bij diagnose en behandeling. Alternatieve geneeswijzen kenmerken zich door het ontbreken van standaardopleiding, -kennis en -deontologie.*

## Voor- en tegenstanders

---

*De reden om citaten van voor- en tegenstanders weer te geven, is om waakzaam te leren zijn bij de argumentatie tot aanbod en inzet van CZ. Diegenen die een voorkeur genieten voor de toepassing van CZ weten rekening te houden met bezwaren die kunnen aangehaald worden. Tegenstanders leren daarentegen de onderliggende motivaties van voorstanders begrijpen. Doelstelling van deze opsomming is de empathische impact vergroten. Sommige stellingen weerspiegelen een dieperliggende motivatie om de vraag naar integratie van CZ te uiten. Daarom is het belangrijk dat we de verschillende argumenteringen leren kennen. Specifieke kenmerken of eigenschappen worden er vaak in opgenomen. Doel is dat we als hulpverlener op een pluralistische wijze kunnen balanceren tussen voor- en tegenstanders.*

### 1. Tegenstanders en hun bezwaren

- *Vooraf het empathische deel van complementaire zorg vormt het werkzame bestanddeel. Giet het dan niet in officiële dingen, maar vergroot de sociale vaardigheid van verpleegkundigen. Erken dat je soms een tijdje bij een patiënt moet zitten om te praten en als iemand eens lichamelijke troost wil, dan kan een massage heilzaam zijn. Maar formaliseer het niet zo, maak er niet een apart subverpleegkundig aspect van (Van de Pasch, 2001).*
- *De drie kenmerken - de concrete holistische benadering, het energieconcept en het idee van een zelfhelend vermogen - bewijzen volgens de tegenstanders dat CZ vooral gebaseerd is op vage en irrationele opvattingen (Busch, 2002).*
- *Er bestaat het zogenaamde demarcatieprobleem. Namelijk dat er geen instrument voor handen is om op vlak van de complementaire zorg zin en onzin te onderscheiden. Er is met name geen set criteria voor handen op grond waarvan we kunnen vaststellen wat wel en wat niet tot de CZ mag behoren (Keukens, 2002).*
- *De patiënt aanraken of hartelijk bejegenen behoort doodnormaal te zijn. Daar is geen complementaire zorg voor nodig (Keukens, 2002).*
- *Het lijkt erop dat de term CZ een lege huls is of niet meer dan een kunstgreep om het alternatieve op politiek correcte wijze het verpleegkundige domein in te loodsen en zo het probleem te omzeilen dat een verpleegkundige geen therapeut mag zijn (Keukens, 2002).*
- *CZ is een pleidooi voor obscurantisme. Het is onzinnig om de klok terug te draaien door de verpleegkundige beroepspraktijk te infecteren met irrationele elementen. Verplegen gebaseerd op wetenschappelijk handelen is in de complementaire sector ver te zoeken (Keukens, 2001).*



- *Verpleegkundigen kunnen doorgaans onvoldoende aandacht geven aan hun patiënten. Dit betekent nog niet dat de CZ het antwoord moet zijn op de onvrede en de misverstanden die leven binnen de verplegingssector. Externe factoren als personeelstekort en hoge werkdruk vraagt om andere oplossingen dan de implementatie van CZ. Om het menselijke tekort, zoals dat door veel verpleegkundigen gevoeld wordt in hun beroepsuitoefening, te lenigen door de introductie van een onwetenschappelijke metafysische ratatouille, is in strijd met de verwetenschappelijking en de voortschrijdende professionalisering van de verpleegkunde (Keukens, 2001).*
- *Cruciaal in de kritiek van de reguliere geneeskunde op complementaire behandelingen is het vrijwel ontbreken van wetenschappelijk uitgevoerd onderzoek. Anekdotisch materiaal en persoonlijke ervaringen vormen vaak het enige bewijs voor de werkzaamheid van een bepaalde complementaire behandeling (Van der Zouwe, Van Dam, 2004).*
- *Het effect is vaak voor diegene die het uitvoert, je voelt je minder machteloos en het geeft ontspanning aan de uitvoerder.*

## **2. Voorstanders en hun argumenten**

- *Complementaire zorginterventies baseren zich op een holistische opvatting over ziekte en gezondheid. Dit impliceert dat een lichamelijk gerichte interventie ook een psychosociaal en/of spiritueel effect zal hebben. En andersom, dat een psychologische interventie mede van invloed zal zijn op het lichaam (Busch, 2002a).*
- *De drie kenmerken - de concrete holistische benadering, het energieconcept en het idee van het zelfhelende vermogen - bewijzen volgens de voorstanders dat het juist complementair is: het vult de reguliere zorg aan op punten waar deze niet of minder uitgesproken ontwikkeld is (Busch, 2002b).*
- *Over het geheel genomen lijken de effecten van CZ meer positief dan neutraal en is er nauwelijks sprake van onveilige bijwerkingen (Busch, 2002c).*
- *Het doet er niet toe wat een verpleegkundige of arts zelf van CZ vindt. Je moet als verpleegkundige aansluiten bij de wijze waarop iemand voor zich zelf zorgt (Doorakkers, 2002). Wensen van de patiënt moeten het uitgangspunt zijn (Hupkens, 2002a).*
- *Complementaire zorg valt binnen het verpleegkundige domein. Veel interventies passen in een lange verpleegkundige traditie. Zelfs Florence Nightingale werkte al mee baden en massages. Wij stellen geen medische diagnoses, maar geven zorg als aanvulling op de reguliere (Maseland, 2004).*
- *CZ is een remedie tegen de teloorgang van de menselijke maat in een verschaalde gezondheidszorg (Keukens, 2002).*



- *We kunnen het recht van cliënten op complementaire of alternatieve geneeswijzen niet betwisten. We leven in een vrij land en iedereen heeft recht op zijn particuliere eigenaardigheden. Het lijkt een goede zaak als verpleegkundigen nagaan in hoeverre ze aan die wensen tegemoet kunnen komen (Keukens, 2001).*
- *De ontwikkeling van CZ vindt al wat langer plaats in het buitenland. Vooral in de Verenigde Staten van Amerika en Engeland is men al jaren actief op dit terrein.*
- *Het is niet eenvoudig om voor een wetenschappelijk onderzoek een groep te benaderen die een representatieve dwarsdoorsnede vormt van alle (palliatieve) patiënten met kanker. Bovendien hebben patiënten met een korte overlevingsduur een geringere kans om betrokken te worden in een dergelijk onderzoek (Van der Zouwe, Van Dam, 2005).*
- *De meerwaarde is vaak niet het resultaat van wetenschappelijk onderzoek. Een houding kunnen vinden bij keuzes die de patiënt voor zichzelf maakt en waar hij zich comfortabel bij voelt is wel een meerwaarde. Het probleem is hoe wij hier als hulpverlener mee omgaan. Het mee op weg gaan met de patiënt en leren balanceren tussen pro- en contra argumenteringen, die steeds zullen blijven bestaan, komt hierbij los te staan van wetenschappelijke bevindingen.*
- *CZ documenteert voordelen op fysiek terrein, die te bevatten zijn in meetbare gegevens. Maar CZ vertoont ook bevredigende resultaten op emotioneel, sociaal en spiritueel welbevinden. Deze aspecten zijn haast niet in meetbare gegevens om te zetten. Vanuit dit gegeven zal wetenschappelijk onderzoek hiernaar steeds een moeilijk gegeven blijven.*
- *CZ past perfect binnen de palliatieve zorg omdat beiden uitgaan van de fysieke, emotionele, mentale, sociale en spirituele behoeften van de patiënt, waarbij het geheel meer is dan de som der delen. Zowel CZ als palliatieve zorg richt zich op een optimale bestrijding van symptomen en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven (Van der Ven, Van Deelen-Henkel, 2003).*
- *Bij de moeilijke problemen rond lijden, verdriet en sterven, waarin vaak geen echte oplossing meer mogelijk is, heeft de CZ meer te bieden dan de reguliere zorg. CZ kan het probleem niet wegnemen, maar het kan wel helpen deze moeilijke problemen een plaats te geven in het leven van de zorgvrager (Hupkens, 2001b).*
- *De meeste van de zogenoemde CZ-interventies zijn gewoon terug te vinden in de Nursing Interventions Classification, afgekort NIC<sup>1</sup>. Dat betekent dat zij volgens de normen van de NIC voldoen aan de eisen voor een verpleegkundige interventie. CZ worden dus aanvaard als onderdeel van de reguliere verpleegkundige zorg. Het verschil zit niet in de interventies als zodanig, maar voornamelijk in de meer*

*uitgebreide mensvisie en de daarmee samenhangende bredere opvatting over ziekte en gezondheid en de rol van de zorgverlener daarin (Busch, 2002c). De Nursing Interventions Classification<sup>1</sup> erkent talrijke CZ vormen, zoals onder andere geleide fantasie, massage, meditatie en therapeutic touch (Visser, et al., 2005).*

***"Palliatieve zorg is alles wat nog dient gedaan te worden, als men denkt dat er niets meer kan gedaan worden."  
(Saunders)***

<sup>1</sup>*De Nursing Interventions Classification (NIC) classificeert elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen, een autonoom verpleegkundige behandeling, een gedelegeerde medische behandeling of een door andere zorgverleners voorgeschreven behandeling. Een interventie bestaat uit een label of naam, een definitie en een overzicht van activiteiten die een verpleegkundige uitvoert. Van alle activiteiten beslist de verpleegkundige op basis van deskundigheid en doeltreffendheid welke acties relevant zijn. De NIC omvat een ordeningsstructuur met domeinen en klassen waarin 514 interventies zijn benoemd. De belangrijkste kenmerken van de NIC zijn wetenschappelijke gefundeerdheid en weerspiegeling van actuele klinische praktijk en recentelijk onderzoek (McClosky, Bulechek, 1998). Elke vier jaar wordt er internationaal een nieuwe update van het classificatiesysteem gepland (Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness. University of Iowa College of Nursing, 2006).*

*De NIC is een vrijwel volledige en gevalideerde internationale lijst van verpleegkundige interventies, die toepasbaar is in alle verpleegkundige werkvelden.*

*Een aantal verpleegkundige interventies genoemd in de NIC hebben betrekking tot de CZ. Hieruit kunnen we afleiden dat complementaire interventies geaccepteerd zijn en goed toepasbaar kunnen zijn in de verpleegkundige zorg.*

## **Classificatiemodellen**

---

Zowel alternatieve als complementaire zorgbenaderingen worden vaak samen ingedeeld naargelang hun toepassingsgebied. Men onderscheidt vijf hoofdcategorieën of domeinen. (Berman, Astin, 2005).

Deze onderverdeling wordt tevens toegepast door het Nationaal Centrum voor Complementaire en Alternatieve Geneeskunde<sup>1</sup> (Dossey, 2001).

### **1. Alternatief medische systemen**

Passen meestal niet binnen de concepten van de reguliere geneeskunde.

Voorbeelden hiervan zijn: traditioneel Chinese geneeskunde, acupunctuur, ayurveda, homeopathie en talrijke natuurgeneeswijzen.

Ook de antroposofische geneeskunde wordt soms genoemd als een alternatief medisch toepassingsgebied. De antroposofische arts ziet de patiënt in functie van lichaam, ziel en geest. Hij hanteert een vierdimensionaal mensbeeld dat is opgebouwd uit het fysieke lichaam, het etherlichaam, het astrale lichaam en het 'ik'. Vanuit deze zienswijze wordt o.a. kunsttherapie aangeprezen.

### **2. Geest-lichaamtechnieken (mind-body therapies)**

Deze technieken zijn gebaseerd op de theorie dat geestelijke en emotionele factoren de fysieke gezondheid kunnen beïnvloeden.

Voorbeelden hiervan zijn relaxatie, meditatie, visualisatie, geleide fantasie, hypnose, kunst, muziek, dans, gebed, humorthérapie.

### **3. Biologisch gebaseerde therapieën (ook kruidentherapie genoemd)**

Hierbij worden stoffen gebruikt die van een natuurlijke bron zijn afgeleid.

Voorbeelden hiervan zijn kruidengeneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde (megavitaminetherapie), dieetsupplementen, aromatherapie<sup>2</sup>, Bachbloesem remedies.

### **4. Lichaamstherapie (ook manuele, manipulatieve, lichaamsgebaseerde interventies genoemd)**

Bij lichaamstherapie worden met behulp van massageachtige technieken allerlei aandoeningen behandeld.

Voorbeelden hiervan zijn chiropraxie, massagetherapie, (voet-)reflexologie, osteopathie, warmte/koude toepassingen, acupressuur.

### **5. Energetische therapieën**

Deze behandelingen richten zich op de energievelden die zich in en op het lichaam zouden bevinden, ook bioveld genoemd. Ze zijn gebaseerd op de gedachte dat er een universele levenskracht of subtiele energie in en rond het lichaam bestaat. Beoefenaars gebruiken vaak de handen om met hun energie het energieveld van de ander te beïnvloeden.

Voorbeelden hiervan zijn reiki, spiritual healing en therapeutic touch.

<sup>1</sup>Het Nationaal Centrum voor Complementaire en Alternatieve Geneeskunde (NCCAM) is een Amerikaanse instelling, geleid door de Federale Overheid en leider op het gebied van wetenschappelijk en klinische onderzoeken op het gebied van complementaire en alternatieve geneeskunde en verzorging. Het centrum verleent informatie aan publiek en professionelen (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2006).

<sup>2</sup>Sommige literatuurbronnen maken ook melding van classificaties op basis van zintuiglijke interventies, waaronder o.a. aromatherapie kan geplaatst worden (Van der Ven, Van Deelen-Henkel, 2003).

### **In het volgend najaarsnummer bekijken we:**

- een greep uit het aanbod met een kleine definiëring
- gemeenschappelijke indicaties en doelen in CZ en palliatieve zorg
- geven we enige aandachtspunten voor de hulpverlener.

### **Bronnen:**

Literatuurbronnen op eenvoudig verzoek te bekomen bij PHA.

# **PALLIATIEVE HULPVERLENING**

## **ANTWERPEN VZW ZOEKT:**

### **2 VERPLEEGKUNDIGEN (M/V) VOLTIJDS**

---

**Werkopdracht:**

- *Telefonische intake, huisbezoeken, opvolging van palliatieve thuispatiënten en hun directe omgeving*
- *Adviseren van betrokken zorgverleners.*
- *24 uur permanentie in een (6-7 wekelijkse) beurtrol.*
- *Vorming geven over palliatieve zorgitems.*
- *Registreren dossiers in een elektronisch programma*

**Profiel:**

- *Een diploma van gebrevetteerde of gegradueerde verpleegkundige (met bij voorkeur praktijkervaring).*
- *Zowel zelfstandig als in teamverband kunnen werken.*
- *Bereid zijn bij te scholen.*
- *Eigen wagen voor huisbezoeken.*

**PHA biedt:**

- *Een verloningsstatuut niveau A1 of niveau A2 met 11 % functie-toeslag en verschillende extra-legale voordelen.*

*Kandidaten sturen hun sollicitatiebrief met curriculum vitae zo snel mogelijk naar :  
UA - Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw, Tav Mieke Van Aelst, Domein Fort VI  
gebouw Fc , Edegemsesteenweg 100, 2610 Willrijk .*

*T. 03 265 25 31 of*

*E. mieke.vanaelst@ua.ac.be.*



# Vormingsaanbod

---

**DONDERDAG 28 APRIL 2011: LEVENSEINDEKWESTIES ISM COMMISSIE  
MAATSCHAPPELIJK WERK**

**Doelgroep:**

*Maatschappelijk werkers en andere geïnteresseerden.*

**Sprekers:**

*Tine De Vlieger, algemeen coördinator Palliatieve Hulpverlening Antwerpen*

*Kim Van Cleempoel, klinisch psycholoog Palliatieve Hulpverlening Antwerpen*

**Locatie:**

*UA - Campus Drie Eiken / Gebouw S / Lokaal 001 / Universiteitsplein 1 / 2610 Wilrijk*

**Datum:**

*Donderdag 28 april 2011 van 13.00 u. tot 17.00 u.*

**Praktisch:**

*Inschrijven via PHA t.a.v. Mieke Van Aelst*

*E. mieke.vanaelst@ua.ac.be T. 03 265 25 31*

*Prijs: € 30,00 per persoon, op voorhand te betalen op rek. 409-9586352-80 van PHA met vermelding van naam/namen van de deelnemers.*

**Programma:**

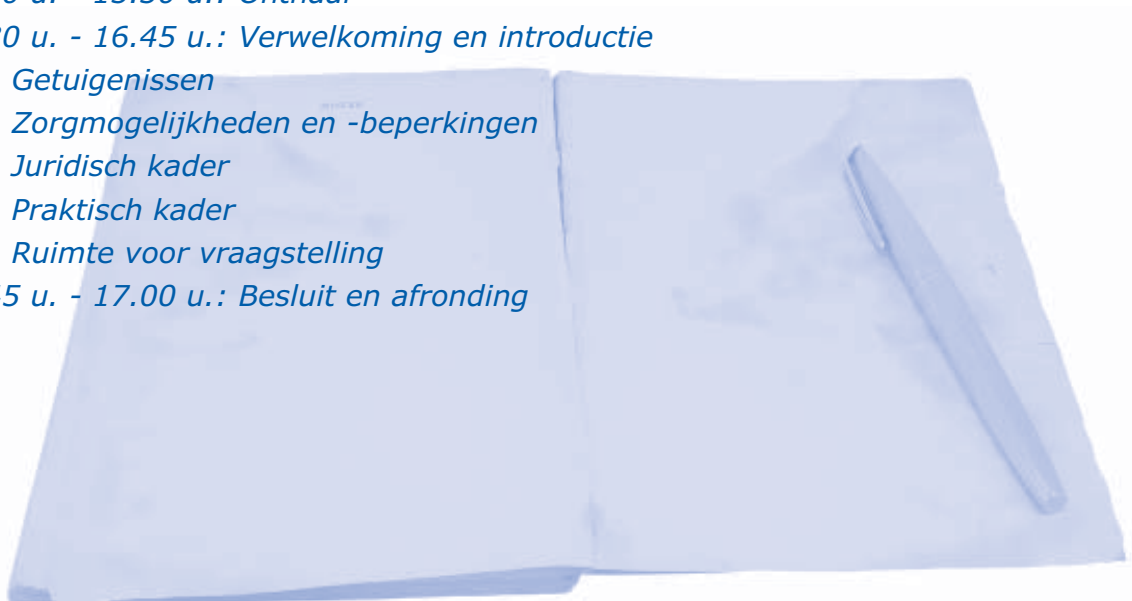
*Het programma vertrekt vanuit praktijksituaties, aangegeven door de commissie maatschappelijk werk.*

*13.00 u. - 13.30 u.: Onthaal*

*13.30 u. - 16.45 u.: Verwelkoming en introductie*

- Getuigenissen*
- Zorgmogelijkheden en -beperkingen*
- Juridisch kader*
- Praktisch kader*
- Ruimte voor vraagstelling*

*16.45 u. - 17.00 u.: Besluit en afronding*



**ZATERDAG 7 MEI 2011**

**KINESITHERAPEUTEN, ERGOTHERAPEUTEN EN PALLIATIEVE ZORG**

**Doelgroep:**

*Kinesitherapeuten en ergotherapeuten*

**Sprekers:**

*Dr. Lucas Ceulemans, equipearts PNM*

*Griet Snackaert, coördinator PNM*

**Locatie:**

*Het Provinciaal Vormingscentrum West-Malle*

*Smekenstraat 61*

*2390 West-Malle*

**Datum:**

*Zaterdag 7 mei 2011 van 9.30 u. tot 12.30 u.*

**Praktisch:**

*Organisatie van de 4 netwerken palliatieve zorg uit de provincie Antwerpen, in samenwerking met Dienst Welzijn & Gezondheid Provincie Antwerpen.*

*Inschrijving via PNM t.a.v. Griet Snackaert E. [griet.snackaert@pnmechelen.be](mailto:griet.snackaert@pnmechelen.be)*

*Prijs: € 10,00 op rekening 001-2764229-96 van PNM vzw met vermelding van naam van deelnemer en PALKINERG - 2011*

*Uiterste inschrijvingsdatum 2 mei 2011.*

**Programma:**

**VOEDING EN VOCHT IN DE PALLIATIEVE FASE**

*Als het einde nadert gaan de meeste palliatieve patiënten steeds minder eten en drinken.*

*Dit veroorzaakt heel wat onrust bij de patiënt, naaste en zorgverstreker.*

*Moet er kunstmatig vocht en voeding toegediend worden?*

*Zal de patiënt anders niet verhongeren en uitdrogen? Is het niet toedienen van vocht geen euthanasie?*

*Overrompelende vragen waar uiteindelijk de arts de knoop zal moeten doorhakken maar waar elke zorgverstreker, ook de kinesitherapeut of ergotherapeut kan op aangesproken worden.*

*In deze navorming zal dr. Ceulemans pro en contra toelichten en nuttige tips aanreiken.*

**DONDERDAG 26 MEI 2011**

**BREDE PUBLIEKSAVOND: WAT IS PALLIATIEVE ZORG, WAAR KAN JE ERVOOR TERECHT IN DE REGIO ANTWERPEN?**

**Doelgroep:**

*Voor iedereen die geïnteresseerd is in dit onderwerp of met palliatieve zorg in aanraking komt in familie- kennissenkring.*

**Spreker:**

*Tine De Vlieger, algemeen coördinator, Palliatieve Hulpverlening Antwerpen*

**Locatie:**

*UA- Campus Drie Eiken, Gebouw Q, Promotiezaal, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk*

**Datum:**

*Donderdag 26 mei 2011, van 19.30 u. tot 22.00 u.*

**Praktisch:**

*Deze informatieavond is gratis, vooraf inschrijven wordt aangeraden via Mieke Van Aelst  
T. 03 265 25 31 E. [mieke.vanaelst@ua.ac.be](mailto:mieke.vanaelst@ua.ac.be)*

**Programma:**

*19.30 u. - 20.30 u. : Wat is palliatieve zorg?*

*20.30 u. - 21.00 u.: Pauze*

*21.00 u. - 22.00 u.: Palliatieve Zorg, waar kan je ervoor terecht? + film van een Palliatieve Eenheid en een Palliatief Dagcentrum.*

\

**DINSDAG 15 NOVEMBER 2011**  
**8STE VLAAMSE CONGRES PALLIATIEVE ZORG**

**Doelgroep:**

*Personen werkzaam binnen het domein palliatieve zorg.*

**Locatie:**

*UFO: Universitair Forum Gent*

**Praktisch:**

*Het thema van het congres is: Kantelmomenten in de palliatieve zorg.*

*Het volledige programma en verdere info worden op een later tijdstip nog meegedeeld.*

**Voor verdere informatie  
en inhoudelijk programma  
vormingen: raadpleeg onze  
website [www.pha.be](http://www.pha.be)**

# Giften

Vak VII - VORIGE VERLIEZEN EN AFTREKBARE BESTEDINGEN.

1. Nog aftrekbare beroepsverliezen van vorige belastbare tijdperken :

a) betreffende een in de vorm van een fiscaal verspreid uitgedeelte werkzaamheids (in bijlage bij de aangifte, per fiscaal verspreidings en per land van herkomst, het detail toevoegen)

b) andere :

2. Onderhoudskosten (werkelijk betaald bedrag) :

a) verschuldigd door u zelf :

b) verschuldigd door beide echtgenoten of wettelijk samenwonenden :

c) pensioen(s) van de onder a en b betaalde onderhoudskosten (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 gedeeltelijk gedeelte van de uitgaven voor het onderhoud en de restauratie van niet verhuurde eigendommen die beschouwd zijn overeenkomstig de wetgeving op het behoud van 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 cumulrecht aan de Staat betaalde sommen :

7. Bijzondere bijdragen voor sociale zekerheid die, met betrekking tot de jaren 1962 tot 1966, in 2000 aan de Rijsofstel voor Arbeidsvoorziening zijn betaald :

8. Bausdijngen van een huishoudende :

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

Scheningen 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 € 40,00 of de som van minimum € 40,00 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 Club*



*International Womens contact  
Antwerpen vzw*



*De Ballon NV*

*Mevrouw Elke Van de Sompel*

*Mevrouw 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*

## De vragen van Marcel Proust

---



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



*Ina Gryp*  
 ° 04/04/1966

### **Wat is het grootste ongeluk dat u zou kunnen overkomen?**

*Als een ernstige ziekte mijzelf of mijn familieleden treft, zou ik dat het grootste ongeluk noemen dat me zou kunnen overkomen.*

### **Waar zou je liefst wonen?**

*Te midden van de natuur en de rust.*

### **Wat is het volkomen geluk hier op aarde?**

*Genieten van de liefde en de kleine dingen.*

### **Voor welke misstappen kunt u begrip opbrengen?**

*Als misstappen niet de intentie hebben om mensen doelbewust te kwetsen kan ik daar begrip voor opbrengen.*

### **Welke personage uit de geschiedenis bewondert u het meest?**

*Voor mij is Aletta Jacobs de belangrijkste vrouw uit de geschiedenis. Deze Nederlandse arts en feministe heeft aangetoond dat mannen en vrouwen met dezelfde capaciteiten en kansen ook hetzelfde kunnen presteren.*

### **Wie is uw lievelingsschilder?**

*Gustav Klimt, die kleurvlakken door elkaar weeft als een soort patchwork. Met een oneindige tederheid behandelt hij uitsluitend de vrouw in zijn werk.*

### **Wie is uw lievelingscomponist?**

*John Rutter (Londen, 24 september 1945) is een Brits componist, organist en koordirigent. Zijn mooiste werk voor mij is het Requiem.*

**Welke eigenschappen waardeert u het meest in een man/vrouw?**

*Ik waardeer in mensen het meest als ze hun fouten kunnen toegeven.*

**Wat is uw lievelingsdeugd?**

*Zorgzaam omgaan met anderen.*

**Wat doet u het liefst?**

*Op vakantie gaan.*

**Wat is uw grootste karakterfout?**

*Ongeduldigheid.*

**Wat is uw lievelingskleur?**

*Oranje : het is de kleur van de zon.*

**Wie is uw lievelingsdichter?**

*Hans Andreus met het mooie "wanneer ik morgen doodga, vertel dan aan de bomen ...".*

**Wie zijn de helden van vandaag?**

*De anonieme helden van elke dag. Het zijn de mensen die elke dag opnieuw enthousiast hun werk doen om samen met anderen de wereld leefbaar te houden (maken).*

**Wat verafschuwt u het meest?**

*Ruzie : zo nutteloos en energie opslorpend !*

**Wat was de belangrijkste omwenteling in de geschiedenis?**

*De universele verklaring van de rechten van de mens (1948).*

**Hoe zou u het liefste willen sterven?**

*In de aanwezigheid van mijn geliefden.*

**Welke hervorming zou u het liefst willen doorvoeren?**

*Het eindelijk (her)vormen van een goede regering !!*

**Wat is uw motto?**

*Leven is het meervoud van lef !*

VOOR EEN DAG VAN MORGEN

*Wanneer ik morgen doodga,  
vertel dan aan de bomen  
hoeveel ik van je hield.  
Vertel het aan de wind,  
die in de bomen klimt  
of uit de takken valt,  
hoeveel ik van je hield.  
Vertel het aan een kind,  
dat jong genoeg is om het te begrijpen.  
Vertel het aan een dier,  
misschien alleen door het aan te kijken.  
Vertel het aan de huizen van steen,  
vertel het aan de stad,  
hoe lief ik je had.*

*Maar zeg het aan geen mens.  
Ze zouden je niet geloven.  
Ze zouden niet willen geloven  
dat alleen maar een man alleen maar een vrouw  
dat een mens een mens zo liefhad  
als ik jou.*

**Hans Andreus**

## Inhoud van dit nummer

---

<i>Een toekomstvisie voor PHA.....</i>	<i>4</i>
<i>Het palliatieve netwerk in het WZC .....</i>	<i>7</i>
<i>Complementaire zorg: deel 1 .....</i>	<i>9</i>
<i>Vormingsaanbod .....</i>	<i>19</i>
<i>Vragen van Proust.....</i>	<i>25</i>