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

INFO-PHA

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw
UA Gebouw Fc | Domein Fort VI | Edegemsesteenweg 100 bus 2 | 2610 Wilrijk
Verschijnt driemaandelijks | Afgiftekantoor Antwerpen X
Erkenningsnummer P708336

Intimiteit en seksualiteit in de palliatieve zorg

Leven sterven en dood in relatie

Complementaire zorg: deel 2

Vrijwillig mee zin geven aan de laatste levensfase...

Jaargang 17 - Nummer 2- mei -december 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 bus 2
2610 Wilrijk
Tel. 03 265 25 31
www.pha.be

Werkten mee aan dit nummer
Kim Van Cleempoel
Luk Naveau
Tine De Vlieger

Vormgeving
Annelies Merken
Foto's http://sxc.hu/

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.

CULTUURVERSCHILLEN IN DE TERMINALE ZORG.

In het Novembernummer van de Journal of Clinical Oncology publiceerden Belgische en Nederlandse onderzoekers de resultaten van het onderzoek over "Cultuurverschillen tussen België en Nederland" dat zij samen uitvoerden. Er waren een paar frappante verschillen.

Bleek bijvoorbeeld dat bijna 60 procent van de Nederlandse oncologische patiënten thuis overlijdt. Dat is ruim 25 procent meer dan er Belgen thuis aan een oncologische aandoening overlijden. Meer dan 53 procent Belgen met terminale kanker zou in een ziekenhuis of een palliatieve instelling sterven.

Ik vermoed dat het geen wetenschappelijke blunder is deze gegevens te extrapoleren naar onze palliatieve patiënten. Het overgrote deel daarvan lijdt immers aan kanker.

In mijn achterhoofd zit toch een cijfer uit het PHA-jaarverslag: 53 % van onze patiënten zou thuis overlijden.

Het moge duidelijk zijn dat het gezondheidszorgsysteem van Nederland van het onze verschilt. Het is met name

veel dirigistischer dan het onze. Je kunt bijvoorbeeld niet zo maar naar een specialist stappen; je moet door je huisarts worden verwezen.Je kiest ook niet zo maar je specialist of je ziekenhuis. Nederland heeft daarbij een goed uitgebouwd systeem van verpleeghuizen waar ouderenzorg, en ipso facto terminale zorg een stevige traditie is. Niettemin moeten wij, als wij poneren dat de meeste mensen liefst thuis willen sterven, een flinke inhaalbeweging maken. Daarvoor zal onze eerste lijn, waarin palliatieve zorgen een essentiële factor zijn geworden, echter danig versterkt moeten worden.

Een tweede frappant verschil: in de laatste maand spraken de Nederlandse artsen significant vaker met de patiënt of de familie over de beslissingen over het levenseinde; bijvoorbeeld over de resterende levensverwachting, of over psychosociale problemen van de patiënten. De Belgische artsen zouden meer over religieuze onderwerpen spreken.

Het valt mij moeilijk mij daarbij, in de huidige context van ontkerkelijking, iets voor te stellen. De spirituele noden van de terminale zieke vergen beslist wel onze aandacht en zorg.

Ik denk anderzijds niet dat wij Belgen reeds zo ver zijn opgeschoten met onze vroegtijdige zorgplanning dat we in de laatste maand minder nood zouden hebben aan gesprekken over beslissingen over dit concrete levenseinde. ***Opvoeren die vroegtijdige zorgplanning****!*

Een commentator van het Belgisch-Nederlands onderzoek (NTvG,j2011;155, C1124) is verwonderd, en een beetje verontwaardigd dat er met geen woord over euthanasie wordt gerept. De verschillende wetgeving, en de verschillen in ervaring hadden wel degelijk een mooi onderzoeksdoel kunnen zijn. Of misschien juist een reden om het niet te doen.

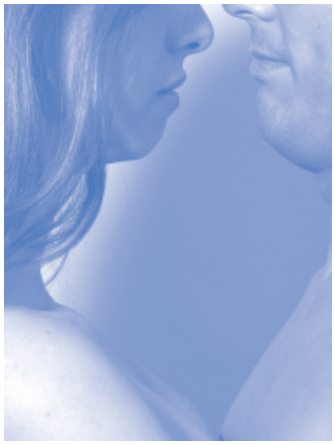
Bij ons wordt alleszins de euthanasiewet en haar zwakke punten, weer een hot topic. Mogen wij rekenen op een sereen debat?

JVB

'Intimiteit en seksualiteit in de palliatieve zorg'

Kim Van Cleempoel

Klinisch psycholoog



Op 25 maart organiseerde PHA een interne vorming voor de multidisciplinaire begeleidingsequipe rond het thema intimiteit en seksualiteit bij palliatieve patiënten. Hiervoor werd Drs. Hilde De Vocht uitgenodigd, docente aan Saxion Hogeschool Deventer/Enschede en onderzoeksmedewerker van het Kenniscentrum Gezondheid, Welzijn en technologie binnen Saxion.

De Vocht onderzocht de impact van een levensbedreigende aandoening op de beleving op het vlak van seksualiteit en intimiteit. Hierbij werd de rol van gezondheidszorgprofess ionals bevraagd in het bespreken van seksualiteit en intimiteit en dit bij zowel de patiënt, de partner en als de gezondheidsprofessional zelf. Tijdens deze vormingsdag werden de bevindingen uit het onderzoek alsook enkele handvaten meegegeven om seksualiteit gemakkelijker bespreekbaar te maken. In dit artikel vindt u alvast een kort overzicht.
Seksualiteit en intimiteit belangen ieder mens aan. Toch blijkt het voor velen moeilijk om hierover te praten. Zelfs in onze huidige opleidingen wordt dit thema vaak gemeden. Als seksualiteit dan toch ter sprake komt, wordt dit vaak verengd tot een uiteenzetting van seksuele stoornissen en afwijkingen. Seksualiteit moet echter ruim gezien worden. Zo definieert WHO (2002) seksualiteit als een centraal aspect van het menselijk bestaan dat seksuele activiteit, geslachtsidentiteit en – rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting omvat.

De link tussen seksualiteit en palliatieve zorg kan snel gelegd worden aangezien seksualiteit als een centraal aspect van het menselijk bestaan wordt gezien. Palliatieve zorg is immers gericht op de verbetering van kwaliteit van leven en seksualiteit en intimiteit zijn net fundamentele en blijvende aspecten van kwaliteit van leven. Het is dan ook van belang dat gezondheidszorg professionals ook oog hebben voor dit thema.

Uit onderzoek blijkt dit helaas niet het geval te zijn. Zowel gezondheidszorgprofessionals als patiënten geven aan het moeilijk te vinden om seksualiteit aan te kaarten. Overigens blijkt dat voor patiënten het bespreekbaar stellen van seksualiteit ook tegenover de eigen partner moeilijk is.

Een levensbedreigende aandoening heeft echter wel degelijk een impact op de verschillende domeinen van seksualiteit. Men maakt hierbij onderscheid tussen de seksuele functie, de seksuele identiteit en de seksuele relatie.

- *De seksuele identiteit verwijst naar het verschil in geslacht en de manier waarop je jezelf als man of vrouw presenteert. Hierbij speelt het lichaamsbeeld een grote rol. Zo kan bijvoorbeeld een borstamputatie je identiteit als vrouw ernstig aantasten.*

- *De seksuele relatie geeft de affectieve band (zowel homo- als heteroseksueel) weer.*

- *Onder seksuele functie wordt de seksuele activiteiten verstaan.*

Een levenbedreigende aandoening heeft dus impact op de seksuele functie, identiteit en relatie maar toch leggen gezondheidsprofessionals vooral de focus op de seksuele functie. Ze bespreken de effecten van bijvoorbeeld een chemotherapie (vb. vaginale droogte, verkorte schede, …) maar houden daarbij vaak geen rekening met de effecten op de seksuele identiteit en relatie. De seksuele identiteit is echter een onderdeel van je gehele identiteit, die helemaal op zijn kop staat wanneer je een levensbedreigende ziekte hebt. Je lichaamsbeeld wordt aangetast in de brede zin van het woord. Je verliest je vertrouwen in je lichaam en alle vanzelfsprekendheden vallen weg. Door behandelingen kan je gevoel van aantrekkelijkheid en seksuele zelfvertrouwen worden beschadigd. Ook de seksuele relatie is uit balans. De patiënt en zijn/haar partner maken een verschillende ervaring door. Ze moeten elkaar weer terugvinden en een nieuw evenwicht zoeken.

Wat is de rol van de hulpverlener hierbij?

Uit het kwalitatief onderzoek van De Vocht vinden cliënten het in eerste instantie belangrijk om door de hulpverlener als persoon bejegend te worden. Ze willen graag contact van mens tot mens. Ze beseffen daarbij maar al te goed dat hulpverleners weinig tijd hebben. Het gaat hen voornamelijk over de kwaliteit van het contact binnen de beschikbare tijd. Hierbij vinden cliënten dat de hulpverlener zelf het initiatief moet nemen om het thema ter sprake te brengen maar ze willen echter wel zelf kunnen beslissen of ze hier verder op in willen gaan. De leeftijd of geslacht van de hulpverlener speelt dan ook geen doorslaggevende rol als hij/zij open en oprecht is! Wanneer het thema dan besproken wordt, is het belangrijk om veranderingen op vlak van seksualiteit en intimiteit te bevragen, alsook na te gaan of deze als een probleem worden ervaren. Zo kan het zijn dat het koppel al veel eerder weinig intimiteit deelden en dan ook geen probleem ervaren met de beperkingen door de behandelingen.

De Vocht ontwierp een eigen BLISS communicatiemodel vanuit bestaande modellen om het gesprek gemakkelijker op gang te brengen. Het model ziet er als volgt uit:

B: Breng het onderwerp op een passende wijze ter sprake
LI: Luister (actief) naar de individuele ervaringen
S: Steun de cliënt
S: Stimuleer communicatie tussen partners
S:Serveer persoonlijk advies en informatie, verwijs zo nodig op passende wijze door.

Het onderwerp ter sprake brengen is niet evident. Gezondheidspsycholoog Jim Bender (in Gianotten, W.J., Meihuizen-de Regt, M.J., & van Son – Schoones, 2008) beschrijft verschillende benaderingen. Je kiest zelf welke het best bij je past.

- *Geleidelijke benadering: het gesprek wordt rustig opgebouwd zodat het thema op een natuurlijke wijze ter sprake komt. Vb. eerst over een ziekenhuisbed beginnen en later over de intieme relatie beginnen te praten.*

- *Benadering van de sterke waarschijnlijkheid: op basis van ervaring of onderzoeksgegevens het thema aankaarten vb. 'Meerderheid van mijn patiënten ervaren veranderingen op seksueel vlak. Mogelijk maakt u dit ook mee en hebt u zelf vragen hieromtrent'.*

- *Benadering van de logische aansluiting: het thema komt ter sprake via logische stappen in het gesprek. Zo kan bijvoorbeeld seksualiteit besproken worden na vragen over incontinentie.*

- *Benadering van het taboe benoemen: de professional staat bij het thema stil door de patiënt te erkennen dat het bespreken van seksualiteit voor sommige moeilijk is. Daarnaast wordt ook aangegeven waarom hij er toch over begint.*

- *Beleidsbenadering: door aan te geven dat er in je organisatie/instelling aandacht wordt geschonken aan het thema seksualiteit, kan een ingangspoort zijn om hieromtrent vragen te stellen.*

Iedereen heeft zijn eigen manier om een gesprek aan te kaarten. Benaderingen die best vermeden kunnen worden zijn de directe benadering waarbij de hulpverlener botweg vraagt naar de impact op seksualiteit. Ook rond de 'pot' draaien kan onwennig en ongemakkelijk overkomen waardoor patiënt zeker niet de neiging krijgt om het te bespreken. Daarnaast is wachten op het juiste moment ook een geen goede aanpak. Het juiste moment is er namelijk nooit, je kunt dan ook best als hulpverlener het juiste moment scheppen. Ook al vind je het zelf als hulpverlener geen enkel om hierover te praten, gebruik de taal van de patiënt en geef hen de ruimte om er rustig over te beginnen.

Algemeen wordt een cliëntgerichte houding aangeraden die gericht is op het bieden van emotionele ondersteuning en niet (alleen) op het geven van oplossingen. Mensen verwachten vaak geen oplossing maar vooral een luisterend oor. Het is dan ook belangrijk dat professionals in de toekomst zich meer op hun gemak kunnen voelen bij het bespreken van intieme zaken. Het thema inbedde in een ruimer teambeleid kan hierbij helpen. Een palliatieve zorgcultuur omvat een holistische mensvisie waarbij de patiënt in zijn totaliteit bekeken wordt. Seksualiteit en intimiteit zijn centrale aspecten van het menselijk bestaan, waar gezondheidsprofessionals oog voor moeten hebben…

Bronnen:

Vocht, H.M. de (2011). Sexuality and Intimacy in Palliative Care in the Netherlands. (in press).

Gianotten, W.J., Meihuizen - de Regt, M.J., & van Son - Schoones, red. (2008) Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen.

Leven, sterven en dood in relatie

Tine De Vlieger

algemeen coördinator PHA

'Niet het afsnijden doet zo'n pijn maar wel het afgesneden zijn.' (M. Vasalis)

M. Vasalis is pseudoniem van Margaretha Drooglever Fortuyn-Leenmans, Nederlandse dichteres (1909-1998)

Familieverbondenheid in leven en dood geeft mee betekenis aan lijden en sterven. Bij een nakend overlijden komt de balans van geven en nemen in beweging. Je kan als hulpverlener de balans van een ander niet afrekenen. Je kan getuige zijn van de chaos aan emoties zoals machteloosheid, verdriet, kwaadheid, angst en schuldgevoelens.

De stervende wenst tot het allerlaatste moment betekenis te hebben en verbonden te zijn. Tijd heelt geen wonden. Mensen helen wonden vanuit relaties. Relaties die duurzaam en kwaliteitsvol zijn hebben ruimte om te geven en te ontvangen. Er zijn relaties die kunnen verbreken en er zijn relaties die enkel onderbroken kunnen worden. Een ouder- kind relatie is een voorbeeld van een relatie die niet kan verbroken worden, wel onderbroken. Het is in een palliatieve situatie heel belangrijk om de kinderen in de familie niet te vergeten. Het is best mogelijk dat kinderen zich anders beginnen te gedragen. Sommigen proberen hun ouders te beschermen omdat ze voelen dat deze verdrietig zijn. Anderen houden zich meer op de achtergrond om hun ouders niet extra te belasten. Nog anderen vragen juist meer aandacht of worden lastiger in omgang. Vaak een uiting van hun onmacht en verdriet.

De liefdesladder wordt gebruikt als symbool voor de weergave van relaties. De 2 parallelle balken staan symbool voor de verticale relaties of de niet zelfgekozen maar wel gekregen relaties zoals de ouder kind relatie. Deze existentiële verbondenheid is voor velen de hoop op onvoorwaardelijke liefde. De verschillende sporten van de ladder staan symbool voor de horizontale of zelf gekozen relaties zoals een relatie tussen 2 geliefden. In de gekozen liefde durft men op zoek te gaan naar balans van te veel, te weinig gegeven en gekregen.

Ouderschap is levenslang. Relatievorming start bij de ouder- kind relatie. Een kind blijft altijd trouw aan de ouder, een ouder soms niet aan het kind. Alle kinderen hebben het recht om bij vader en bij moeder te zijn. Zowel het zondagskind als de zondebok. In elke familie is er minstens 1 rechtvaardige. Dé rechtvaardige is diegene die gaat voor relaties.

De balans tussen ouders en kinderen is asymmetrisch. Ouders geven het leven aan een kind. Iets wat een kind nooit aan hen kan terug geven. Tussen ouders en kinderen speelt erkenning een cruciale rol. Erkenning voor wat je geeft. Erkenning voor wie je bent. Erkenning voor wie de stervende moeder is en het bange kind dat waakt.

Mensen leven tussen verlangen en verdriet. Wij zijn allemaal bang voor verlies en verlating. Als hulpverlener kennen we de pincode van families niet. Focus op het verlangen van de mens in plaats van op de weerstand bij mensen. Een boodschap die je diepmenselijk raakt blijft hangen. Passend geven en ontvangen is datgene geven en ontvangen dat genoegdoening geeft. Datgene wat tevreden stelt. Datgene dat past in de situatie en in de relaties. Mensen willen aan elkaar geven. De kwetsbaren gaan altijd voor als je aan meerderen wil geven. Iedereen wil geven, ook een stervende mens.

Voor sterven is er ruimte nodig in een relatie. Een kwaliteitsvolle relatie is een relatie die dit geeft en geen leemten kent. Een relatie die toelaat ruimte te nemen voor afscheid en loslaten. Mensen lopen soms weg van de dood. Ze zijn doodsbang van aftakeling, kwetsbaarheid en lijden voor hun meest dierbare. Wanneer de dood nadert gaan de zieke en de omgeving vaak spontaan een balans opmaken van hun leven en de omgang met elkaar. Het gebeurt niet zelden dat mensen op het einde van hun leven nog iemand willen

zien met wie de relatie verbroken of onderbroken is. Als hulpverlener kan je verbindend werken door delicate onderwerpen niet uit de weg te gaan en daarnaast de betrokkenen niet te storen in hun relatie. We kennen immers de pincode van de familie niet.

De dood is het einde van een leven maar niet het einde van een relatie. Als iemand gestorven is laat deze een leegte achter. De naasten die nabestaanden zijn geworden zullen trachten om te gaan met deze leegte. Dit zal rouwarbeid vergen en heel veel liefde en begrip van de omgeving.

Rouwen is liefdeswerk. Het is zoeken naar een nieuw evenwicht. Het gemis en de pijn van afgesneden te zijn zal een plaats krijgen die uiteindelijk kracht geeft naast positieve energie en zingeving in het verdere leven.

Het is een voorrecht voor elke hulpverlener om mee te mogen zorgen voor palliatief zieken, hun families en de directe omgeving. Iets kunnen geven als hulpverlener dat ontvangen wordt door de palliatief zieke en omgekeerd maakt gelukkig. Iedereen wil geven, ook ongeneeslijk zieken en stervenden. Ziet daarom als hulpverlener de zieke niet enkel als de ontvanger. Biedt een luisterend oor aan in een passend balanceren tussen nabijheid en afstand in zorgrelatie. Geef alle kansen aan de zieke om noden, behoeften en dankbaarheid aan je te geven. In palliatieve zorgsituaties wordt de balans van een heel leven opgemaakt door de zieken. Erken , geef geen oordeel en ondersteun de zieke bij het opmaken van deze levensbalans. Het is niet ons terrein om te gaan exploreren waarom bepaalde zaken zijn wat ze zijn. Het is belangrijk dat de zieke de kans heeft om zijn balans te delen en bij ons te mogen spiegelen. Durf te vragen waar mensen bang voor zijn. Heb aandacht voor de familie die ook weleens de verborgen patiënt wordt genoemd.

IK BEN NIET DOOD, IK BEN SLECHTS NAAR DE ANDERE KANT

(AURELIS AUGUSTINUS).

De dood is niets
Ik ben maar aan de andere kant
ik ben mijzelf
Jij bent jijzelf
Wat we waren voor mekaar
zijn we nog altijd

Noem me zoals je me steeds genoemd hebt
spreek tegen mij,zoals weleer
op dezelfde toon
niet plechtig,niet triest
Lach om wat ons samen heeft doen lachen
Bid, glimlach
denk aan mij
bid met mij

Spreek mijn naam uit thuis
zoals je altijd gedaan hebt
zonder hem te benadrukken
zonder zweem van droefheid

Het leven is wat altijd geweest is
de draad is niet gebroken
Waarom zou ik uit je gedachten zijn?
Omdat je me niet meer ziet
Neen,jij bent niet ver
Juist aan de andere kant van de weg
Zie je,alles is goed
Je zult mijn hart opnieuw ontdekken
en er de tederheid terugvinden
zuiverder dan ooit
Dus droog je tranen
en ween niet als je van me houdt

Complementaire zorg: deel 2

Luk Naveau

palliatief deskundige, verpleegkundige PHA

Vorig editienummer van PHA gaf ons een verruiming in de begrippen en publieke standpunten rond complementaire zorg (CZ).
Vandaag Laten we je kennis maken met de gangbare complementaire zorgvormen die vandaag de dag worden aangeboden aan palliatieve patiënten in België en Nederland. Volgende tekst wenst je een beter inzicht te geven over bepaalde keuzes die de palliatieve patiënt kan maken. We bekijken gemeenschappelijke indicaties en doelen van het toepassen van CZ en eindigen met enige tips als basishouding.
Het is niet de bedoeling om bepaalde complementaire zorg vormen te promoten. We beogen enkel verruiming van onze empathie als hulpverlener bij de palliatieve patiënt.

COMPLEMENTAIR VERSUS ALTERNATIEF

Complementaire zorgen of therapieën *zijn zorgen die een aanvulling vormen op de reguliere geneeskunde. Ze komen meestal voort uit natuurgeneeswijzen en richten zich op de verhoging van de levenskwaliteit en een zo optimaal mogelijke symptoomcontrole. Complementaire therapieën stellen niet als doel de ziekte te willen behandelen of te genezen. Het zijn enkel comfortverhogende maatregelen die zich richten op lichamelijke, mentale, emotionele, sociale en spirituele behoeften, zodat de patiënt een staat van welbevinden kan (her-)winnen.*

Alternatieve zorgen of therapieën *suggereren een strijd van het één tegen het ander, namelijk regulier tegen alternatief. Terwijl complementaire therapieën samengaan met de reguliere geneeskunde, treden alternatieve therapieën in de plaats van reguliere geneeskunde.*
Alternatieve therapieën worden ook wel aangeduid als 'niet universitaire geneeswijzen'.

COMPLEMENTAIER ZORG OMSTREDEN?

Ja*, vele complementaire zorgvormen kenmerken zich door het vrijwel ontbreken van ruim wetenschappelijk uitgevoerd onderzoek. Anekdotisch materiaal en persoonlijke ervaringen vormen vaak het enige bewijs voor de werkzaamheid van een bepaalde complementaire zorg. Tevens is er geen instrument voor handen om op vlak van de complementaire zorg zin en onzin te onderscheiden.*
Neen*, complementaire zorgvormen passen perfect binnen de palliatieve zorg omdat beiden uitgaan van lichamelijke, emotionele, mentale en spirituele behoeften van de patiënt. Zowel complementaire zorg als palliatieve zorg richt zich op een optimale bestrijding van symptomen en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Complementaire zorg kan het probleem niet wegnemen, maar kan wel helpen om het probleem draaglijk te maken.*

EEN GREEP UIT HET AANBOD

Complementaire zorg ingedeeld naargelang hun toepassingsgebied:

Geest-lichaamtechnieken *zijn gebaseerd op de theorie dat geestelijke en emotionele factoren de fysieke gezondheid kunnen beïnvloeden.*

- ***Relaxatie****: een positieve waarneembare staat waarin een patiënt verlichting en verzachting voelt van spanning of druk. Deze ontspanning kan bekomen worden door ademhalingsoefeningen of progressieve spierrelaxatie. De relaxatie kan soms ook meer een psychisch accent hebben door het richten van de aandacht op innerlijke ervaringen of innerlijke stilte om tot ontspanning te komen.*

- ***Meditatie****: het tot stilstand brengen van de geest, waarbij de geest in een heldere rustige toestand verblijft en zichzelf niet verliest in het denken. De twee hoofdaspecten van meditatie zijn steeds concentratie en een verstilling van de gemoedstoestand.*

- ***Visualisatie en geleide fantasie****: het doelmatig aanwenden van eigen voorstellingsvermogen en fantasie om de ontspanning te bevorderen en/of de aandacht af te leiden van ongewenste situaties.*

- ***Kunsttherapie****: het vergemakkelijken van communicatie door tekenen of andere kunstvormen. Kunstzinnig bezig zijn leidt tot harmonie tussen denken, voelen en willen en transformeert gevoelens, emoties en gedachten die verbonden zijn met lichamelijke of psychische pijn.*

- ***Muziektherapie****: door gebruik van muzikale middelen trachten verandering of stabilisatie te weeg te brengen op lichamelijk, sociaal of emotioneel gebied. Dit kan door muziek te beluisteren of door zelf handelend betrokken te worden met instrumentale of vocale improvisatie.*

Biologisch gebaseerde therapieën *zijn therapieën waarbij stoffen gebruikt worden die van natuurlijke bron zijn afgeleid.*

- ***Aromatherapie****: verwijst naar therapie waar geur centraal staat. Hiertoe gebruikt men essentiële oliën, gewonnen uit planten. Door baden of massage kunnen essentiële oliën via de huid worden opgenomen. Via verstuiving of verdamping kunnen ze via de neus worden waargenomen en via de hersenen de herinneringen activeren.*

- ***Bachbloesems remedies****: een plantentinctuur die specifiek werkt op de emotionele en geestelijke conditie. Deze tincturen helpen om uw emoties in juiste banen te leiden. Ze zetten een negatieve gemoedstoestand om naar een positieve instelling.*

Lichaamstherapieën *hanteren massageachtige technieken om allerlei klachten te behandelen.*

- ***Massage****: het stimuleren van de huid en onderliggende weefsels met verschillende*

mate van manuele druk. Vormen hiervan zijn de algemene lichaamsmassage, de handmassage, de voetmassage, gezichtsmassage, buikmassage. Massage technieken kunnen desgewenst gecombineerd worden met aromatherapie door het gebruik van essentiële oliën in de massageolie.

- ***Reflexologie**: gaan uit van een unieke drukmethode, uitgeoefend door duim en vingers op specifieke druk- en reflexpunten op voeten en handen. Verondersteld wordt dat stimulatie van deze gebieden energieblokkades kan opheffen die pijn of ziekte veroorzaken in het deel van het lichaam dat met dat gebied in verbinding staat.*

- ***Warmte/koude toepassingen**: een eeuwenoude toepassing die de bloedcirculatie in de huid en het onderliggende bindweefsel tracht te stimuleren. Warmte toepassingen zoals bvb. kersenpitkussen of warmwaterkruik worden als aangenamer ervaren dan koude. Toch zijn koudetoepassingen zoals bvb. gelpacks of ijsklontjes vaak effectiever dan warmte bij de bestrijding van pijn.*

***Energetische therapieën** richten zich op energievelden die zich in en op het lichaam zouden bevinden. Ze zijn allen 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.*

- ***Reiki**: heeft een Japanse oorsprong. Door handoplegging kanaliseert de reikibeoefenaar universele energie, liefde en kracht via zijn handen om in het lichaam van de ander te laten stromen.*

- ***Spiritual healing**: een methode van handoplegging, rechtstreeks of op een kleine afstand van het lichaam. Hierbij worden er mentaal - via gedachten -healingswensen of gebeden verzonden van healer naar de patiënt toe. Healers geloven dat zij energie kunnen kanaliseren naar de patiënt toe en een verbetering kunnen tot stand brengen op lichamelijk, emotioneel, mentaal en spiritueel gebied.*

- ***Therapeutic Touch of therapeutische aanraking**: een zorg waarbij de zorgverlener het energieveld van de patiënt meer in evenwicht wil brengen. Hij doet dit met behulp van zijn handen, volgens een vaste methode, om zo het energieveld van de patiënt te harmoniseren. Ondanks zijn benaming van 'aanraking' houdt therapeutic touch geen direct contact in. In tegenstelling tot reiki gaat het hierover interpersoonlijke energie die wordt doorgegeven.*

GEMEENSCHAPPELIJKE INDICATIES

van beschreven complementaire zorgvormen[1] in palliatieve zorg:

1) *Stress, spanning, emotioneel psychische belasting (1-2-3-4-5-6-7-8-9-11-12-13)[1]*
2) *Pijn (1-2-3-5-6-8-9-10-11-12-13)*

3) *Angst, onrust (1-2-3-5-6-7-8-9-11-12-13)*
4) *Slaapproblemen (1-5-6-8-9-10-11-13)*
5) *Spirituele en existentiële problematiek (1-2-4-5-6-11-12-13)*
6) *Depressie, verdriet (1-5-6-7-8-12)*
7) *Verminderd sociaal functioneren, eenzaamheid, isolement (2-5-6-7-8-10)*
8) *Ademhalingsproblemen (1-5-6-8-13)*
9) *Spierklachten (1-6-8-9-10)*
10) *Misselijkheid en braken (1-5-6-13)*
11) *Vermoeidheid (1-5-6-8)*
12) *Stoelgangproblemen (8-9-10-13)*
13) *Verminderde wondheling (6-12-13)*
14) *Circulatieproblemen in de bloedsomloop (6,10)*

[1]Legende: 1 = Relaxatie
2 = Meditatie
3 = Visualisatie / geleide fantasie
4 = Kunsttherapie
5 = Muziektherapie
6 = Aromatherapie
8 = Massage
9 = Voetreflexologie
10= Warmte/koude toepassingen
11 = Reiki
12 = Spiritual healing
13 = Therapeutic Touch

GEMEENSCHAPPELIJK DOEL
van palliatieve zorg en complementaire zorg is:

- *het streven naar een optimale symptoomcontrole*
- *het bevorderen van lichamelijk, psychish-emotioneel, sociaal en spiritueel-existentieel welbevinden*
- *het nastreven van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven wanneer curatieve behandeling niet langer een optie is of wanneer patiënten met een levenseinde problematiek worden geconfronteerd.*

GRONDHOUDING ALS HULPVERLENER

- *Complementaire zorg (verder afgekort als CZ) is een belevingsgerichte zorg. Neem bij vragen steeds de belevingswereld en de waarden van de patiënt als uitgangspunt. CZ is geen betuttelende zorg, maar wel een zorg op maat waarbij het de patiënt is die deze maat bepaalt.*
- *Het initiatief om CZ toe te passen dient steeds bij de patiënt of zijn aangeduide contactpersoon te liggen en geniet bij voorkeur de instemming van de directe omgeving. Tracht geen oordeel of kritiek uit te spreken over de patiënt die kiest voor de toepassing van CZ.*

- *CZ wordt uitsluitend gezien als een extra bijdrage om de patiënt comfort en ondersteuning te bieden. CZ beoogt steeds een positieve invloed op het welbevinden en de levenskwaliteit van een palliatieve patiënt in samenwerking met de toegepaste reguliere geneeskunde. CZ verwerpt de reguliere geneeskunde niet.*

- *Men zal aan de zorgvrager steeds het advies geven overleg te plegen met de betrokken huisarts.*

- *Er bestaat in minder mate consensus over het toepassen van CZ met andere bed-side zorgverleners.*

- *Er dient steeds nagegaan te worden of er geen schadelijk effect denkbaar is voor de patiënt en het welbevinden daadwerkelijk ondersteund wordt.*

- *Indicaties en contra-indicaties dienen gekend te zijn.*

- *Men moet er steeds op toezien wat er door wie wordt aangeboden aan CZ. Er wordt van uitgegaan dat CZ beoefenaars specifieke opleiding en training hebben genoten. Hun kwaliteitsvolle aanbod dient voortdurend beoordeeld te worden.*

- *Over elke vraag naar aanbod en toepassing van CZ dient verslag te worden opgemaakt. Ook de toestemming voor het ontvangen van CZ, de toepassing zelf en het eventuele effect van de toepassing wordt best in het patiëntendossier, de thuisverpleegkundige of de huisarts gedocumenteerd.*

- *Zowel de persoon die de CZ toepast, als de persoon die er informatie over geeft, is zich bewust van de bescheiden plaats in relatie tot het zorgproces van de patiënt. Het hoofdaccent ligt in het verbeteren en optimaliseren van kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt. Dit impliceert onder meer een terughoudendheid in het aanbod van CZ vormen die pretenderen een behandeling te zijn.*

- *Bij advies over CZ naar instellingen (RVT, ROB, PVT) dient er steeds gewezen te worden op het belang dat de grondslag van de desbetreffende vorm van CZ overeenstemt met de zorgvisie van de instelling. Interne discussie binnen de organisatie moet helderheid geven over het wel of niet toepassen van complementaire interventies.*

WEES AANDACHTIG VOOR

De stelling "baadt het niet, dan schaadt het niet". Dit kan negatieve gevolgen geven aan de patiënt.

- *Eén uitvoering van CZ met een gunstig effect die het verdere zorgproces bepaalt. Eén positieve ervaring met CZ geeft onvoldoende garantie naar de toekomst en behoeft ook aandacht bij de volgende uitvoering ervan.*

- *De hulpverlener die de toepassing van CZ prettiger vindt dan de hulpvrager.*

- *Wees ervan bewust dat iemand soms toestemming geeft om de hulpverlener plezier te doen.*

- *CZ als anti-burnoutmiddel voor de hulpverlener of als middel om met machteloosheid in de zorg om te gaan.*

- *Valse verwachtingen en onrealistische vooropgestelde doelen.*

- *Miskenning of verstoring van het ziekteproces waarin de patiënt zich bevindt, doordat een hulpverlener te gretig hulp en oplossingen aanbiedt. Wat goed is voor de één, is niet altijd goed voor de ander. Stem je steeds af op diegene waar je zorg aan verleent. De focus is zorg op maat.*

- *Een aangeboden CZ die niet steunt op kennis en ervaring.*

- *Het aanbod van CZ dat de patiënt kan weerhouden om adequate medische hulp te zoeken bij een reguliere arts.*

- *Onredelijke vergoedingen. De meeste CZ vormen zijn in wezen niet buitensporig duur.*

HET AANBOD VAN PHA

- *De palliatief deskundige kan een deskundige gesprekspartner zijn wanneer een patiënt, directe omgeving of een betrokken hulpverlener interesse toont voor de toepassing van complementaire zorg.*

- *De palliatief deskundige pretendeert niet om specialist ter zake te zijn, wel een adviseur.*

- *De palliatief deskundige kan door kennis van indicaties, contra-indicaties en algemene aandachtspunten betreffende CZ ondersteuning bieden om een veilige leefomgeving te creëren en het comfort en het welbevinden van de patiënt te verhogen.*

- *Toelichting van de methodieken - hoe ga ik praktisch tewerk voor de uitoefening van een bepaalde complementaire zorg - is geen aanbod van de palliatief deskundige.*

Bronnen: Literatuurbronnen op eenvoudig verzoek te bekomen bij PHA.

DE MEDEWERKERS VAN PHA WENSEN U EEN MOOI 2012

1992 - 2012

PHA

De vragen van Marcel Proust

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

Yves Van den Broeck
° 12/10/1972

Wat is het grootste ongeluk dat u zou kunnen overkomen?
Overlijden van vrouw of kinderen.

Waar zou je liefst wonen?
Hoog in de bergen te midden van de natuur.

Wat is het volkomen geluk hier op aarde?
's Avonds gaan slapen met het gevoel alles uit de dag gehaald te hebben.

Voor welke misstappen kunt u begrip opbrengen?
Het nemen van foute beslissingen ten gevolge van naïviteit.

Welke personage uit de geschiedenis bewondert u het meest?
Michaïl Gorbatsjov

Voor welke vrouwen van vroeger of nu koestert u bewondering?
Vrouwen die onderdrukt worden, geen kans op zelfontplooiing krijgen en desondanks moedig verder doen.

Wie is uw lievelingsschilder?
James Ensor, René Magritte, Gustav Klimt

Wie is uw lievelingscomponist?
Antonio Vivaldi

Welke eigenschappen waardeert u het meest in een man?
Eerlijkheid, gevoel van humor

Welke eigenschappen waardeert u het meest in een vrouw?
Trouw, oprechtheid, gevoel voor humor en vooral moeder zijn.

Wat is uw lievelingsdeugd?
Relativeringsvermogen

Wat doet u het liefst?
Genieten van al het moois dat de natuur te bieden heeft.

Wat is uw grootste karakterfout?
Koppigheid.

Wat is uw lievelingskleur?
Alle kleuren zijn mooi in de juiste context.

Wie is uw lievelingsdichter?
Jean De La Fontaine met o.a. Le Loup et le Chien.

Wie zijn de helden van vandaag?
Mensen die zich dagelijks en meestal onbezoldigd inzetten voor minderbedeelden en kansarmen.

Welke namen hoort u het liefst?
De namen van mijn kinderen.

Wat verafschuwt u het meest?
Egoïsme en zelfingenomenheid.

Wat was de belangrijkste omwenteling in de geschiedenis?
Het ontstaan van de homo sapiens.

Welk talent zou u het liefst hebben?
Muzikaal talent.

Hoe zou u het liefste willen sterven?
Thuis, omringd door mijn gezin

Welke hervorming zou u het liefst willen doorvoeren?
Een grondige hervorming van de sociale zekerheid.

Wat is uw motto?
What doesn't kill you, makes you stronger.

Vrijwillig mee zin geven aan de laatste levensfase…

Er zijn voor je medemens

meerwaarde voor jezelf

PHA organiseert begin juni 2012 een basisopleiding voor kandidaat-vrijwilligers.
Enkele jaren geleden, gaf Margriet Vandeweyer, in een interview voor Visie een mooie en tijdloze getuigenis over haar vrijwilligerswerk in PHA.

Voel je persoonlijk aangesproken door haar verhaal of ken je iemand in je omgeving, voor wie dit vrijwilligerswerk een belangrijke meerwaarde kan betekenen in zijn of haar leven, PHA organiseert op 16 februari 2012 een informatieavond waarop je je vrijblijvend verder kan informeren.

Margriet, op het eerste zicht lijkt dit niet meteen vrijwilligerswerk waar je vrolijk van wordt. Waarom ga je naar stervende mensen?
Margriet:"Ik word ouder. De confrontatie met mijn eigen sterfelijkheid zoek ik bewust op. Mijn vader stierf in mijn geboortehuis, mijn moeder later in het ziekenhuis. We drummen de dood uit ons leven. Terwijl thuis, omringd door familie, de meest natuurlijke plaats is om te sterven. Hoe ingrijpend de dood is, zie ik in iedere begeleiding. Het maakt me niet angstig. De grote uitdaging in de palliatieve begeleiding is om stervenden toch nabij te zijn en tegelijk niet dramatisch te doen. Rust en stabiliteit geeft de nabestaanden van de stervenden ondersteuning. Stel dat ik volledig zou meegaan in hun verdriet, dan hebben ze aan mijn aanwezigheid niet veel. De familie voelt zich sterker omdat je er bij bent. En ik heb het gevoel van zinvol bezig te zijn."

Kun je dat aan?
Margriet: "Ik herinner me mijn eerste begeleiding nog. Zo onzeker was ik. Maar na het eerste contact, en je voelt dat ze je aanvaarden, dan komt rust in de plaats. Bij de vrouw van de eerste begeleiding ben ik enkele keren bij geweest. Er gebeurde niets. Alleen de klok die tikte. Zoveel stilte en rust, een zalig gevoel. Moet je dan zo dicht bij de dood gaan staan om die rust te kunnen ervaren?"

Het meest aangrijpende moment?
"Een man van nog geen vijftig. Hij vocht tot het laatste moment. Ik had een goed contact met hem en zijn vrouw. Hij hield een dagboek bij, wat hij deelde, en hij nam zelf afscheid van iedereen. Of een andere man, hij vroeg me 'Margriet waar ben je zoal mee bezig?' En ik vertelde hem over onze reisplannen naar Griekenland. Hij stippelde in zijn hoofd voor ons de hele reis uit. Zo vol van het leven was hij. Dat kunnen doen gaf hem tot het laatste moment kwaliteit aan zijn leven. Ik ben naar zijn begrafenis geweest. Een van de mooiste vieringen. Ze speelden een Grieks lied tijdens de mis. Onvoorstelbaar aangrijpend."

En de nabestaanden?

Margriet: "Na ongeveer drie weken na het overlijden nemen we nog eens contact met de familie voor een afrondingsgesprek. Bij de eerste begeleidingen vond ik het lastig om afscheid te nemen van de achterblijvers. Ze zitten met verdriet en toch moet je hen loslaten. Je leert dat wel. Omdat je niet voor al die nabestaanden kunt blijven zorgen. Da's onze taak ook niet. Als palliatieve begeleider staan we iemand bij wanneer zijn levenseinde nadert."

Niet elke begeleiding is even mooi?

Margriet: "Een oudere dame wilde opeens dat ik niet meer kwam, de andere begeleider nog wel. Ze mag weigeren. Maar het raakte me wel. Snel kon ik dat relativeren. Het gaat tenslotte om haar laatste weken, niet de mijne."

Bron: Visie, 7 maart 2007

Welkom op de gratis informatieavond op ***donderdag 16 februari 2012 om 19.30u in de lokalen van PHA.***
Domein Fort VI, gebouw Fc, Edegemsesteenweg 100 te Wilrijk
Graag vooraf inschrijven bij Lieve Van Goethem, vrijwilligerscoördinator;
Mail hiervoor naar lieve.vangoethem@ua.ac.be of bel naar 03/265 25 31.
Wie niet kan deelnemen, kan ook een schriftelijk informatiepakket aanvragen

Vormingsaanbod

DONDERDAG 9 FEBRUARI 2012
HOE COMMUNICEREN IN WAARHEID

Docent:
Lucas Ceulemans, huisarts, praktijkassistent vaardighedenteam Universiteit Antwerpen, equipearts palliatief netwerk Mechelen, voorzitter van de commissie Zorg aan het Levenseinde bij Domus Medica

Locatie:
Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV)

Datum:
Donderdag 9 februari 2012 van 9.30 u. tot 12.30 u.

Praktisch:
Organisatie van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen in samenwerking met de 4 netwerken palliatieve zorg uit de provincie Antwerpen.
Inschrijven via Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, (www.palliatief.be), Code COMMV3/1112.

Voor verdere informatie en inhoudelijk programma vormingen: raadpleeg onze website www.pha.be

WOENSDAG 15 FEBRUARI TOT EN MET VRIJDAG 17 FEBRUARI 2012 KENNISMAKINGSDRIEDAAGSE

***Doelgroep**:*
Ander paramedisch geschoolden zoals ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, animatoren, opvoeders, logopedisten, logistiek werkers, orthopedagogen, psychologen, …

Locatie:
Palliatieve Hulpverlening Antwerpen, UA Domein Fort VI, Gebouw Fc, Edegemsesteenweg 100, 2610 Wilrijk.

Datum:
Woensdag 15 februari tot en met vrijdag 17 februari 2012

Praktisch:
€ 240,00 per persoon, koffiepauzes en broodjesmaaltijd inclusief.
Attest van gevolgde uren.
Inschrijven uiterlijk 20 januari 2012 via Mieke Van Aelst, tel. 03 265 25 31 e-mail: mieke.vanaelst@ua.ac.be. Na inschrijving ontvangt u een voorlopige bevestiging (telefonisch/mail).
Voor de opleiding kunnen cursisten educatief verlof aanvragen.
Ten laatste één week voor de aanvang van de cursus wordt u alle verdere praktische informatie toegestuurd.

Groepsgrootte:
Maximum 12 , minimum 7
Bij annulatie wordt u uiterlijk 1 week op voorhand gewaarschuwd.

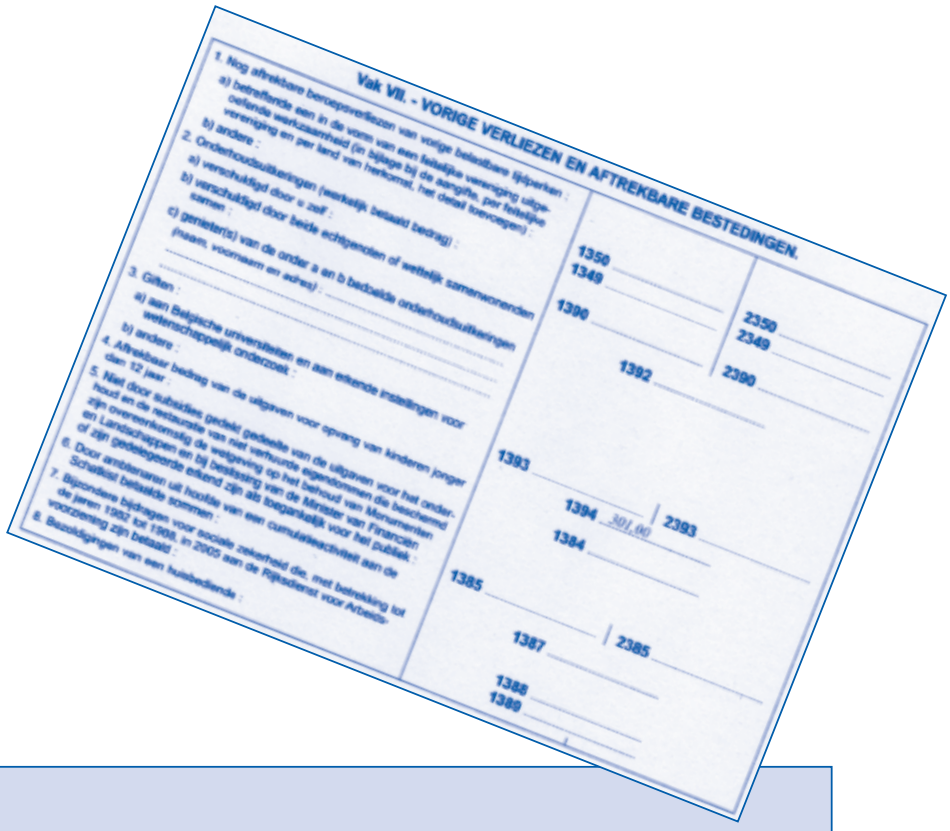
Programma:
Dag 1
- *Algemene introductie: Wat is palliatieve zorg en voorstelling van de sociale kaart.*
- *Algemene principes bij symptoombeleid.*
- *Kenmerken van het lichaam in de laatste levensfase.*

Dag 2
- *Algemene principes pijnbeleid.*
- *Spiritualiteit.*
- *Omgaan met onmacht.*
- *Bespreking casus.*

Dag 3
- *Communicatie.*
- *Zorg voor de zorgenden.*
- *Rouwzorg.*

Evaluatie en overhandigen attesten.

Giften


Vak VII. - VORIGE VERLIEZEN EN AFTREKBARE BESTEDINGEN.

1. Nog afrekbare beroepsverliezen van vorige belastbare tijdperken :
a) betreffende een in de vorm van een feitelijke vereniging uitgeoefende werkzaamheid (in bijlage bij de aangifte, per feitelijke vereniging en per land van herkomst, het detail toevoegen) :
b) andere :
2. Onderhoudsuitkeringen (werkelijk betaald bedrag) :
a) verschuldigd door u zelf :
b) verschuldigd door beide echtgenoten of wettelijk samenwonenden samen :
c) gemeter(s) van de onder a en b bedoelde onderhoudsuitkeringen (naam, voornaam en adres) :
3. Giften :
a) aan Belgische universiteiten en aan erkende instellingen voor wetenschappelijk onderzoek :
b) anders :
4. Afrekbaar bedrag van de uitgaven voor opvang van kinderen jonger dan 12 jaar :
5. Niet door subsidies gedekt gedeelte van de uitgaven voor het onderhoud en de restaurate van niet verhuurde eigendommen die beschermd 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 cumulatieschuldeisen aan de Schatkist betaalde sommen :
7. Bijzondere bijdragen voor sociale zekerheid die, met betrekking tot de jaren 1992 tot 1998, in 2005 aan de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening zijn betaald :
8. Bezoldigingen van een huishoudende :

1350
1349
1390
1392
2350
2349
2390
1393
1394 501,00
2393
1384
1385
1387
2385
1388
1389

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

International Institute for Advanced Health Studies

Mevrouw Elisabeth Arnouts

Hr. Walter Brabants

Dr. Edmond Rubens

Heirbaut - Verhoeven (LOS AMIGOS)

Hr. Antoon Maes

Hr. Joannes Nelen

Hr. Noël Descheemaecker

Willemsen - Van Looveren

J. VD. Maegdenbergh-Janssens

Gerhard en Martine Zenz - Backeljau

Hr. Achille Wouters

Pirron - Jennes

Hr. Bruno Corluy

Hr. Marcus Van Domburg

R&C Verhaert - Van Meir

Mevr. Paula Verkinderen

Mevr Liliane Verhoeven

Hr. Leo Vereycken

Magnery & Cremers

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

Voorwoord: 2

Intimiteit en seksualiteit in de palliatieve zorg 4

Leven, Sterven en dood in relatie 8

Complementaire zorg: deel 2 13

Vragen van Proust 19

Vrijwilligers 21

Vormingsaanbod PHA.....23