

INFO--PHA

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

BEROEPSGEHEIM

**KINDEREN EN PALLIATIEVE THUISZORG:
HET AANBOD VAN PHA**

**OP BEZOEK BIJ DE BUREN: HEIDEHUIS
(PALLIATIEVE ZORG NOORD-WEST-VLAANDEREN)**

**PALLIATIEVE ZORG IN ANTWERPEN IN DE KIJKER
NAAR AANLEIDING VAN WERELDDAG PALLIATIEVE ZORG**



Beste lezer,

Het zal U allicht niet verwonderen dat ik, oud-huisarts, met in mijn achterhoofd een overzicht van vijf decennia geschiedenis van de zorg, en haar beoefenaren, in deze Info-PHA het meest geïnteresseerd was in de bijdrage over 'beroepsgeheim'.

Het is een technisch artikel, dat een perfect en gedetailleerd overzicht geeft over de categorieën en graden van dit beroepsgeheim.

Ga je terug in de tijd, dan kom je onvermijdelijk het begrip "colloque singulier" tegen, de bijna mythische (en even onvermijdelijk franse) term voor de speciale zéér persoonlijke band die verondersteld werd tussen arts en patiënt te bestaan, en die garant stond voor de -toen volstrekke- geheimhouding van wat zich bij de patiënt en zijn ziekte en zorg afspeelde.

Ondertussen is deze arts-patiënt relatie geëvolueerd naar een breed scala van samenwerkende zorgverleners rond één patiënt. Het type-voorbeeld van deze verruiming zijn de zorgpaden waar medische en paramedische zorgverleners samen betrokken worden in het zorgproces.

Het artikel geeft duidelijk aan waar en hoe, en tot welke graad, de diverse categorieën van gezondheidswerkers, en zelfs hun zogenaamde "leken"-helpers, in dit proces moeten passen.

Vertrekkend van le colloque singulier en evoluerend naar het bonte plaatje van interdisciplinaire samenwerking, kan je het zwaarwichtige beroepsgeheim reduceren tot het begrip "fatsoen". Het is natuurlijk te kort door de bocht, maar uiteindelijk kom je terecht bij respect voor andermans' levenssfeer. Waar je fatsoenlijk dient mee om te gaan.

Net zoals gebeurde bij bijeenkomsten van artsen, waarbij al eens een anekdote wat te loslippig werd verteld, is het quasi onvermijdelijk dat in interdisciplinair verband hetzelfde zou gebeuren. Door de betrokkenheid van een groter aantal medewerkers kan zulke lapsus grotere gevolgen hebben. Daarom is het nodig dat we terzake een bewustwordingsproces op gang brengen.

We moeten leren waken over wat we in ons beroep ervaren en te weten komen. Deze Info-PHA kan daartoe bijdragen.

Palliatieve zorg in de psychiatrie, annex euthanasie in dezelfde psychiatrie is een harde ethische noot om kraken.

Zo lang de organische oorzaken van de psychiatrische aandoeningen niet zijn uitgeklaard, en dus geen écht doeltreffende ad-hoc therapieën en dito geneesmiddelen kunnen worden gemaakt, is volgens mij veel van wat in de psychiatrie gebeurt palliatie, die deze naam niet heeft. Met mijn excuses naar de collegae psychiaters. Omdat ik hiermee achteloos voorbijga aan wat deze psychiaters presteren om het psychische leed van hun patiënten te verzachten.

In de volgende INFO-PHA wordt dit onderwerp uitgediept.

DR. J. VAN BRAGT
VOORZITTER.

INHOUD VAN DIT NUMMER

- Kinderen en palliatieve thuiszorg 4
- Op Bezoek bij de burens: Heidehuis
(Palliatieve Zorg Noord - West - Vlaanderen) 6
- Beroepsgeheim en patiëntgerichte samenwerking 12
- Vragen van Proust aan Carla Haagdorens 16
- Palliatieve zorg in Antwerpen in de kijker 18
- Agenda 22



KINDEREN EN PALLIATIEVE THUISZORG

Door een samenwerking tussen PHA en twee Antwerpse kindercentra (het Koningin Paola Kinderziekenhuis van ZNA Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen) is het project 'kinderen en palliatieve zorg' ontstaan, dat in 1999 erkenning kreeg van de Koning Boudewijnstichting. Dit project heeft meerdere doelen: sensibiliseren, samenwerken, deskundigheidsbevordering, dienstverlening, werken met vrijwilligers en het aanbieden van expertise in thuiszorg.

PHA WENST DE THUISZORG VOOR ALLE ONGENEESLIJK ZIEKE KINDEREN EN JONGEREN BINNEN DE REGIO ANTWERPEN MEE MOGELIJK TE MAKEN.

Het geeft de kans aan de kinderen en aan de gezinnen waar ze deel van uit maken om in alle sereniteit en intimiteit thuis afscheid te nemen. PHA voorziet in advies, ondersteuning en begeleiding van het zieke kind, het gezin, de directe omgeving en alle betrokkenen in de zorg. Dit gebeurt op vraag en met 24 uur op 24 uur bereikbaarheid. De noden van het kind en de familie staan hierbij centraal. PHA kan door alle betrokkenen (inclusief het zieke kind, de ouders, broers en zussen) worden gecontacteerd.

PHA werkt volgens het emancipatorisch concept, wat inhoudt dat alle betrokkenen in de zorg (zowel professionelen als familie, vrienden,...) op hun eigen wijze optimaal kunnen functioneren. Het zorgaanbod van de eerste lijn krijgt alle aandacht. De verpleegkundig palliatief deskundigen stellen hun expertise ter beschikking maar nemen geen rollen, taken of functies over. Dit is waardevol omdat iedereen die het kind goed kent de mogelijkheid krijgt om zinvol en efficiënt aan de palliatieve zorg deel te nemen. PHA neemt de coördinatie van de thuiszorg op zich, steeds in samenwerking met de hulpverleners van de eerste lijn (huisarts, thuisverpleegkundige,..."

Vanuit het MBE kan er ondersteuning worden aangeboden op zowel medisch vlak (pijn- en symptoomcontrole, gratis uitlenen van spuitaandrijvers, overleg met equipeartsen,...) als op psychologisch gebied. Daartoe behoort ook rouwzorg met de mogelijkheid tot een rouwbezoek na het overlijden van het kind. PHA blijft lange tijd bereikbaar voor verdere ondersteuning tijdens het rouwproces. Zo nodig kan PHA doorverwijzen naar hulpverlenende personen en instanties voor verdere rouwbegeleiding of -therapie. Ook sociale ondersteuning is mogelijk door o.a. het inzetten van vrijwilligers. PHA kan twee vrijwilligers per ziek kind inzetten voor samen gemiddeld acht uren per week. Ze zijn nabij, rustig aanwezig en brengen datgene in wat het kind en de familie aangeven nood aan te hebben. Ze nemen geen taken over van anderen maar zijn aanvullend in de zorgsituatie.

DE ONDERSTEUNING DIE PHA KAN BIEDEN, KAN BEGINNEN IN HET ZIEKENHUIS VAN WAARUIT HET KIND ONTSLAGEN WORDT EN EINDIGEN BIJ DE ROUWOPVANG VAN DE OUDERS, BROERS/ZUSSEN EN ANDERE FAMILIELEDEN OF BETROKKENEN.

In een eerste overleg dat plaats vindt daar waar het kind zich op dat moment bevindt (meestal ter voorbereiding van het ontslag naar huis), komen de professionele hulpverleners samen. De continuïteit van zorg staat voorop. Hiervoor is er contact tussen de kinderarts, de huisarts, de ziekenhuisverpleegkundige, de thuisverpleegkundige, de maatschappelijk werker,

de referentiepersoon palliatieve zorgen van het ziekenhuis en de verpleegkundig palliatief deskundige en klinisch psycholoog van PHA. De doelen van dit overleg zijn het voorbereiden van het ontslag naar huis, het vroegtijdig bespreken van de mogelijkheden van de uitbouw van de thuiszorg en het in kaart brengen van de noden en de verwachtingen van het zieke kind en de andere gezinsleden. De medisch-verpleegkundige, psychologische, sociale en spirituele noden worden meegedeeld en voorstellen worden aangeboden. Ook de praktische en financiële aspecten komen aan bod.

Er wordt een tweede overleg gepland, dat thuis (vervangend) zal doorgaan. Dit overleg wordt gevoerd tussen de betrokkenen in de thuiszorg en de verpleegkundig palliatief deskundige en klinisch psycholoog van PHA. De ouders, broers, zussen, grootouders, andere familieleden, leerkrachten, vertrouwenspersonen van het gezin,... kunnen deelnemen, mits de toestemming van het kind en de ouders. Het doel van dit tweede overleg is om de palliatieve zorg thuis af te stemmen op de huidige en toekomstige zorgsituatie, waarbij er aandacht en respect is voor de keuzes van het kind en de familie. Het zieke kind moet door de gekaderde uitbouw van de thuiszorg de kans krijgen om zo lang mogelijk in zijn/haar ziek zijn te kunnen zijn wie het is. Het kind krijgt de nodige ondersteuning thuis om 'kind'waardig afscheid te nemen en de ouders en de broers/zussen krijgen de kans om hiervan deelgenoot te zijn. De huisarts en de thuisverpleegkundige zijn noodzakelijke actoren om de medisch-verpleegkundige zorg te realiseren. Zij zorgen voor een 24 uur permanentie en laten een gecontinueerde zorg toe. Op vraag worden ze ondersteund door het MBE van PHA. Wanneer de zorgnoden veranderen, kan er opnieuw een overleg worden gepland.

De betrokken hulpverleners kunnen na het overlijden van het kind nog eenmaal samenkomen om de samenwerking te evalueren en naar de toekomst toe te optimaliseren. PHA kan hierin initiatiefnemer zijn, in overleg met de huisarts.

EEN SAMENWERKING TUSSEN HET NETWERK VOOR PALLIATIEVE ZORG EN HAAR MBE, DE TWEDE EN DE EERSTE LIJN BIEDT EEN AANGEPASTE ZORG VOOR ONGENEESLIJK ZIEKE KINDEREN THUIS. HET GEEFT HEN EN HUN OUDERS DE KANS OM DE LAATSTE LEVENSFASE THUIS DOOR TE BRENGEN.

INNE LEURIS
KLINISCH PSYCHOLOOG PHA

OP BEZOEK BIJ DE BUREN

Heidehuis vzw (Palliatieve Zorg Noord-West-Vlaanderen)

In deze serie hebben we aandacht voor hun geschiedenis, huidige werking en plannen voor de toekomst. 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.

CONTACTGEGEVENS

Heidehuis vzw (Palliatieve Zorg Noord-West-Vlaanderen)
Fazantendreef 11
8200 Sint-Michiels Brugge
Netwerkcoördinator: Alexander Verstaen
T: 050/40 61 50
F: 050/40 61 59
E: info@pznwvl.be
W: www.pzwvl.be



WERKINGSGBIED

Beernem, Blankenberge, Brugge, Damme, De Haan, Jabbeke, Knokke-Heist, Oostkamp, Zedelgem, Zuienkerke.

AANTAL INWONERS IN 2011: 268.829

TEAM

Directeur: Alexander Verstaen
Zorgcoördinator: Martine Boudens
Netwerkpsycholoog: Isabelle Schotte
Verpleegkundigen: Elsje Barbry, Chris Crop, Marie-Anne De Keyser, Christiane Lambrechts, Christine Waerenburgh
Equipe-artsen: Frank Devriendt, Niek Vervaeck
Secretariaat: Katrien Vermeulen, Lena Vantorre
Onderhoud en logistiek: Rita Dobbelaere



HISTORIEK

De pionier van dit netwerk is Dr. Arsène Mullie, anesthesist in het A.Z. Sint-Jan te Brugge, die in 1987 startte met 'Intensieve Zorgen Thuis'. De palliatieve zorg in de regio Noord-West-Vlaanderen werd opgestart naar aanleiding van een patiënt die in het ziekenhuis lag en wenste thuis te sterven. Dr. Mullie wilde dit mogelijk maken. Hij werkte samen met enkele verpleegkundigen en verzamelde zo een klein team van mensen dat zich op vrijwillige basis inzette voor palliatieve zorg. De dienst 'Intensieve Zorgen Thuis' werd later de Palliatieve Zorg Thuis. De officiële erkenning van het netwerk kwam er in 1995. Later werden dan de

Palliatieve Zorgeenheid en het Palliatief Dagcentrum opgericht. Dr. Mullie vond het belangrijk dat alle relevante actoren betrokken werden bij de palliatieve zorg. Dit idee weerspiegelt zich nu nog steeds in hun vertegenwoordiging in de Raad van Bestuur van de vzw.

Palliatieve Zorg Noord-West-Vlaanderen vzw is recent van naam veranderd naar "Heidehuis vzw". Deze vzw omvat het netwerk, de palliatieve thuiszorg, het palliatief dagcentrum en de palliatieve zorgeenheid, deze laatste in een associatie met twee regionale ziekenhuizen (AZ Sint-Lucas en AZ Sint-Jan Brugge-Oostende). Het eigene van dit netwerk is haar (historische) verwevenheid met de settings. 2012 is voor de vzw Heidehuis een jubileumjaar: het dagcentrum bestaat 10 jaar, de palliatieve zorgeenheid 20 jaar en de palliatieve thuiszorg 25 jaar.

GESPREK MET ALEXANDER VERSTAEN

Alexander Verstaen is directeur van het Heidehuis vzw.



Wat zijn de sterktes van het netwerk? Waar zijn jullie fier op?

Er was onlangs een klein persmoment naar aanleiding van onze 5-daagse basisopleiding palliatieve zorg. Daar werd duidelijk hoe enthousiast de deelnemers uit de regionale WZC's waren over de kwaliteit van deze vorming. De feedback dat ze veel aan de opleiding gehad hebben, gaf me een goed gevoel.

HET FEIT DAT WE ALS PALLIATIEVE ZORG ORGANISATIE MENSEN KUNNEN INSPIREREN IN HOE ZE DAGELIJKS ZORG OPNEMEN, IS TOCH WEL IETS OM TROTS OP TE ZIJN.

Ons vormingsaanbod is nu trouwens veel transparanter dan vroeger. Het aanbod is gestructureerd volgens de vier pijlers van palliatieve zorg (fysisch, psychisch, sociaal en spiritueel) en binnen elke pijler kunnen de deelnemers een bepaald vormingstraject afleggen met een basismodule en verdiepingmodules.

Een andere sterkte van het netwerk is dat we onszelf in vraag blijven stellen en een zeer open geest hebben. We durven voorbij het vertrouwde gaan. Dit zie je bijvoorbeeld in onze visie op spirituele zorg. Er heerst nog altijd een taboe op bepaalde aspecten hiervan. Soms hoor je al eens verhalen van patiënten en/of hulpverleners die moeilijk passen binnen ons conventioneel Westers wetenschappelijk kader, maar die men wel in dit kader probeert te proppen. Zo worden sterfbedvisioenen nog al te vaak gereduceerd tot hallucinaties in het kader van een terminaal delier. De gevoeligheid voor het verschil tussen een pathologisch en een spiritueel gebeuren gaat al te vaak verloren. Als mensen die dicht bij de dood staan dergelijke zaken brengen, proberen we niet te snel te oordelen. Openheid bij de hulpverlener vinden wij hierin heel belangrijk.

Nog een andere sterkte van onze organisatie is de verankering ervan binnen de verschillende settings van palliatieve zorg. Wij hebben een overleggroep (Werkgroep Levend Netwerk), om de verschillende settings beter op elkaar af te stemmen, met het netwerk als bindmiddel. We proberen elkaar te begrijpen en werken constant aan verbetering.

Wat is jullie voornaamste werkpunt?

Er is zeker nog verbetering mogelijk in de samenwerking met de woonzorgcentra, hoewel we hierin al een aantal initiatieven nemen. Zo overleggen we vier maal per jaar met de palliatieve zorgcoördinatoren van de regionale WZC's. Toch is het moeilijk om binnen de WZC's veranderingen op gang te brengen omdat er zoveel betrokken partijen zijn: directie, CRA, huisarts, hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, enz. Het feit dat er in sommige woonzorgcentra een groot verloop van personeel is, maakt het er ook niet gemakkelijker op. Bij sommigen loopt het allemaal iets vlotter dan bij andere, bijvoorbeeld als het gaat over het plaatsen van een spuitaanrijver. Er bestaat intern wel een procedure voor, en we hebben zelfs vanuit onze equipe een DVD gemaakt met uitleg hieromtrent, maar toch blijft dit een moeilijk punt. Er zijn zeker ook zaken die goed lopen, maar we willen in de toekomst graag nog korter op de bal spelen en eventuele problemen sneller en directer gaan bespreken. Het is dan aan de directie om duidelijk te maken in welke mate ze bereid zijn te investeren in palliatieve zorg. Zo weten we wat we van een bepaald WZC al dan niet mogen verwachten in de toekomst.

Slagen jullie er in om het idee van vroegtijdige zorgplanning aanvaardbaar te maken in de woonzorgcentra?

Ja, we hebben meer dan 30 woonzorgcentra in ons werkingsgebied en de grote meerderheid neemt initiatieven om dit te implementeren binnen hun instelling. Ik las onlangs dat in de WZC's van het OCMW gemiddeld ongeveer 70% van alles bewoners al een gesprek heeft gehad over vroegtijdige zorgplanning, wat toch redelijk veel is. Van de andere WZC's hebben we op dit moment geen cijfermateriaal, maar ook daar gebeurt er heel wat rond vroegtijdige zorgplanning.

Hoe verloopt de samenwerking met de eerstelijns, de huisartsen en de thuisverpleegkundigen?

Dit verloopt zeer goed: we hebben met meer dan 80% van de huisartsen in ons werkingsgebied een goede samenwerking. Dit wil zeggen dat zij regelmatig met ons overleggen, al dan niet telefonisch.

OP ONS WEKELIJKS TEAMOVERLEG VAN DE PALLIATIEVE THUISZORG KOMEN ER REGELMATIG HUISARTSEN EN THUISVERPLEEGKUNDIGEN LANGS OM HUN PATIËNTEN TE BESPREKEN,

bijvoorbeeld in de context van een euthanasieverzoek. Daardoor kan een teamoverleg behoorlijk lang duren, maar het is wel zeer waardevol en het versterkt de netwerking. Er zijn jammer genoeg ook huisartsen die we niet kunnen bereiken.

Op dit moment hebben we geen vormingsaanbod specifiek voor huisartsen, dit gebeurt meer aan het bed van de patiënt en in het teamoverleg. Onze 2 equipeartsen zijn ook huisarts en lid van HABO (de HuisArtsen van Brugge en Omgeving). Deze huisartsenkring is ook vertegenwoordigd in onze Raad van Bestuur. De thuisverpleegkundigen komen geregeld naar onze vormingen en ook naar het teamoverleg, sommigen zelfs wekelijks.

Ook de ziekenhuizen en de support teams zijn belangrijke partners voor ons. Vaak gebeurt de transfer van een patiënt van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Er zijn dan steeds verschillende partijen betrokken: het ziekenhuis, de huisarts, de thuisverpleegkundige en de verpleegkundigen van de palliatieve thuiszorg. Wij staan als netwerk in voor de evaluatie van deze samenwerking en zorgen voor de coördinatie. Hiervoor hebben wij een zorgcoördinator in huis, Martine Boudens, die zich naast haar taak als verpleegkundige in de palliatieve thuiszorg bezig houdt met de coördinatie van de patiëntenzorg.

Het netwerk heeft ook als opdracht om te sensibiliseren. Hoe doen jullie dit?

In het ledenblad van bepaalde verenigingen (bvb. seniorenverenigingen) zijn wij een vaste

rubriek in het vormingsaanbod. Mensen kunnen zich dan hierop inschrijven. Scholieren komen soms ook 1 of 2 dagen naar hier in het kader van inlevingsdagen. Zij observeren dan in het dagcentrum en helpen mee met allerlei karweitjes. Soms gaan zij ook actief op zoek naar manieren om geld in te zamelen en maken ze dan via die manier kennis met palliatieve zorg. We vinden het belangrijk dat we jongeren actief kunnen betrekken bij palliatieve zorg zodat ze kennis kunnen maken met dit thema.

Wat is er bijzonder aan jullie vrijwilligerswerking?

Wij proberen onze vrijwilligers te laten voelen dat ze echt belangrijk zijn in onze organisatie. Zo organiseren we elk jaar een vrijwilligersdag. Deze dag begint met een uitgebreid ontbijt en verder voorzien we een aantal activiteiten en wat tijd om met elkaar van gedachten te wisselen. Ze worden die dag echt in de watten gelegd. Verder zijn alle vormen gratis voor onze vrijwilligers en kunnen ze deelnemen aan intervisiegroepen. Om de 2 jaar gaat er ook vanuit de provincie een vrijwilligersdag door. Het netwerk volgt alle vrijwilligers palliatieve zorg op, niet alleen van het dagcentrum en de thuiszorg, maar ook die van de palliatieve zorgeenheid. Al deze vrijwilligers staan onder contract bij het netwerk. Deze vrijwilligers selecteren, opleiden en begeleiden is een belangrijke taak van onze netwerkpsycholoog.

Jullie zijn, in tegenstelling tot de meeste andere netwerken, erg nauw verbonden met de eenheid en het dagcentrum.

Ja, inderdaad. Dit is ook een erfenis van Dr. Mullie. Wij zijn als netwerk zowel betrokken bij hun vrijwilligers als bij het aanwerven van de verpleegkundigen. Ik ben dan ook aanwezig op sollicitatiegesprekken voor verpleegkundigen op de palliatieve zorgeenheid. Wij vinden het belangrijk om invloed te hebben op het beleid van de eenheid en weten dat dit een uitzonderlijke situatie is.



Wat is palliatieve zorg voor jou?

PALLIATIEVE ZORG IS VOOR MIJ ERVOOR ZORGEN DAT DE PATIËNT IN DE MATE VAN HET MOGELIJKE OP EEN SERENE EN BEWUSTE MANIER KAN STERVEN.

Dit heeft belangrijke implicaties. Zo lijken we in de palliatieve zorg gebrainwasht met het idee dat we altijd de wens van de patiënt moeten volgen, terwijl dit niet steeds de meest aangewezen weg is. Wij gaan er vanuit dat de patiënt het best weet wat hij nodig heeft, maar uit onderzoek en klinisch werk blijkt overvloedig dat vaak onbewuste motieven ten grondslag liggen aan bepaalde beslissingen en visies. Waarom zou dit fundamenteel anders zijn aan het levenseinde?

Het is voor mij zeker niet of euthanasie of palliatieve zorg. Ik heb absoluut niets tegen euthanasie, maar ik vind dat er vaak onzorgvuldig mee wordt omgesprongen. Hier hebben we nog een lange weg af te leggen.

Wat zijn volgens jou de belangrijkste bedreigingen voor het netwerk?

Het meest voor de hand liggende is natuurlijk het financiële. Het grote probleem hier intern is ons dagcentrum. Dit bestaat nu 10 jaar en is nog altijd onze grootste verliespost.

Een andere bedreiging noem ik "de ego's binnen de palliatieve zorg".

IN PLAATS VAN EEN MACHTSSTRIJD TE VOEREN TUSSEN VERSCHILLENDE ORGANISATIES ZOUDEN WE ALLEMAAL AAN HETZELFDE ZEEL MOETEN TREKKEN.

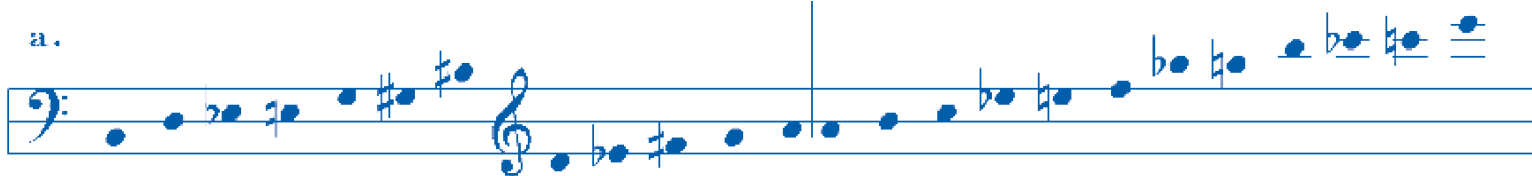
We zouden als één blok naar de overheid moeten stappen. Dit gebeurt nu niet en het is mijn vurige wens dat dit niet ten nadele zal zijn van de financiering van onze sector. Palliatieve zorg is mensenwerk en dat heeft blijkbaar ook minder fraaie gevolgen. Het feit dat we in onze zorg met het levenseinde bezig zijn, met de essentie van het leven lijkt hierin geen verschil te maken...

Wat zijn de belangrijke ideeën voor de toekomst?

Ik wil me blijven richten op de 4de pijler, het spirituele, op de uitbouw hiervan, de openheid hierrond. Verder wil ik ook focussen op de bereidheid tot persoonlijk werk bij hulpverleners. Het is belangrijk dat hulpverleners zichzelf durven en willen in vraag stellen, dat ze erin geloven dat je als persoon een ontwikkeling kan doormaken. Dit is niet alleen cruciaal voor de zorg voor jezelf, maar komt ook de kwaliteit van de hulpverlening ten goede. Intervisies zijn hierin een eerste voorzichtige stap. Het zou mooi zijn als we hierin verder stappen kunnen zetten. Je ziet het, zelfzorg en spirituele zorg liggen me nauw aan het hart.

Uiteraard hecht ik ook belang aan pijn- en symptoomcontrole, ook daarin kan nog vooruitgang worden geboekt. Palliatieve zorg is nog steeds verrassend biomedisch van inslag. We beweren te werken vanuit een holistisch mensbeeld, maar in de praktijk (als er bijvoorbeeld weinig tijd voor overleg is) worden de 2de, 3de en 4de pijler vaak stiefmoederlijk behandeld. Jammer, want de 3 andere pijlers zijn belangrijk, ook in de context van pijn- en symptoomcontrole. Het holisme en wat de implicaties hiervan zijn voor de concrete zorg is in de praktijk nog te weinig doorgedrongen.

INNE LEURIS
KLINISCH PSYCHOLOOG PHA
DR. NOËL DERYCKE
EQUIPE ARTS PHA



HARTVERWARMEND KERSTCONCERT

ANTWERPS KATHEDRAALKOOR

Onder de Hoge Bescherming van Hare Majesteit de Koningin

23 december 2012 om 15.00 u.

Onze-Lieve-Vrouwekathedraal

BENEFIETCONCERT VOOR

PHA & ZNA KONINGIN PAOLA KINDERZIEKENHUIS

In samenwerking met Lions Club Antwerpen Elsdonk

FEESTELIJKE KERSTCANTATES UIT DE BAROK

Het Antwerps Kathedraalkoor brengt zijn Kerstconcert op zondag 23 december 2012 om 15.00 u. in de prachtige Onze-Lieve-Vrouwekathedraal te Antwerpen. Knapenkoor en Meisjescantorij worden begeleid door het Antwerp Festival Orchestra en het geheel staat onder leiding van

KAPELMEESTER SEBASTIAAN VAN STEENBERGE

Het concertprogramma is veelbelovend en verwent u met een selectie uit de mooiste feestelijke Kerstcantates uit de Barok, met o.a. werk van Haendel, Bach en Vivaldi.

Wij garanderen u een vreugdevolle en feestelijke kerstsfeer

Weldra gaat de ticketverkoop van start. Als trouwe toeschouwer bieden wij u de mogelijkheid om uw tickets nu al te bestellen in voorverkoop.

Vertoont u hiervoor interesse, stel uw reservatie dan niet te lang uit want de plaatsen zijn beperkt!

PRAKTISCH:

Bestelling tickets is mogelijk via:

- annick.huet@skynet.be
- Tel: 0474 95 38 49 alle weekdays van 19.00 u. tot 22.00 u.

VOORVERKOOP:

gewone tickets: € 15,00

VIP plaatsen: € 35,00

KASSA:

gewone tickets: €17,00

Steunkaarten: € 10,00

(een steunkaart geeft geen recht op toegang tot het concert)

U was getuige van één van de voorgaande concerten van het Antwerps Kathedraalkoor.
U hebt het enthousiasme en de staande ovatie meegemaakt.

Wij hopen dan ook van harte dat wij u en uw vrienden opnieuw mogen begroeten
op deze schitterende muzikale namiddag.

BEROEPSGEHEIM EN PATIËNTGERICHTE SAMENWERKING

Het beroepsgeheim staat vaak onder druk. Wat betekent beroepsgeheim? Welke plaats heeft het beroepsgeheim in een waardevolle samenwerking? Wat is discretieplicht? Een veel voorkomende vraag van zorgorganisaties is of alle medewerkers van de organisatie gebonden zijn aan het beroepsgeheim of niet. En wat betekent dat dan voor hun werking.

Voor velen is de eerste kennismaking met beroepsgeheim gebeurd met het vak plichtenleer waarin naast discretieplicht ook het beroepsgeheim werd uitgelegd.

Er bestaan geen verschillende soorten van beroepsgeheim. Ofwel ben je gebonden aan beroepsgeheim ofwel ben je er niet aan gebonden zoals de wet van 1867 aangeeft.

BEROEPSGEHEIM

Voor sommige beroepen geldt het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim gaat een stap verder dan de discretieplicht en legt de plicht op om vertrouwelijke gegevens geheim te houden exclusief enkele uitzonderingen.

De hoedanigheid van de werknemer bepaalt of de werknemer al dan niet beroepsgeheim heeft. Men spreekt van twee categorieën die worden erkend als dragers van het beroepsgeheim: de categorie van medewerkers in de medische sector met het medisch beroepsgeheimen daarnaast een restcategorie waar het aan de rechtspraak is om deze categorie concreet te maken. Dit kan op 2 manieren gebeuren: door de rechtspraak behoren bepaalde werknemers tot de restcategorie. (o.a. advocaten, notarissen, priesters en lekenconsulenten), en door bijzondere wetten die aan tal van beroepen de plicht van geheimhouding opleggen, al dan niet met uitdrukkelijke verwijzing naar het beginsel van artikel 458 van het strafwetboek (o.a. accountants bedrijfsrevisoren en alle andere personen die in welke hoedanigheid ook hun medewerking verlenen aan de zorg).

Behoren niet tot de restcategorie en vallen dus niet onder het geheim houden van informatie, met andere woorden hebben geen beroepsgeheim, zijn onder andere bankiers, journalisten, bedrijfsjuristen en boekhouders.

In toepassing van artikel 17 van de wet op de arbeidsovereenkomsten is elke werknemer verplicht om zich gedurende de overeenkomst te onthouden van het bekendmaken van geheime of vertrouwelijke gegevens in verband met de onderneming, de lidverenigingen en/of personen waarvan hij kennis heeft genomen. Hij is gebonden aan het beroepsgeheim met betrekking tot de feiten die hij zou kennen uit hoofde van zijn ambt en valt onder het toepassingsgebied van artikel 458 van het Strafwetboek. Overtreding van deze regel kan een voldoende reden zijn tot onmiddellijk ontslag. Bij schending van het beroepsgeheim kan hij worden gesanctioneerd met correctionele straffen.

Vrijwel iedereen die gebonden is aan het beroepsgeheim heeft ook een discretieplicht, maar andersom is dit niet het geval.

Het beroepsgeheim blijft ook geldig na de uitdiensttreding.

De samenleving vindt het belangrijk dat de burger de waarborg geniet van het beroepsgeheim als hij zich richt tot een advocaat, een arts, een hulpverlener. Het is belangrijk voor de betrokken beroepen dat de burger zich tot hen kan wenden in alle vertrouwen, want pas dan kunnen deze beroepen worden uitgevoerd.

De geheimgerechtigde en de geheimhouder zijn de betrokken actoren van het beroepsgeheim. De geheimgerechtigde is een individu dat zijn geheim toevertrouwt aan een welbepaalde vertrouwenspersoon die men de geheimhouder noemt.

Elk individu verdient bescherming van zijn persoonlijke gegevens en is dusdanig geheimgerechtigd.

De vertrouwelijkheid inzake beroepsgeheim is gegarandeerd ten aanzien van alle derden. Dit wil zeggen ten aanzien van iedereen anders dan de hulpverlener als geheimhouder en de burger als geheimgerechtigde.

Enige relativering is op zijn plaats. Ook op de absolute vertrouwelijkheid die door het beroepsgeheim wordt gegarandeerd bestaan een aantal uitzonderingen. Daarnaast zijn er uitzonderingen geformuleerd waarin de toevertrouwde gegevens mogen worden meegedeeld aan derden zonder dat dit een misdrijf oplevert.

Er is schending van het beroepsgeheim wanneer er opzettelijk geheimen worden bekend gemaakt. Wanneer er een geheim wordt bekend gemaakt door nalatigheid of onoplettendheid is er geen sprake van strafrechtelijke schending van het beroepsgeheim.

Artikel 458 van het Strafwetboek bestraft de schending van het beroepsgeheim. Het misdrijf van schending van het beroepsgeheim is een misdrijf tegen personen. De schending valt onder dezelfde categorie als opzettelijke slagen en verwondingen of doding waarbij een persoon steeds het slachtoffer is.

DISCRETIEPLICHT

Discretieplicht is de verplichting om geen vertrouwelijke gegevens vrij te geven aan anderen dan deze die hiertoe gerechtigd zijn.

Er wordt verwacht dat er discreet wordt omgegaan met vertrouwelijke gegevens. Iedereen is gehouden aan de discretieplicht. Deze geldt voor de duur van de arbeidsovereenkomst .

De dragers van een gewone discretieplicht krijgen niet ten persoonlijke titel informatie meegedeeld maar in naam van de dienst of organisatie waarvoor ze werken. In het geval van discretieplicht is de verplichting tot discrete en zorgvuldige omgang met gegevens enkel geldig buiten de muren van de eigen dienst en de eigen organisatie.

DISCRETIEPLICHT EN BEROEPSGEHEIM

De essentie van het verschil tussen discretieplicht en beroepsgeheim is dat de dragers van een gewone discretieplicht niet ten persoonlijke titel informatie krijgen meegedeeld maar in naam van de dienst of organisatie waarvoor ze werken.

Voor de schending van het beroepsgeheim wordt een strafrechtelijke sanctie opgelegd (het belang van een persoon die geheimgerechtigd is, werd geschonden) daar waar de schending van de discretieplicht (het belang van een dienst of organisatie waarvoor je werkt) een arbeid- of tuchtrechtelijke sanctie of schadevergoeding tot gevolg kan hebben maar geen strafrechtelijke sanctie.

GEHEIM BEKEND MAKEN

Hoe een geheim bekend wordt gemaakt is van geen belang. Een geheim kan doorverteld worden of in een e-mail geschreven. Er kunnen documenten worden doorgegeven of je kan iemand bewust op je computerscherm laten meekijken.

Het is toegestaan om leidinggevenden op de hoogte te brengen van geheimen die je zijn toevertrouwd. Zo ontstaat er gedeeld beroepsgeheim dat door rechtspraak is verantwoord als het ten gunste is van de hulpverlening en de leidinggevende hier ook deel van uitmaakt. Concreet mag een verpleegkundige een geheim doorvertellen aan de leidinggevende als dit doorvertellen in het belang is van de hulpverlening.

GEDEELD BEROEPSGEHEIM

Er zijn drie voorwaarden om het beroepsgeheim te delen. Een eerste voorwaarde is dat beide geheimhouders waartussen de vertrouwelijke gegevens worden gedeeld dezelfde belangen behartigen van dezelfde geheimgerechtigde. Een tweede voorwaarde is dat het delen van de informatie in het kader van die belangen noodzakelijk is. Een derde voorwaarde is dat enkel die noodzakelijke informatie (dus niet meteen de gehele vertrouwelijke informatie) mag worden gedeeld.

De theorie van het gedeeld beroepsgeheim geeft dus geen vrijgeleide voor "moet je nu eens weten wat ik vernomen heb..."-gesprekken.

Het gedeeld beroepsgeheim maakt het mogelijk om bijvoorbeeld vertrouwelijke gegevens over patiënten te delen met hulpverleners die binnen eenzelfde context betrokken zijn bij de hulpverlening aan een bepaalde patiënt. Het gaat om hulpverleners die op hun beurt in dezelfde mate gebonden zijn aan het beroepsgeheim op voorwaarde dat de informatie-uitwisseling noodzakelijk is voor het hulpverleningsproces en de patiënt geïnformeerd is.

De relevantiefilter toepassen tijdens het delen van vertrouwelijke informatie is niet onbelangrijk. Het voorkomt dat er vrijgeleide is om alle informatie met alle medewerkers in een team of netwerk te delen. Het is aan iedere zorgverlener om zorgvuldig na te gaan en om te gaan met informatie die relevant is en dus nodig om te weten 'need to know'. Leuke en prettige informatie 'nice to know' maar informatie die niet nodig is om de zorg en verantwoordelijkheid op te nemen, moet niet gedeeld worden.

ZIJN ALLE MEDEWERKERS VAN EEN ZORGORGANISATIE GEBONDEN AAN HET BEROEPSGEHEIM OF NIET? WAT BETEKENT DAT VOOR HUN WERKING?

Binnen duidelijk afgelijnde teams kan er informatie gedeeld worden. Dit is het gezamenlijk of gedeeld beroepsgeheim. De patiënt is op voorhand geïnformeerd dat zijn zorg in handen is van een team en dat het delen van informatie een essentiële voorwaarde is om kwaliteitsvolle hulp te bieden. Geen enkele hulpverlener is continu aanwezig en daarom is het belangrijk dat iedereen voldoende op de hoogte is. Gedeeld beroepsgeheim kent 5 voorwaarden: er is een duidelijk herkenbaar en afgebakend team van zorgverleners, de zorgopdracht is gezamenlijk, er is een plicht tot beroepsgeheim, er is overleg met de toestemming van de patiënt, enkel relevante informatie wordt gedeeld.

Gedeeld wijst op een gezamenlijke of gelijkaardige doelstelling en context waarbinnen men werkt. Het gedeeld beroepsgeheim is van toepassing voor een groep zorgverleners die werken in teamverband binnen een organisatie.

Het gedeeld beroepsgeheim adviseert men niet voor een netwerk van zorgverleners omdat een netwerk anders dan een team geen duidelijk afgebakende en herkenbare groep van zorgverleners is. Daarom wordt bij het uitwisselen van informatie in een netwerk, net zoals bij derden, een beroep gedaan op het principe van overleg. Het is belangrijk om die zorgverleners die vanuit hoedanigheid geen beroepsgeheim hebben, te wijzen op hun ethische en deontologische plicht tot geheimhouding van informatie. De relevantiefilter toepassen tijdens overleg voorkomt dat er vrijgeleide is om alle informatie met alle medewerkers in een team of netwerk te delen. Het is aan iedere zorgverlener om zorgvuldig na te gaan en om te gaan met informatie die relevant is.

Een administratief medewerker heeft geen beroepsgeheim maar wel discretieplicht. Dit betekent dat er discreet en omzichtig moet omgegaan worden met verkregen informatie ten aanzien van derden. Tegenover collega's en leidinggevenden kan een houder van discretieplicht geen

zwijgrecht en zwijgplicht inroepen. Een administratief medewerker die deel uitmaakt van een organisatie kan binnen de organisatie gebonden zijn aan het gedeeld beroepsgeheim. Wanneer deze administratief medewerker geen toegang heeft tot beschermde patiënteninformatie en deelneemt aan een teamvergadering waar dit wordt besproken, wordt er verwacht dat deze de vergadering verlaat.

Bij het team van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) v.z.w. zijn alle medewerkers gebonden aan het beroepsgeheim. De artsen, de verpleegkundigen, de klinisch psycholoog, de vrijwilligerscoördinator en de algemeen coördinator hebben beroepsgeheim omwille van hun hoedanigheid of hun functie binnen PHA. Hulpvragen en probleemsituaties toevertrouwd aan de verpleegkundigen, de artsen en de klinisch psycholoog kunnen complex zijn en overleg vragen (patiëntenoverleg, zorgoverleg) met collega's om de dienstverlening te optimaliseren. Ook ten gunste van de eigen ondersteuning in het werk (intervisie, supervisie, intercollegiaal consult) kan het nodig zijn om ervaringen met elkaar te delen.

De vrijwilligers hebben ook beroepsgeheim. Ze maken deel uit, weliswaar aanvullend maar niettemin concreet, van een ondersteuning op vraag aan de zorgverlening van de palliatieve thuispatiënt. De vrijwilliger bouwt een vertrouwensrelatie uit met de palliatieve patiënt en de directe omgeving als rechtstreeks gevolg van de functie als vrijwilliger. De vrijwilligersinzet bij de patiënt wordt gedaan in opdracht van PHA.

PHA garandeert de vertrouwelijkheid inzake beroepsgeheim ten aanzien van alle derden. PHA maakt zo nodig gebruik van het gedeeld beroepsgeheim waarbij enkel relevante toevertrouwde informatie zal uitgewisseld worden met de bedoeling de ondersteuning van zorgsituaties van palliatieve thuispatiënten zo goed mogelijk te realiseren. De organisatie PHA en al haar medewerkers verplichten zich tot een respectvolle, discrete en zorgvuldige omgang van informatie en gegevens.

TINE DE VLIAGER
ALGEMEEN COÖRDINATOR PHA

BRONNEN EN AANBEVOLEN LITERATUUR

- Allemeersch, B. Het toepassingsgebied van art.485 Strafwetboek. Over het succes van het beroepsgeheim en het geheim van dat succes, R.W. 2003-4
- Stockman, R red. Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector. Een confrontatie tussen recht en praktijk. Antwerpen/Groningen: Intersentia Rechtswetenschappen; 1998.
- Van der Straete, I. en Put ,J. Beroepsgeheim en hulpverlening. Brugge, die Keure, 2005, 86,207-239.
- Wet betreffende de rechten van de patiënten. Belgisch Staatsblad; 2002.
- Wet op de arbeidsovereenkomsten. Belgisch Staatsblad; 1978.



DE VRAGEN VAN MARCEL PROUST AAN Carla Haagdorens



MARCEL PROUST
Auteuil 10.07.1871
Paris 18.11.1922

Carla Haagdorens
Ekeren 24/04/1969

WAT IS HET GROOTSTE ONGELUK DAT U ZOU KUNNEN OVERKOMEN?
Overlijden van mijn kinderen.

WAAR ZOU JE LIEFST WONEN?
In het zuiden van Frankrijk, op een rustige plaats met zicht op een vallei en in de buurt van een rivier.

WAT IS HET VOLKOMEN GELUK HIER OP AARDE?
Geven en nemen.

VOOR WELKE MISSTAPPEN KUNT U BEGRIP OPBRENGEN?
Het leven is een leerproces, iedereen maakt fouten.

WELKE PERSONAGE UIT DE GESCHIEDENIS BEWONDERT U HET MEEST?
Nelson Mandela.

VOOR WELKE VROUWEN VAN VROEGER OF NU KOESTERT U BEWONDERING?
Voor vrouwen die zich overal ter wereld inzetten voor het welzijn van vrouwen en kinderen.

WIE IS UW LIEVELINGSSCHILDER?
Salvador Dali en Claude Monet.

WIE IS UW LIEVELINGSCOMPONIST?
Wolfgang Amadeus Mozart en Antonio Vivaldi.

WELKE EIGENSCHAPPEN WAARDEERT U HET MEEST IN EEN MAN?
Eerlijkheid, humor, zelfstandigheid, een hart voor mensen en dieren.

WELKE EIGENSCHAPPEN WAARDEERT U HET MEEST IN EEN VROUW?
een vrouw die "haar mannetje staat", zelfstandigheid, eenvoud, humor, een hart voor mensen en dieren.

WAT IS UW LIEVELINGSDEUGD?
Lachen.

WAT DOET U HET LIEFST?
Genieten van het leven en van het opgroeien van mijn kinderen.

WAT IS UW GROOTSTE KARAKTERFOUT?
Wat is een karakterfout... ik zou soms ietsje strenger willen en kunnen zijn voor mijn kinderen.

WAT IS UW LIEVELINGSKLEUR?

Alle kleuren die de natuur ons biedt.

WIE IS UW LIEVELINGSDICHTER?

Herman de Coninck.

WIE ZIJN DE HELDEN VAN VANDAAG?

Zij die zich belangeloos en buiten de schijnwerpers inzetten voor anderen.

WELKE NAMEN HOORT U HET LIEFST?

De namen van mijn kinderen

WAT VERAFSCHUWT U HET MEEST?

Hebzucht, materialisme, racisme, verspilzucht, kortzichtigheid, egocentrisme en veroordelen.

WAT WAS DE BELANGRIJKSTE OMWENTELING IN DE GESCHIEDENIS?

De big bang.

WELK TALENT ZOU U HET LIEFST HEBBEN?

Tekentalent

HOE ZOU U HET LIEFSTE WILLEN STERVEN?

Zonder pijn, bewust en in nabijheid van mijn familie.

WELKE HERVORMING ZOU U HET LIEFST WILLEN DOORVOEREN?

Hervorming van het onderwijs, zowel gewoon als buitengewoon.

WAT IS UW MOTTO?

Pluk de dag, het kan de laatste zijn.

PALLIATIEVE ZORG IN ANTWERPEN IN DE KIJKER, naar aanleiding van werelddag palliatieve zorg.

Op 13 oktober 2012 vindt de 8ste editie van de Internationale dag palliatieve zorg plaats. Over de hele wereld wordt op deze dag aandacht besteed aan palliatieve zorg in het kader van de World Hospice and Palliative Care Day.

Dit jaar wensen wij bij voorkeur voor 13 oktober media aandacht te krijgen voor het bestaan en de mogelijkheden palliatieve zorg en vooral de waarde van samenwerking hierbij in Antwerpen. Jaarlijks ontvallen ons dierbaren. Vaak aan een ongeneeslijke ziekte in de thuissituatie en met de hulp van palliatieve zorggevers en organisaties.

**DIT JAAR BESTAAT IN ONS LAND DE WET PALLIATIEVE ZORG 10 JAAR.
PALLIATIEVE HULPVERLENING ANTWERPEN VZW: HET REGIONALE
NETWERK EN DE MULTIDISCIPLINAIRE BEGELEIDINGSEQUIPE VOOR DE
THUISZORG VAN PALLIATIEVE PATIËNTEN, 20 JAAR.**

Vele zieken, hun families en vrienden doen, als het duidelijk is geworden dat het levenseinde nadert, een beroep op gespecialiseerde palliatieve zorg.

**PALLIATIEVE ZORG STREEFT, MET EEN BREED PALET AAN MOGELIJKHEDEN
ÉN MET HET OPEN VIZIER VAN EEN ACTIEF PLURALISME, NAAR
KWALITEITSVOLLE LEVENSEINDEZORG.**

Voor Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) vzw blijft de motivatie en de werkuitdaging groot om te zorgen dat de krachten van vele zorgpartners en –organisaties worden gebundeld met prioriteit in de eigen regio maar ook binnen de provincie en in Vlaanderen.

Palliatieve zorg wordt nog te vaak uitsluitend geassocieerd met stervensbegeleiding. Zeker door de bevolking. En dit terwijl de term palliatieve zorg een veel breder terrein is. Palliatieve zorg gaat voor het samen verminderen van lichamelijke klachten, het vermijden van nieuwe problemen en mogelijkheden scheppen om op een menswaardige wijze afscheid te nemen van het leven op een plaats waar de ongeneeslijk zieke dat het liefste doet. De familie en andere betekenisvolle mensen die mee deel uitmaken van de liefdevolle zorg worden evenzo ondersteund en begeleid.

Palliatieve zorg wenst een zorg te zijn waarbij de inzet de kwaliteit van het leven is zolang het leven duurt. Voor hulpverleners is de terminologie en waar deze voor staat meer en meer gekend. Vooral wanneer deze zorg een bespreking kent op organisatorisch, beleidsmatig en politiek vlak. Patiënten en hun families blijven het een veel te abstract begrip vinden en linken het nog te vaak aan sterven.

Vroegtijdig de bevolking uitnodigen om stil te staan bij toekomstige wensen i.v.m. je zorg kan hieraan verhelpen om tijdig en zonder dat de situatie zich aandient de mogelijkheden van palliatieve zorg aan te brengen.

VOORAL KWETSBARE GROEPEN ZOALS OUDEREN, KINDEREN EN JONGEREN, ZIEKEN MET EEN ANDERE CULTUUR WENSEN WIJ MET PALLIATIEVE ZORGMOGELIJKHEDEN NOG SNELLER EN BETER TE BEREIKEN. EN DAT WENSEN WIJ ALLEEN IN SAMENWERKING MET VELEN TE REALISEREN.

In 2011 kregen in Vlaanderen 21 000 mensen gespecialiseerde palliatieve zorg. In Antwerpen is er een goed georganiseerde palliatieve zorg. Het zou spijtig zijn moest deze de zieken en hun families niet bereiken wegens niet gekend.

De aankomende werelddag en de 2 verjaardagen lijken mij voldoende gelegenheden om forum te vragen om iedereen in de regio Antwerpen te informeren over het palliatieve landschap in Antwerpen en PHA.

Onderzoek geeft aan dat palliatieve zorg bij een groot deel van de bevolking toch nog onvoldoende bekend is en patiënten te vaak te laat van hun recht op palliatieve zorg kunnen gebruik maken.

In Vlaanderen startte op 13 september tijdens haar jaarlijks congres de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en de 15 netwerken hun informatiecampagne "Palliatieve Zorg, uw recht onze zorg" in aanwezigheid van Jo Van Deurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

TINE DE VLIAGER
ALGEMEEN COÖRDINATOR PHA

Leven tot het eind



Palliatieve zorg is een recht

Als generatie niet meer mogelijk is, houdt het leven daarom niet meer op. Palliatieve zorg streeft een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven na voor de patiënt en zijn omgeving, tot in de laatste levensfase. Niet alleen voor lichamelijke klachten, zoals pijn, maar ook voor problemen op psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Daarvoor zijn de afgelopen jaren meer mogelijkheden en voorzieningen ontwikkeld, zowel thuis, in een woonzorgcentrum, ziekenhuis of andere instelling. Sterke teams waken erover dat uw wilt beluisterd, overlegd en nultgevoerd wordt. Omdat kwaliteit van leven telt, tot het eind.

www.palliatief.be



PHA DANKT VOLGENDE SPONSOR

Meda



Janssens Cilag



Lions Club



International Womens Contact
Antwerpen vzw



De Ballon vzw

Siska Hantson

Jan Somers

Camping Zorro bvba

Danny Van Namen

Beatrice Henderickx

Luc Van den Plas

J. Van Gansen - G. De Rijck

Erna Vereycken

Nicole Brees

Van Hove - Kox

Victor Kints

Simonne Leijssen

Herman Vertraeten

Thyssens - Van den Bussche

T. Deschamps

Van de Plas - Van Riel

Evi Verstraeten

Koninklijke Wijnegem Voetbal

Jacobus Creemers

Irmgard Kanters

Govaerts - Nuyens

S.K. Berlaar

Eric Wouters

Sofie Gerrits

Bayer AG Leverkusen

Helsmoortel - Niesz

Vanessa De Bleyser

Van Dingenen - Cops

Leo Vereycken

Nysten - De Leeuw

Sips - Van der Schueren

Van de Voorde Frieda

Van Dingenen - Cops

DANK VOOR DE ONDERSTEUNING VAN ONZE 0800-HULPLIJN



A.A.C.

ADMINISTRATION & ANSWERING CENTRE

UW TELESECRETARIAAT 24U. OP 24 U. - 7 DAGEN OP 7

T. 03 205 55 55

KALENDER

9 en 16 oktober 2012	Niet te jong voor verlies: kinderen en jongeren betrekken bij palliatieve zorg.
18 oktober 2012	Palliatieve zorg en personen met een handicap: "pijn samen in de onmacht".
22 november 2012	Brede publieksavond: vroegtijdige zorgplanning van het levenseinde.
28 november 2012	Palliatopics: Prognostische tools in de palliatieve zorg.
13 december 2012	Themanamiddag: Palliatieve zorg bij psychiatrische patiënten.
25 januari, 1 en 8 februari 2013	Kennismakingsdriedaagse palliatieve zorg.

NIET TE JONG VOOR VERLIES: KINDEREN EN JONGEREN BETREKKEN BIJ PALLIATIEVE ZORG.

Provinciale opleiding (i.s.m. PNM, PNAT, NPZN en Dienst Welzijn Provincie Antwerpen).

DATUM: Dinsdag 9 en 16 oktober 2012 van 09.30 u. tot 16.30 u.

LOCATIE: Provinciaal domein Vierselhof, Schildesteeweg 99, 2520 Ranst.

DOELGROEP: Alle hulpverleners in contact met palliatieve zorgsituaties.

GROEPSGROOTTE: Maximum 18.

SPREKERS: Annik Janssens, psycholoog PNAT en Tiffany Bracke, psycholoog NPZN.

PRIJS: € 100,00 voor 2 dagen.

INSCHRIJVEN: griet.snackaert@pnmechelen.be

VOOR MEER INFO: zie website www.pha.be

PALLIATIEVE ZORG EN PERSONEN MET EEN HANDICAP: "PIJN, SAMEN IN DE ONMACHT".

Provinciale opleiding (i.s.m. PNM, PNAT, NPZN en Dienst Welzijn Provincie Antwerpen).

DATUM: Donderdag 18 oktober 2012 van 13.30 u. tot 16.30 u.

LOCATIE: Provinciaal vormingscentrum, Smekenstraat 61, 2390 Malle.

DOELGROEP: Alle zorggevers van personen met een handicap.

VOOR MEER INFO: zie website www.pha.be

BREDE PUBLIEKSAVOND: VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING VAN HET LEVENSEINDE

DATUM: Donderdag 22 november 2012 van 19.30 u. tot 21.30 u.

LOCATIE: UA Campus Drie Eiken, Gebouw Q, Promotiezaal, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk.

DOELGROEP: Brede publiek: iedereen die geïnteresseerd is in dit onderwerp of met palliatieve zorg in aanraking komt in familie- of kennissenkring.

INHOUD: Wie ongeneeslijk ziek is, ondergaat soms allerlei behandelingen die niet meer zinvol zijn, terwijl ze de patiënt en de familie vaak belasten. Hierover nadenken, stilstaan en zelf bepalen hoe je jouw levenseinde ziet, is de doelstelling van vroegtijdige zorgplanning. Spreek over je wensen, je verwachtingen en je eigen visie op je levenseinde met je arts, je familie en/of betekenisvolle anderen. Want ook al word je niet meer beter, weet dat je recht hebt op de beste zorg.

SPREKERS: Tine De Vlieger, algemeen coördinator PHA en Inne Leuris, klinisch psycholoog PHA.

PRIJS: Gratis.

INSCHRIJVEN: mieke.vanaelst@ua.ac.be of 03 265 25 31.

PALLIATOPICS: PROGNOSTISCHE TOOLS IN DE PALLIATIEVE ZORG

DATUM: Woensdag 28 november 2012 van 20.30 u. tot 22.30 u.

LOCATIE: Auditorium Sint-Augustinus, Oosterveldlaan 24, 2610 Wilrijk.

DOELGROEP: Huisartsen.

INHOUD: I.s.m. het dagcentrum Palliatieve Zorg Sint-Camillus GZA en de leerstoel Palliatieve Zorg van de UA organiseren we enkele keren per jaar Palliatopics.

Palliatieve zorg nodigt de huisarts uit om zijn competenties en vaardigheden maximaal in te zetten. Hierbij kan de huisarts soms op grenzen botsen zoals ontbrekende kennis, de soms moeilijke communicatie, de verwachting en de vraag van het beschikbaar moeten zijn, en andere.

We nodigen alle huisartsen uit ons werkingsgebied uit om deel te nemen aan Palliatopics met een meegemaakte casus of een actueel probleem. We stellen een leerthema voor aan collega's en een panel van palliatieve artsen. Na de voorstelling volgt een uitgebreide bespreking waaruit door de groep leerpunten worden gedestilleerd en beschouwingen worden samengevat.

INSCHRIJVEN: noel.derycke@skynet.be of peter.demeulenaere@ha-groenenborg.be

THEMANAMIDDAG: PALLIATIEVE ZORG BIJ PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

DATUM: Donderdag 13 december 2012 van 13.00 u. tot 17.00 u.

LOCATIE: Auditorium TPC, Groenenborgerlaan 149, 2020 Antwerpen.

DOELGROEP: Alle professionele hulpverleners met een bijzondere interesse in de palliatieve zorg.

SPREKERS: Prof. dr. Dirk De Wachter en dr. Ilse Decorte.

PRIJS: € 15,00 per persoon.

INSCHRIJVEN: mieke.vanaelst@ua.ac.be of 03 265 25 31.

KENNISMAKINGSDRIEDAAGSE PALLIATIEVE ZORG

DATA: Vrijdag 25 januari, 1 en 8 februari 2013 telkens van 09.00 u. tot 17.00 u.

DOELGROEP: Anders paramedisch geschoolden zoals ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, animatoren, opvoeders, logopedisten, logistiek werkers, orthopedagogen, psychologen...

LOCATIE: UA, Campus Drie Eiken, Gebouw D lokaal 2.35, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk.

GROEPSGROOTTE: Maximum 12, minimum 7.

PRIJS: € 245,00 per persoon (incl. koffiepauzes en broodjesmaaltijd).

INSCHRIJVEN: mieke.vanaelst@ua.ac.be of 03 265 25 31.

VOOR MEER INFORMATIE OVER DE INHOUD, HET PROGRAMMA EN : zie website www.pha.be .

VOOR MEER INFORMATIE: RAADPLEEG ONZE WEBSITE

WWW.PHA.BE

LANGDURIGE OPLEIDINGEN:

INTERUNIVERSITAIR POSTGRADUAAT PALLIATIEVE ZORG VOOR ARTSEN

DOELGROEP: Artsen die over een goede basiskennis inzake palliatieve zorg beschikken. Zij hebben reeds een zekere klinische ervaring in palliatieve zorg of dragen verantwoordelijkheid in een palliatieve zorgsetting.

PRAKTISCH: Er worden 3 residentiële modules georganiseerd, telkens van donderdagmorgen tot zaterdagmiddag. De modules kunnen ook apart gevolgd worden.

MODULE 1: Planning van de zorg (KULeuven): vond reeds plaats in april 2012.

MODULE 2: Aanvullingen in pijn- en symptoomcontrole (UA), september 2012 (Contactpersoon: prof. J. Wens, prof. B. Van den Eynden (bart.vandeneinden@gza.be)).

MODULE 3: Psychosociale en spirituele zorg, communicatie met patiënt en hulpverleners (Ugent), 29 en 30 november en 1 december 2012 in het Pand, Onderbergen 1, 9000 Gent. Contactpersoon: dr. M. Cosyns en prof. Van Den Noortgate (nele.vandennootgate@uzgent.be).

PRIJS: contacteer de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, greet.francois@palliatief.be

VOOR MEER INFO: zie website www.palliatief.be

POSTGRADUAAT PALLIATIEVE ZORG VOOR VERPLEEGKUNDIGEN (ACADEMIEJAAR 2012 – 2013)

Deze opleiding wordt georganiseerd door het departement Gezondheidszorg van Karel de Grote Hogeschool, Artesis Hogeschool en PHA i.s.m. GZA, UA en ZNA.

DOELGROEP: Verpleegkundigen.

DOELSTELLING: Deze cursus verschaft kennis en vaardigheden op het terrein van de palliatieve zorgcultuur, nodigt uit tot het verwerven van een universele taal binnen de palliatieve zorg en bevordert de kwaliteit van de hulpverlening en specifiek van de verpleegkundige zorg.

VOOR MEER INFORMATIE OMTRENT DATA, COMPETENTIES, DOELSTELLINGEN, THEMA'S, PRIJS EN INSCHRIJVEN: zie website www.kdg.be/opleidingen/palliatieve-zorg



GIFT

PHA realiseert haar werking met beperkte middelen.

Schenkeningen zijn van harte welkom op

IBAN BE 91 7350 1282 2576 BIC KREDBEBB

MET DE VERMELDING 'GIFT PHA'

PHA mag een fiscaal attest afleveren voor

elke gift van minimum € 40,00

of de som van minimum € 40,00 op jaarbasis

Het attest geeft het recht om het gestorte bedrag in te brengen op de jaarlijkse belastingsaangift.

Het attest wordt ten laatste begin april van elk jaar toegezonden.

Hartelijk dank

COLOFON

REDACTIERAAD:

Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Inne Leuris
Yves Van den Broeck

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER:

Tine De Vlieger
Inne Leuris
Dr. Noël Derycke
Carla Haagdorens

LAY-OUT:

Annelies Merken
Foto's <http://sxc.hu/>

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

dr. Jos Van Bragt
Zandhovensteenweg 11
2520 Oelegem

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.