INFO PHA

JG. 25 - 2018 | NR. 2 | APRIL-MEI-JUNI

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

Palliatieve zorg in de woonzorgcentra - een pad naar kwaliteitsverbetering

Pijn bij mensen met dementie… Je zult maar pijn hebben en het niet kunnen zeggen!

PHA

Tijdschrift van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) vzw
UA | Gebouw Fc | Domein Fort VI
Edegemsesteenweg 100 bus 2
2610 Wilrijk
Verschijnt viermaal per jaar
Afgiftekantoor Antwerpen X
Erkenningsnummer P708336

COLOFON

REDACTIERAAD
Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Dries Robbens
Nele Verdonck
Inne Leuris

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER
Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Dries Robbens
Inne Leuris
Nele Verdonck
Vital Vanassche
Dr. Marianne Busschots
Ivo Vermeulen
Dr. Peter Demeulenaere
Davy Jeunen

LAY-OUT
EPO drukkerij, www.epo.be/drukkerij

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER
Johan Wens
UA – Gebouw FC
Edegemsesteenweg 100/2
2610 Wilrijk

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. Auteurs schrijven artikels in eigen naam. Deze geven niet per definitie de visie van PHA weer.

Wij zijn op zoek naar enthousiaste onthaalvrijwilligers om gedurende een halve dag per week ondersteuning te bieden aan het administratief team. Als onthaalvrijwilliger zorg jij ervoor dat de administratieve medewerkers zich op hun kerntaken kunnen concentreren.

Je verzorgt voornamelijk het telefonisch onthaal. Daarnaast krijg je de gelegenheid om ook andere eenvoudige administratieve en logistieke taken op te nemen zoals het verwelkomen van bezoekers, kopieerwerk, vergaderzalen klaarmaken, mailinglijsten opmaken, eenvoudig PC werk, het mee onthalen van deelnemers aan evenementen van PHA (congressen, themanamiddagen, ….).

Zeer goede beheersing en het spreken van de Nederlandse taal wordt verwacht.

Kunnen werken met de computer is een meerwaarde.

Het gaat om duurzaam vrijwilligerswerk.
Je krijgt een inwerkingsperiode aangeboden. Al je gemaakte kosten om je werk te verrichten worden wel vergoed.
Heb je vrije tijd die je graag zinvol wil doorbrengen en lijkt het aanbod van onthaalvrijwilliger in een zorgorganisatie iets voor jou, aarzel dan niet om ons te contacteren.

PHA staat garant voor kwaliteit, www.pha.be
Wij kijken uit naar jouw komst!

Contactpersoon:
Tine De Vlieger, algemeen coördinator,
tine.devlieger@uantwerpen.be
tel: 03 265 25 31

3 | VOORWOORD

6 | PALLIATIEVE ZORG IN DE WOONZORGCENTRA - EEN PAD NAAR KWALITEITSVERBETERING

10 | PIJN BIJ MENSEN MET DEMENTIE... JE ZULT MAAR PIJN HEBBEN EN HET NIET KUNNEN ZEGGEN!

19 | PARTNER AAN HET WOORD: DAGCENTRUM VOOR SUPPORTIEVE ZORG SINT-CAMILLUS

verder in dit nummer

INFO PHA

23 Een dag in het leven van…
25 Critically Appraised Topics (CAT)
27 Boekbesprekingen
29 Vormingen
31 Giften en sponsors

Tine De Vlieger,
algemeen coördinator PHA

Het is ook voor palliatieve zorg een feit dat, als we deze zorg nog meer en sneller toegang willen geven bij diegene die er nood aan heeft, we dit samen moeten doen. En dit in een maatschappij waarin er duidelijkheid is over wat palliatieve zorg is, waar en wanneer het kan aangeboden worden en door wie. Want de zorg van de toekomst gaat nog meer dan vandaag een gedeeld verhaal zijn.

De gezondheidszorg is in transitie en vraagt dat we niet alleen binnen de eigen organisatie zoeken naar oplossingen. De transitie eist een samenwerking met verschillende actoren en een gedeelde inzet van sterke competenties. Elke actor wordt uitgedaagd zijn sterktes te profileren en uit te bouwen niet alleen ten gunste van de eindgebruiker, de palliatieve patiënt en diens familie, maar ten gunste van iedereen in de aangegane samenwerking.

Health Community speelt in op deze tendens door te trachten op een open en ondernemende manier bruggen te bouwen tussen de toenemende inzichten en de veranderende noden in de gezondheidszorg. En dat is nu juist de manier waarop het aanbod van palliatieve zorg wenst uitgerold te worden. Vanuit bestaande (zorg) noden van de patiënt, zorgdoelen formuleren en deze waarmaken met een interdisciplinair team bestaande uit professionelen en niet professionelen. Samen sterk, elkaars zorgmogelijkheden en krachten versterken, het welbevinden van de palliatieve patiënt maximaal houden met respect voor eigen keuzes ten gunste van de kwaliteit van het eigen leven(seinde).

"Once it was difficult to see end of life care beyond conventional medical intervention, but hospice and palliative care introduced a more holistic approach, providing quality of life for the dying and their families. This ground-breaking work takes end-of-life care beyond these palliative boundaries, describing a public health vision that involves whole communities adopting a compassionate approach to dying, death and loss. Written by a leading academic in the field of death and bereavement, this text outlines the historical, political and …" Allan Kellehear (Professor of Community Health, School of Health and Education, Middlesex University).

Allan Kellehear introduceerde de *"Compassionate Cities"*. Hij houdt een pleidooi voor een zorgzame samenleving waarin een samenhangende aanpak op gemeenschapsniveau centraal staat. Het is zijn overtuiging dat de benadering van de palliatieve patiënt in onze maatschappij zichtbaarder moet en vanuit een holistische benadering. Concreet zorgen voor een maatschappij waar de vraag 'Wat en wie is in het leven van deze mens belangrijk en hoe passen we de professionele zorg en de ondersteuning in het leven van deze mens in?' kan gesteld worden. Hij zegt dat er vanuit een samenleving meer werk dient gedaan te worden om ongeneeslijk ziek zijn, het nakende sterven, de dood en het rouwen als integrale onderdelen in het leven van mensen een plaats te geven. Dit overstijgt vandaag de huidige zorgbenadering en hulpverlening die met palliatieve zorg gegeven wordt. Streven naar een *"compassionate city"* vraagt actie op verschillende terreinen. Een belangrijke en constante actie is de sensibilisering op gemeenschapsniveau en het ondersteunen van mantelzorgers en zorgverleners. Een opdracht welke de netwerken palliatieve zorg al jaren vertalen in samenwerking met velen.

(Carpenter Hospice)

Wat kan de palliatieve zorg van morgen zijn? De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft meer dan twee decennia nadat de eerste initiatieven rond palliatieve zorg in Vlaanderen werden genomen, een visienota palliatieve zorg 2020 uitgewerkt. Daarin herkent ze onder andere dat de nood aan verdere uitbouw groter is dan ooit en als nijpend wordt aangevoeld, niet alleen door de Netwerken

en Federatie, maar ook bij vele partnerorganisaties. Deze partnerorganisaties hebben ruim deelgenomen en zich geëngageerd voor deze tekst. De tekst geeft de krijtlijnen en doelen voor de palliatieve zorg van morgen en is er gekomen vanuit een kritische evaluatie van de huidige zorg. Ik nodig u uit om de tekst door te nemen en kennis te maken met de zes krachtlijnen: (1) Palliatieve zorg voor alle palliatieve patiënten, (2) zorg in verbinding, (3) zorg in verscheidenheid, (4) continuïteit van zorg, (5) zorg professioneel verankerd en (6) een ethisch landschap in beweging. www.palliatief.be

Bij Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) is de motivatie groot en is er een dagelijkse inzet om concreet het recht op een menselijke waardigheid van ongeneeslijk zieken zeker ook op het einde van het leven te ondersteunen. Momenteel wordt palliatieve zorg door velen nog altijd foutief geïnterpreteerd als zijnde een terminale zorg. Een zorg die je pas inroept of nodig hebt als je stervende bent.

Iedereen heeft het recht op een tijdige 'palliatieve' zorgbenadering waar zorg geven centraal staat omdat genezen niet meer mogelijk is. PHA is er niet alleen om de patiënt en de zorgverlener tijdig toegankelijke informatie te geven over zorg- en behandelopties. PHA werkt er aan om ook met de Stad Antwerpen mogelijkheden in kaart te brengen en acties uit te werken om de bevolking gericht en herhaaldelijk gevoelig te maken voor het recht op palliatieve zorg. De bevolking uit te leggen wat palliatieve zorg is, waar en wanneer het kan aangeboden worden en door wie.

PHA draagt een steentje bij aan de ecologische voetafdruk.

Zowel vanuit ecologisch als economisch standpunt is het belangrijk om papier te besparen. Elke vijf jaar stijgt de mondiale papierconsumptie met 20%!
PHA gaat met aandacht zoveel als mogelijk haar papierconsumptie verminderen. Minder papier betekent minder afval, minder printers die aan de gang moeten worden gehouden, minder inktcassettes die weggegooid moeten worden en minder recyclage van elektronisch afval. Elke kilo papier welke niet wordt verbruikt, vermindert de CO2-uitstoot met 2.9 kg.

Naast het verminderen van het rooien van bomen voor de papierproductie is er een financiële winst. Daarenboven geeft deze vermindering een optimale exploitatie van het potentieel van computertechnologieën.
PHA reorganiseert haar informatieverspreiding. De website www.pha.be, onze facebookpagina https://www.facebook.com/PalliatieveHulpverleningAntwerpen/ en onze nieuwsflash zullen meer dan voorheen worden ingezet.

Palliatieve zorg in de woonzorgcentra - een pad naar kwaliteitsverbetering

Tine De Vlieger,
algemeen coördinator PHA

Palliatieve zorg gebeurt in de eerste plaats met een groot hart voor mensen.
Een beleidsnota kan daarbij duiding en inspiratie bieden.

Onder de koepel van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen (FPZV) is er een basisnota *Palliatieve zorg in woonzorgcentra* geschreven, zie www.palliatief.be
Deze nota kwam tot stand op basis van een ruime consultatie binnen verschillende werkgroepen van de Federatie, met name de werkgroep Woonzorgcentra (WZC), de werkgroep Palliatieve zorg en Geriatrie (PaGe), de werkgroep multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE), het platform van de netwerkcoördinatoren en werd bekrachtigd door de Raad van Bestuur op 14 december 2017. Deze nota werd overlegd met vertegenwoordigers van Vlaams Onafhankelijk zorgnetwerk (VLOZO), Zorgnet-Icuro en gepresenteerd in de werkgroep WZC van de vereniging van Vlaamse Gemeenten en Steden (VVSG). De nota is momenteel onderdeel van een *overlegproces met het Kabinet van* Vlaams minister *van* Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Minister Vandeurzen in het kader van de bevoegdheidsoverdracht binnen de zesde staatshervorming.

Wat staat er in deze basisnota?

Naast een inleiding en een schets van de bestaande situatie van palliatieve zorg in de woonzorgcentra volgen reflecties en aanbevelingen naar een versterkt organisatorisch kader. De nota geeft verder instrumenten ter versterking van de palliatieve zorg mee en staat stil bij mogelijke ethische uitdagingen.

> Het is duidelijk dat zorgen voor ouderen met palliatieve zorgnoden tot de basisopdracht en de dagelijkse realiteit van het WZC behoort.

Met een gemiddelde verblijfsduur van 1,5 jaar en een relatief hoge sterfte in het eerste jaar na opname in het woonzorgcentrum (WZC), is het duidelijk dat zorgen voor ouderen met palliatieve zorgnoden tot de basisopdracht en de dagelijkse realiteit van het WZC behoort. Een groot deel van de bewoners van het WZC mag als erg kwetsbaar (frailty) worden beschouwd. Onder palliatieve zorg verstaan we niet langer terminale zorg! Mede sinds de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheid (KCE) in 2009 meegeeft dat 1 van de basiscriteria niet langer de levensverwachting ansicht is, maar wel de zorgnood van de ongeneeslijk zieke oudere.
Palliatieve zorg hoort tot de basistaken van alle zorgverleners in een WZC. Essentieel daarvoor zijn goede teams, deskundige artsen en een directie die palliatief-*minded* is.

Palliatieve zorg laten behoren tot het dagelijks werk vraagt dat binnen het WZC uitdrukkelijk expertise rond palliatieve zorg opgebouwd wordt in hoofde van 1 of meerdere referentiepersonen palliatieve zorg. Deze perso(o)n(en) maakt deel uit van een palliatief supportteam. De referentie persoon palliatieve zorg houdt de deskundigheid op peil door jaarlijkse vorming,

training en opleiding. Deze deskundigheidsbevordering maakt dat de referentiepersoon steeds op de hoogte blijft van de laatste ontwikkelingen met betrekking tot palliatieve zorg en levenseinde. Naast het organiseren van de palliatieve zorg behoort ook vroegtijdige zorgplanning en het ondersteunen van beslissingen aan het levenseinde en de opbouw van ethische deskundigheid tot de opdracht.

Afhankelijk van de palliatieve deskundigheid in het WZC kan deze ook voor problematische en moeilijke palliatieve situaties beroep doen op externe (specialistische) expertise in de palliatieve zorg. En dit zowel inzake pijn- en symptoombestrijding, psycho-emotionele noden van de zieke, in sociale noodsituaties en bij noden die zich kaderen als spiritueel-existentieel lijden.
Voor al deze noden kan het WZC beroep doen op de expertise van de regionale Multidisciplinaire Begeleidingsequipe (MBE) voor de palliatieve thuiszorg. De MBE van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) is net zoals haar 14 collega's in Vlaanderen 24u / 7 dagen bereikbaar en helpt op vraag mee zorgdoelen op te stellen en ondersteunt de zorgafstemming.

Het WZC kan steeds beroep doen op de expertise van de MBE's

Als je vanuit het WZC naar de MBE PHA belt, zal er actief geluisterd worden, noden geëxploreerd, de hulpvra(a)g(en) in kaart worden gebracht, mogelijk een zorgoverleg en bezoek ter plaatse worden afgesproken. De ondersteuning kan dus bestaan uit telefonisch advies, advies ter plaatse, debriefing en kan aan alle zorgverleners verstrekt worden: zorgkundigen, verpleegkundigen, instellings-verantwoordelijken of artsen (behandelend arts of coördinerend raadgevend arts (CRA)). Vanuit de MBE wordt er ondersteuning aangeboden aan het hele WZC team verantwoordelijk voor de zorg van de palliatief benaderde bewoner. De MBE heeft geenszins de intentie noch de opdracht om zorg te gaan overnemen van de bestaande zorggevers in het WZC.
De meeste hulpvragen komen vanuit complexe en problematische palliatieve zorgsituaties waar overleg (telefonisch en/of ter plaatse) ondersteuning kan geven. Zowel de inbreng van de verpleegkundigen als van de equipearts van het MBE zijn een mogelijkheid. Op vraag van het WZC kan er ook aan bed-side bijstand en teaching gedaan worden door het MBE. Concreet de plaatsing van een medicatiepomp voor pijn- en symptoomcontrole, het ondersteunen van de opstart van een palliatieve sedatie bij voldoende aanwezige indicaties. Een complexe communicatie met de bewoner of zijn naasten rond levenseindebeslissingen.

Naast de toelichting over de coördinerend raadgevend arts staat er in de nota de taakomschrijving van de referentie persoon. Deze omschrijving is gebaseerd op het KB 15 juli 1997: 'Ter ondersteuning van de zorg met betrekking tot het levenseinde in het rust- en verzorgingstehuis zijn de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige(n) belast met:

1° het ontwikkelen van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak hieraan;
2° het formuleren van adviezen inzake palliatieve zorg ten behoeve van het verpleegkundig, zorgkundig, en paramedisch personeel, het personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten;

3° het bijwerken van de kennis van de in 2° bedoelde personeelsleden inzake palliatieve zorg;
4° de naleving van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg alsook de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner betreffende zijn levenseinde en/of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.' - *Hieruit kan afgeleid worden dat er geen wettelijke verplichting is in hoofde van deze personen om zelf (palliatieve) zorg aan het bed te verstrekken.*

Het is wettelijk bepaald dat een WZC een functionele binding moet hebben met een erkende geriatriedienst of een SP-dienst psychogeriatrie en met een SP-dienst palliatieve verzorging. Daarnaast dient het WZC mee te werken in een samenwerkingsverband palliatieve zorg dat zich veruitwendigd in een netwerk en multidisciplinair begeleidingsequipe voor palliatieve thuiszorg. Er maken 83 WZC deel uit van het werkingsgebied van PHA.

Er maken 83 WZC deel uit van het werkingsgebied van PHA.

Wat zijn de uitdagingen ten gunste van palliatieve zorg in het WZC?
Ten eerste vroegere identificatie van de bewoner met palliatieve zorgnoden. De nota dringt er op aan dat in afwachting van herziene financiering naast bijvoorbeeld de KATZ-schaal ook het PICT-instrument zou ingevoerd worden. PICT staat voor Palliative Indicator Tool. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/rapport_pict_studie-palliatief_-nl.pdf
Ten tweede een veranderende financiering. In het kader van de bevoegdheidsoverdrachten binnen de 6e Staatshervorming liggen plannen voor betreffende een grondige herziening van de financiering van de ouderenzorg. Deze gaan in de richting van 'persoonsvolgende financiering'. Daarbij heet de patiënt een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, en 'centrale partner met recht op zorg'. Afhankelijk van de zorgnood zou de zorgvrager een pakket zorg en ondersteuning toegekend krijgen, met een 'trekkingsrecht', uitgedrukt in punten of in cash. De zorgvrager kan met dit budget zorg op maat 'kopen'. Elke organisatie zal dus duidelijkheid en transparantie moeten voorzien in zijn aanbod: wat bieden ze aan, voor wie en tegen welke prijs. Een duidelijke profilering en werken aan goede kwaliteit van zorg zullen aan belang winnen. Daarnaast is er ook de piste van de Vlaamse Sociale Bescherming.
Ten derde een grotere samenwerking met de zorgpartners. Er blijkt op het niveau van buurt of gemeente nood is aan samenwerkingsafspraken tussen de eerstelijnszorgaanbieders en voorzieningen. Deze samenwerkingsafspraken dienen gezondheid en welzijn te omvatten en dit voor preventie, curatie, begeleiding en palliatie. Eerstelijnsnetwerken zijn een vergaande vorm van samenwerking. De 6e Staatshervorming en de oproep van het Agentschap om eerstelijnszones op te starten zal op termijn ook leiden tot wijzigende verhoudingen tussen partners op het terrein bijvoorbeeld de groeiende rol van de gemeentelijke spelers. Eén van de opdrachten van netwerken palliatieve zorg is om samenwerking te stimuleren en aan te gaan met zorgpartners in de palliatieve zorg.

Ten vierde realiseren van aangepaste woonvormen. Of er een nood is aan aangepaste woonvormen, bijvoorbeeld kangoeroe wonen dient verder onderzocht te worden. Bij een bestaande nood aan andere vormen van ondersteund samenwonen waar nieuwe cohorten van ouderen een alternatief antwoord in vinden voor het klassiek samenwonen in woonzorgcentra, zal een investering lonen ook op het vlak van *health* en *compassionate cities*.

Ten vijfde omgaan met een veranderd publiek: de huidige oudere en de oudere van morgen. Er is duidelijk een tendens naar een kortere verblijfsduur en opvang van zwaardere zorgnoden, met steeds meer kwetsbaardere bewoners waarop veel voorzieningen vandaag onvoldoende antwoord kunnen bieden. Het publiek is mondiger en hun visie en stem kleurt het maatschappelijk debat over euthanasie, levenseinde en palliatieve zorg.
Zijn wij klaar om deskundige zorg te verlenen aan een superdiverse ouderengroep waartoe zeker ook een niet onbelangrijke groep 1ste generatie migranten behoren?
Ten zesde de aanpassing van de wetgeving. Sinds de zomer van 2016 (21/7) bepalen naast de levensverwachting de zorgnoden of iemand palliatief is. *'De inzet van palliatieve zorg verloopt idealiter progressief in functie*

van de zorgnoden en –wensen, onafhankelijk van de levensverwachting'. En wat met de hernieuwde invulling van KB 78 over de verpleegkundige handelingen. Gaan deze handelingen het aanbod van de palliatieve zorg naar de ouderen en deze die verblijven in WZC op maat tegemoet komen?

> Naast de levensverwachting bepalen de zorgnoden of iemand palliatief is.

Ten zevende anders inspecteren. Momenteel bereidt de Vlaamse overheid de uitwerking van een inspectiekader levenseindezorg, palliatieve zorg voor. Dit kadert gaat zich focussen om de stand van zaken betreffende het palliatief zorgaanbod en haar werking in kaart te brengen en vandaar uit verbeteracties voor te stellen (op te leggen). Niet meer alleen cijfers, maar ook een weergave van de reële palliatieve zorg in het WZC.
Palliatieve zorg is een zaak van alle zorgverleners, evenzo van directie en instellingsverantwoordelijken, van familie en vrijwilligers in de zorg. Palliatieve zorg heeft veel dimensies gaande van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg in de niet terminale fase, terminale zorg, zorg bij het nemen van levenseindebeslissingen en rouwzorg. Mede door de forse stijging van overlijdens in WZC dient palliatieve zorg in al haar dimensies de hypothetische kernactiviteit van het WZC te zijn.
En wie gaat deze kernactiviteit uitrollen? Mede gezien de zorgnoden van de bewoners zo verschillend zijn, moet het WZC in staat zijn om eigen accenten in zorg te leggen. Dit vraagt naast de opgelegde minimum normering van het basispersoneel meer uitdaging en verantwoordelijkheid voor het WZC t.a.v. de keuze van personeel.
Het WZC zou deels zelf moeten kunnen beslissen (of medezeggenschap krijgen) welke disciplines een antwoord kunnen bieden op de specifieke zorgnoden van de bewoners en deze dan ook kunnen aanwerven. Om de huidige basis palliatieve zorg in het WZC meer dan nu te ondersteunen zijn zowel op korte als op middellange termijn bijkomende maatregelen nodig.

> In het WZC moet naast basis ook gespecialiseerde palliatieve zorg beschikbaar zijn.

In het WZC moet naast basis ook gespecialiseerde palliatieve zorg beschikbaar zijn. Ook hiervoor is een

actieve samenwerking met zowel het MBE als het netwerk palliatieve zorg van de eigen regio aangewezen. De gespecialiseerde kennis van het MBE moet ter beschikking blijven van de concrete ouderenzorg in het WZC waarbij het MBE correct moet vergoed worden voor haar ondersteuning en tussenkomsten die ze geeft. Het netwerk kan directies en zorgverleners helpen bij hun beleid- en operationeel plan om de palliatieve zorgcultuur (verder) uit te bouwen. Niet alleen vanuit visie en missie, teksten die gaan over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en euthanasie. Maar ook door het geven van vormingen waarbij competenties van het personeel worden aangesterkt en verscherpt te gunste van palliatieve zorg. En dit voor de verschillende disciplines. Daarnaast is het introduceren, leren en oefenen met o.a. richtlijnen en aanbevelingen voor de praktijk te bepleiten. Het maken van een handboek met leidraad, het geven van coaching, het blijven organiseren van werkgroepen en overlegplatforms. Kortom inspelen op de leer- en ontwikkelingsnoden levenseinde en palliatieve zorg van de WZC in het werkingsgebied van het netwerk.
Er is nog heel veel uitdaging om in de eigen regio een afgestemde samenwerking palliatieve zorg tijdig te realiseren en in functie van zorgnoden en levensverwachting te helpen uitrollen voor de kwetsbare ouderen en hun naasten waarbij het vertrouwen afneemt op een toekomstig menswaardig levenseinde.

Pijn bij mensen met dementie

"Je zult maar pijn hebben en het niet kunnen zeggen!"

Vital Vanassche,
verpleegkundige – deskundige palliatieve zorg PHA

Voor dit artikel heb ik mij vooral gebaseerd op de richtlijn: **Pijn: Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen** (Verenso: Specialisten in ouderengeneeskunde; 2016) en mij vooral toegelegd op de alinea's over pijn bij mensen met dementie. Verder heb ik ook enkele andere bronnen bekeken.

Dit artikel is opgebouwd uit drie delen:
DEEL 1: Definitie van pijn / Pijnbeleving en –gedrag
DEEL 2: Diagnostiek en herkennen van pijn
DEEL 3: Behandeling

In deze Info-PHA kan u het eerste deel lezen. De andere twee delen komen aan bod in de volgende Info-PHA's.

Bij mensen met dementie kan een lichte aanraking hevige pijn veroorzaken. Omdat mensen met dementie in veel gevallen niet duidelijk kunnen aangeven dat zij pijn hebben, is er een verhoogd risico dat de pijn onbehandeld blijft.
Het percentage ouderen boven de 65 jaar zal stijgen van 14% naar 25% (2.5 miljoen) in 2030 (Verweij et al, 2007). Binnen deze groep ouderen is een groep kwetsbare ouderen te onderscheiden die gekenmerkt wordt door multipele morbiditeit, verminderde zelfredzaamheid en, frequent, ook beperkingen in het cognitief functioneren. Veel van deze kwetsbare ouderen ontvangen in meerdere of mindere mate zorg van professionele zorgverleners: thuis of in verzorgings- of verpleeghuizen (Peeters et al, 2006).

Onderzoek wijst uit dat ruim tweederde van de bewoners in verpleeghuizen pijn heeft (Boerlage et al, 2007; 2008). Het percentage bewoners met substantiële pijn (een score van 4 of meer op een schaal van 0-10), in de week voor de meting was in deze studie zelfs ruim 75%. Ruim een kwart van de bewoners krijgt geen pijnmedicatie en ruim de helft van de bewoners alleen medicatie uit stap 1 van de WHO-analgetische pijnladder (World Health Organization, 1986). In verpleeg- huizen, waar een groot aantal bewoners met pijn verblijft, wordt pijn nog niet of nauwelijks systematisch geregistreerd. Hierdoor is de pijnbestrijding in verpleeg- huizen (inter)nationaal waarschijnlijk een sterk onderbelicht probleem.

Chronische pijn is een zeer frequent voorkomend probleem (prevalentie: 25-80%) bij kwetsbare ouderen en is geassocieerd met depressie, angst, verminderde zelfredzaamheid, slaapproblemen, sociale isolatie, fysieke inactiviteit, verdere achteruitgang in cognitief functioneren en een verminderde kwaliteit van leven (Basler et al, 2003; Ferrell et al, 1990; Jakobsson et al, 2004; Onder et al, 2005; Onder et al, 2006).

Allerlei met pijn gepaard gaande aandoeningen (zoals artrose) nemen toe met de leeftijd. Deze multimorbiditeit is waarschijnlijk verantwoordelijk voor de hoge prevalentie van pijn bij kwetsbare ouderen. Een andere mogelijke oorzaak voor een toename in pijn bij ouderen met een dementie zijn witte stof laesies (Scher der et al, 2003, 2005). De witte stof in de hersenen is uiterst gevoelig voor doorbloeding en niet alleen bij vasculaire dementie, maar ook bij de ziekte van Alzheimer komen veel witte stof laesies voor. De hieruit voortkomende de-afferentiatie (bepaalde hersengebieden die niet meer met elkaar communiceren) kan leiden tot pijn die vanuit de hersenen ontstaat, ook wel 'central pain' genoemd (Scherder et al, 2003a, 2003b, 2005; Oosterman et al, 2006).

Uit een groeiend aantal publicaties in de afgelopen jaren blijkt dat herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen zeker niet optimaal is (Brochet et al, 1998; Ferrell et al, 1990; Fox et al, 1999; McClean et al, 2002; Won et al, 1999; Won et al, 2004, Smalbrugge et al,2007).

In het bijzonder zijn herkenning en behandeling van chronische pijn niet optimaal bij ouderen met cognitieve en communicatieve beperkingen door comorbide aandoeningen zoals CVA, dementie, multiple sclerose (MS) of de ziekte van Parkinson (Achterberg et al, 2007). Deze suboptimale herkenning en behandeling

van chronische pijn bij kwetsbare ouderen wordt mede veroorzaakt doordat beschikbare instrumenten om pijn te herkennen en te meten nog (te) weinig gebruikt worden en behandeling veelal niet systematisch conform de WHO-analgetische pijnladder plaatsvindt (Chodosh et al, 2004, Cadogan et al, 2006).

Voor kwetsbare ouderen met cognitieve en communicatieve beperkingen is ook als oorzaak aan te voeren dat pas de laatste jaren goede instrumenten voor hen beschikbaar komen (Herk van et al, 2007; Zwakhalen et al, 2006).

Ook blijkt uit onderzoek dat niet alleen ouderen zelf, maar ook hulpverleners binnen de ouderensector, geneigd zijn pijn te accepteren als behorend bij de ouderdom. Ook dat bemoeilijkt de herkenning van pijn als probleem waarvoor behandeling mogelijk en geïndiceerd is (Cowan et al, 2003).

DEEL 1: Definities van pijn / pijnbeleving en –gedrag

Definities van pijn

In dit artikel wordt een aantal termen gebruikt met de hierna beschreven definiëring.

Pijn: pijn is een onplezierige sensorische en emotionele ervaring, die verband houdt met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging, of is beschreven in termen van dergelijke schade (IASP, 1986).

Acute pijn: pijn die recent is begonnen en met waarschijnlijk een beperkte duur, meestal met een vastgestelde temporele en causale relatie met letsel of ziekte (Ready et al, 1992).
Chronische pijn: pijn die aanhoudt voorbij het punt, waarop genezing naar verwachting volledig zou zijn (over het algemeen een periode van drie maanden) of die optreedt bij ziekteprocessen waarbij genezing niet plaatsvindt. Chronische pijn kan ernstige psychische, lichamelijke, functionele en sociale gevolgen hebben.
Chronische pijn kan ook worden ervaren wanneer er geen aanwijzingen voor weefselschade zijn (Harstall et al, 2003).

Nociceptieve pijn: pijn door een actieve of dreigende weefselschade die leidt tot activering van de perifere nociceptoren.

Neuropathische pijn: pijn die wordt veroorzaakt door een primaire laesie of disfunctie van het zenuwstelsel (centrale en/of perifere zenuwstelsel). Deze pijn is niet meer gekoppeld aan de oorspronkelijke (weefsel) beschadigende stimulus. Neuropathische pijn is een gevolg van pathofysiologische veranderingen in het zenuwstelsel (IASP, 1986).

Kwetsbare ouderen: ouderen van overwegend hoge tot zeer hoge leeftijd die kwetsbaar en veelal chronisch ziek zijn vanwege lichamelijke, psychische, milde communicatieve en/of sociale beperkingen, waardoor deze patiënten tijdelijk of blijvend niet in staat zijn zelfstandig te functioneren. Hierbij is vrijwel altijd sprake van multipele pathologie (Verenso, 2010).

Kwetsbare ouderen met cognitieve en/of communicatieve beperkingen: kwetsbare ouderen (zie definitie hiervoor) die problemen hebben met denken, redeneren en oordeelsvorming en/of met belemmerende communicatieve problemen en/of beperkt ziekte-inzicht en/of stoornissen in het taalbegrip. In het hoofdstuk over pijnbeleving & gedrag en het hoofdstuk over diagnostiek vindt u meer informatie over de consequenties van cognitieve/communicatieve beperkingen bij pijn. Bij twijfel aan de cognitieve status van de patiënt, moet hier diagnostiek naar gedaan worden.

Pijnbeleving en –gedrag

1. Pijnbeleving bij ouderen in het algemeen

1.1. Prevalentie en gevolgen van pijn bij kwetsbare ouderen

Pijn komt vaak voor bij kwetsbare ouderen. Een voorbeeld uit de verpleeghuis- populatie: Boerlage et al (2008) vonden dat circa 70% van de door hen onderzochte 160 verpleeghuisbewoners pijn heeft, waarvan 93% chronische pijn. Bij het herkennen van pijn in deze populatie is kennis van pijnbeleving en –gedrag een belangrijke voorwaarde voor de preventie en verlichting van deze pijn.
Chronische pijn kan ernstige gevolgen hebben voor het lichamelijk, psychologisch en/of sociaal functioneren en leiden tot beperkingen en handicaps in het dagelijks leven (waaronder verlies van sociale contacten, verlies van bezigheden en het ontstaan van relatieproblemen). Wetenschappelijk onderzoek heeft laten zien dat de ervaren pijn niet alleen samenhangt met lichamelijke factoren, maar ook met allerlei psychosociale factoren, zoals de wijze waarop de patiënt betekenis geeft aan de pijn, diens culturele achtergrond, de aandacht die de patiënt ontvangt in verband met de pijn, en de stress die in zijn leven ervaren wordt. Ook wanneer het gaat over de gevolgen van de pijn voor het dagelijks leven van de patiënt, spelen psychosociale factoren een rol, zoals hoe de patiënt over zichzelf denkt in relatie tot de pijn en in hoeverre hij controle meent te hebben over de pijn. Deze bevindingen hebben ertoe geleid dat chronische pijn het beste vanuit een biopsychosociale optiek benaderd en behandeld kan worden.
Chronische pijn wordt bij de meeste ouderen veroorzaakt door musculoskeletale stoornissen zoals artrose, rugpijn of nekpijn (Lansbury, 2000). Op het moment dat er naar gevraagd wordt, heeft 84% van de ouderen pijn (24% ernstig), waarbij 26% aangeeft dat pijn bijna altijd interfereert met het dagelijkse leven (Lansbury, 2000). Hoewel dergelijke prevalentiestudies afhankelijk zijn van de definitie van pijn en van de setting (Labus et al, 2003) kan er zoals al eerder gesteld worden dat pijn bij ouderen een veel voorkomend fenomeen is.
Twintig procent van de ouderen met pijn ontvangt echter geen pijnmedicatie en 58% krijgt onvoldoende pijnbehandeling voorgeschreven (Boerlage et al, 2008). Dezelfde percentages gelden zelfs voor ouderen met ondraaglijke pijn. Er worden twee mogelijke redenen genoemd voor het weinig voorschrijven van pijnmedicatie. Ten eerste is er weerstand bij ouderen om pijnmedicatie te gebruiken, omdat zij hun onafhankelijkheid willen bewaren: 'niet gevangen worden in het medische systeem' (Lansbury, 2000) en omdat zij soms al veel medicatie gebruiken.
Ten tweede leeft er bij ouderen de overtuiging, dat pijn onvermijdelijk hoort bij veroudering. Hierdoor geven zij eerder aan tevreden te zijn met de pijnbehandeling. Dit heeft meer te maken met de lage verwachtingen dan met een voldoende kwaliteit van de behandeling. Ondanks de impact die de pijn heeft op stemming en dagelijkse activiteiten, kunnen ouderen de pijn dus veronachtzamen richting zorgverleners (Boerlage et al, 2008).

1.2. Beperkingen in functioneren door pijn

Voor alle leeftijden geldt dat personen, die in hun dagelijkse bezigheden belemmerd worden door

chronische fysieke pijn, het risico lopen om depressie en angstgevoelens te ontwikkelen (Arola et al, 2010). Hierdoor hebben zij vervolgens een grotere kans om ook slapeloosheid te ontwikkelen (Foley et al, 2004). Bovendien kan hevige chronische pijn naast een depressie leiden tot gedragsstoornissen en dit heeft eveneens een negatief effect op het dagelijks leven (Cipher et al, 2004).
Ouderen met pijnlijke aandoeningen aan het bewegingsapparaat (zoals artrose) hebben een groter risico om te vallen (Leveille et al, 2002), doordat de aandacht voor het controleren van de lichaamshouding verslechterd is (Weiner et al, 2006; Redfern et al, 2001). Het voorschrijven van pijnstillers is dan zeker te overwegen, omdat het dagelijks gebruik van pijnstillers bij deze patiënten het risico om te vallen verkleint. Verder zijn ouderen met chronische pijn trager in lopen (Poole et al, 2008) en in het roteren van de romp (Rudy et al, 2007). Het is goed denkbaar, dat een lager tempo van bewegen bij chronische pijn gerelateerd is met een grotere mate van behoedzaamheid, en met de invloed van pijn of angst voor pijn op de somatosensorische input; wat evenwicht- en loopstoornissen kan versterken (Poole et al, 2008).
Concluderend: uit bovenstaande bevindingen bij ouderen blijkt dat pijn niet alleen direct, maar ook indirect een negatieve invloed heeft op het dagelijkse functioneren.

1.3. Invloed van artsen en andere zorgverleners op de beleving van pijn door ouderen

Kwalitatief onderzoek suggereert, dat zorgverleners ouderen met chronische pijn neigen te zien als een heterogene groep, waarin sommige patiënten hun pijn zouden overdrijven en andere patiënten hun pijn zouden 'dragen'. De percepties van zorgverleners hebben invloed op de aangeboden pijnstilling (Blomqvist, 2003). Zo kan 'ageism' de attitude van professionele verzorgenden jegens ouderen met pijn beïnvloeden. 'Ageism' is te typeren als een geheel van onjuiste opvattingen of veronderstellingen over ouderen, zoals 'ze kunnen zich niets herinneren', 'ze kunnen niet zelf denken' (Greene et al, 1986). Daardoor worden ouderen niet betrokken bij beslissingen over pijnbeleid (Yates et al, 1995).
Het is van belang, dat zorgverleners zich bewust zijn van 'ageist'-attitudes (Brown, 2004).
Miaskowski (2000) adviseert medewerkers in de zorg dan ook om in te spelen op attitudes van ouderen over pijn:

- de gedachte bij ouderen dat pijn een normaal onderdeel is van veroudering, blijkt versterkt te kunnen worden door bepaalde opmerkingen van medewerkers in de gezondheidszorg;
- vermijd deze opmerkingen en neem de pijnklachten van elke patiënt serieus (ongeacht de leeftijd). Begrip tonen, geruststellen en eventueel psycho-educatie kunnen verdere misvattingen voorkomen;
- wees pro-actief en vraag alle ouderen of ze pijn ervaren. Vraag dit ook routine- matig. Dit nodigt uit tot een open communicatie;
- verzeker ouderen ervan, dat pijn niet altijd indicatief is voor een ernstige ziekte en dat zorgvuldige diagnostiek nodig is voor vroege detectie en adequate behandeling van de onderliggende oorzaak van pijn;
- gebruik verschillende woorden om pijn te beschrijven en noteer de woorden die individuele ouderen gebruiken als specifieke termen voor pijn;
- gesprekken dienen te verlopen in ontspannen sfeer en voor het uitvragen van de pijngeschiedenis zijn wellicht meerdere gesprekken nodig;
- ouderen dienen verteld te worden dat het risico op verslaving door pijnstillers zeer laag is. Zij dienen gerustgesteld te worden dat er goed gelet wordt op bijverschijnselen (waarbij er geprobeerd wordt om die direct te verhelpen).

2. Veranderde pijnbeleving bij mensen met dementie

Ouderen met ernstige cognitieve disfunctie, zoals vergevorderde dementie, uiten pijn vaak op een primitieve wijze, zoals huilen of gillen, omdat hun pijnbeleving een betekenisvolle context heeft verloren (Farrell et al, 1996). Hiermee wordt duidelijk dat hevige uitingen (gedrag) niet per se betekenen dat er ook sprake is van hevige pijn'. In de huidige paragraaf wordt de kenmerkende pijnbeleving per type dementie behandeld.

Ziekte van Alzheimer

Vergeleken met gezonde ouderen hebben ouderen met de ziekte van Alzheimer een vergelijkbare stimulusdetectie en pijndrempel (Benedetti et al, 1999). Zij rapporteren echter lagere waarden voor pijnintensiteit en affectieve aspecten van pijn (Scherder et al, 1999). De vermindering in pijnintensiteit en pijnaffect wordt bij ouderen met Alzheimer ook gevonden tijdens herhaalde pijnmetingen, waarbij er geen beroep wordt gedaan op het mogelijk verminderde pijngeheugen (Scher- der et al, 2001). Autonome reacties op pijn (zoals bloeddruk) lijken verminderd te zijn bij een mild pijnlijke stimulus, maar blijken niet afwijkend te zijn bij extreem hoge pijn (Rainero et al, 2000). Kortom, alle bevindingen suggereren dat ouderen met Alzheimer pijn wel adequaat opmerken, maar dat zij deze pijn als minder ernstig ervaren en daardoor mogelijk minder (of anders) lijden aan pijn (Farrell et al, 1996).

Deze bevindingen komen overeen met afwijkingen in de hersenen. Het zogenoemde mediale pijnsysteem van het centrale zenuwstelsel is onder andere betrokken bij affectieve aspecten van pijn (het lijden aan pijn), bij het geheugen voor pijn en bij de autonome reacties op pijn (Scherder et al, 2003). De meeste gebieden van het mediale pijnsysteem zijn onderzocht bij Alzheimer en blijken afwijkingen te bevatten. Verder zijn de neuronen van de hypothalamus, die het corticotropin-releasing-hormoon afgeven, hyperactief (Raadsheer et al, 1995). Dit leidt tot een pijnonderdrukkend effect (Lariviere et al, 2000).
Het laterale pijnsysteem van het centrale zenuwstelsel is belangrijk voor sensorische aspecten van pijn, zoals detectie, locatie en aard van de pijnlijke stimulus (Scherder et al, 2003). Hoewel de hersengebieden van dit systeem minder onderzocht zijn bij Alzheimer dan de hersengebieden van het mediale pijnsysteem, weten we in ieder geval dat het primaire sensorisch gebied, S1, intact is (Dickson, 2001). Dit verklaart waarschijnlijk de onveranderde pijndetectie en pijndrempel bij mensen met Alzheimer.

Vasculaire dementie

Ouderen met vasculaire dementie rapporteren pijn van een hogere intensiteit dan ouderen zonder dementie en zelfs ook meer dan ouderen met chronische pijngerelateerde condities (Scherder et al, 2001). Er wordt in andere studies echter ook informatie gevonden, waaruit blijkt dat de pijnintensiteit niet verschilt tussen verschillende typen dementie (Husebo et al, 2008). Een andere bevinding is, dat er meer pijnlocaties worden gevonden bij ouderen met vasculaire dementie - of met een mengbeeld van vasculaire dementie en Alzheimer- dan bij ouderen met Alzheimer (Husebo et al, 2008). Ook is in een Nederlandse studie gevonden dat verpleeghuispatiënten met risicofactoren voor witte stof afwijkingen (zoals Diabetes en hypertensie) meer pijn hebben dan patiënten die deze risicofactoren niet hebben (Achterberg et al, 2007).
Vanwege het kleine aantal studies naar pijnbeleving bij vasculaire dementie, zijn we vooral aangewezen op hersenafwijkingen om inzicht te verkrijgen in de pijnbeleving. Het effect van vasculaire dementie op het laterale pijnsysteem (sensorische pijnaspecten) is nog onbekend (Scherder et al, 2003). Voor het mediale pijnsysteem is het van belang, dat de verbinding tussen de hippocampus en de hypothalamus onderbroken kan zijn. Dit kan leiden tot een overactief stress- systeem (hpothalamus-hypofyse-bijnier as) en tot meer productie van het corticotropin-releasing hormoon (Swaab et al, 2000). Bij Alzheimer leidt dit tot een mate van pijnonderdrukking (Lariviere et al, 2000). Onderbroken verbindingen (laesies van de witte stof) kunnen bij vasculaire dementie echter op vele verschillende locaties van het brein optreden en een disconnectie in de cortex (of tussen de cortex en de subcortex) kan de pijnbeleving juist doen toenemen (Farrell et al, 1996; Mori, 2002).

Lewy body dementie

Hoewel Lewy body dementie steeds vaker voorkomt, of de diagnose vaker gesteld wordt, (tot 30% van alle ouderen met dementie) (Zaccai et al, 2005), is er geen onderzoek gedaan naar de pijnbeleving bij ouderen met alleen Lewy body dementie (zonder mengbeeld met een andere vorm van dementie). Hierdoor kunnen er over dit onderwerp alleen uitspraken worden gedaan op basis van neuropathologie in de mediale en laterale pijnsystemen.
Lewy lichaampjes komen vooral voor in de hersengebieden van het mediale pijnsysteem (Scherder et al, 2003). Het primaire sensorische hersengebied, onderdeel van het laterale pijnsysteem, is echter intact (Mirzaei et al, 2003). Kortom, bij Lewy body dementie is een afname te verwachten in affectieve, evaluatieve, autonome en geheugenaspecten van pijn, terwijl de sensorische pijndetectie naar verwachting intact is (Scherder et al, 2003).

Frontotemporale lob degeneratie (FTLD)

Het verval van de frontale en temporale hersenkwabben kan leiden tot drie verschillende ziektebeelden: frontotemporale dementie, semantische dementie en progressieve niet vloeiende afasie (Neary et al, 1998). Onderzoek naar pijnbeleving is alleen uitgevoerd met betrekking tot de eerste twee genoemde ziektebeelden: frontotemporale dementie en semantische dementie. Patiënten met frontotemporale dementie (FTD) signaleren pijnlijke stimuli minder goed dan ouderen met Alzheimer of met vasculaire dementie (Raadsheer et al, 1995).

Dit kan bijvoorbeeld resulteren in een verlate terugtrekreflex en daarmee brandwonden door heet water (Raadheer et al, 1995). Frontotemporale dementie lijkt de vaardigheid om op gevaar te anticipere (een evaluatief aspect van pijn) ernstig aan te tasten waaronder het vermogen zich op tijd terug kunnen trekken van een pijnlijke stimulus (een sensorisch aspect van pijn) (Scherder et al, 2003).
Een overgevoelige reactie op tast, hitte en kou is typerend voor semantische dementie maar dit leidt niet automatisch tot een adequate terugtrekreflex in pijnlijke situaties (Snowden et al, 2001). Bij semantische dementie is het vinden en begrijpen van woorden verstoord, evenals het herkennen van visuele stimuli (Neary et al, 1998).

3. Pijngedragingen bij kwetsbare ouderen in het algemeen

3.1. Verhouding tussen pijngedrag en pijnbeleving

Bij het observeren van pijngedrag is het belangrijk om er naar te streven dat het geobserveerde gedrag een zo goed mogelijke weerspiegeling is van de pijnbeleving en dat het niet het gevolg is van andere factoren, zoals vermoeidheid. Uit literatuuronderzoek (Labus et al, 2003) bij alle leeftijden –dus niet specifiek voor ouderen– blijkt, dat de verhouding tussen pijngedrag en pijnbeleving sterker is bij:

- acute pijn (ten opzichte van chronische pijn);
- observatie van pijngedrag en zelfrapportage van pijnbeleving op hetzelfde moment (ten opzichte van een later meetmoment);
- een reeks geobserveerde pijngedragingen (ten opzichte van losse geobserveerde gedragingen);
- chronische rugpijn (ten opzichte van andere pijnlocaties).

3.2. Coping: omgaan met pijnbeleving door bepaalde gedragingen

Ondanks dat veel ouderen denken dat pijn een onderdeel is van veroudering en ook accepteren dat pijn chronisch is, zijn ze wel bereid om copingstrategieën aan te leren (Lansbury, 2000). Ouderen gebruiken bij voorkeur copingstrategieën waarmee ze bekend zijn en die ze zelf kunnen gebruiken om met de pijn om te gaan: 'huis-en-tuin middeltjes' (bijvoorbeeld vitamines), massage, plaatselijke verlichting (bijvoorbeeld tijgerbalsem), fysieke verlichting (bijvoorbeeld hitte (hete douche) en informele cognitieve strategieën (afleiding door bijvoorbeeld het luisteren naar muziek of bidden). Ouderen gebruiken voor pijnverlichting minder snel medicatie (uit angst voor verslaving), minder dagelijkse beweging (onder andere angst om te vallen) of fysiotherapie (na behandeling weinig adviezen voor het dagelijkse leven) (Lansbury, 2000).

Ouderen gebruiken een grotere variatie copingstrategieën om met pijn om te gaan dan middelbare en jongere volwassenen (Molton et al, 2008). De drie strategieën die ouderen, ten opzichte van jongere personen, vaker gebruiken zijn:

- sociale steun zoeken;
- activiteiten vertragen (pauzes, het rustiger aandoen,

grote taken in stukken verdelen);
- positieve of bevestigende gedachten over pijn en over het eigen vermogen om daarmee om te gaan.

Het aantal dagen per week waarop coping-strategieën gebruikt worden, neemt echter bij ouderen niet toe als de ernst van de pijn toeneemt (Molton et al, 2008). De mate van inspanning om de pijn draaglijk te maken is dus bij deze leeftijds- groep onafhankelijk van de intensiteit van die pijn. Opgemerkt dient te worden, dat coping ook cultureel bepaald kan zijn.

4. Pijngedragingen bij mensen met dementie

Klinische studies over pijngedrag bij ouderen richten zich hoofdzakelijk op 'dementie' en ook wel op 'cognitieve beperking', maar in beide gevallen zelden met verdere specificatie.

Veel van de kennis over pijnbeleving en pijngedrag in deze groep, is gebaseerd op zogenaamd indirect bewijs.

Pijngedrag wordt bij ouderen beïnvloed door enerzijds de aanwezigheid van chronische pijn en anderzijds van cognitieve beperkingen (Shega et al, 2008).

Ouderen met cognitieve beperkingen vertonen bij pijn echter meer behoedzame bewegingen en meer wrijven vergeleken met cognitief intacte ouderen. Hierbij maakt de aanwezigheid van chronische pijn geen verschil. Het wrijven van het pijnlijke lichaamsdeel is een stereotypische beweging die vaak voorkomt bij ouderen met Frontotemporale dementie en de ziekte van Alzheimer (Shega et al, 2008).

Verzorgers (informeel en formeel) letten tijdens het observeren van pijngedrag bij ouderen met verschillende fasen van dementie het meeste op lichaams- bewegingen en pas daarna op gezichtsuitdrukkingen (Closs et al, 2004).

Voor alle hulp- verleners, zoals verzorgenden, artsen en therapeuten, is het informatief hoe de herkenbaarheid van pijngedrag verandert met het voortschrijden van dementie. Bij het toenemen van de dementie is er steeds meer interpretatie van gedrag nodig en dient men de aandacht te verschuiven van actieve zelfrapportage naar de beschrijving van algemene gedragingen (Closs et al, 2004).

Ongeacht de mate van dementie (mild of vergevorderd) komen depressie, terug- getrokken gedrag, laag activiteitenniveau en verlies van gewicht of eetlust in sterke mate voor bij pijn (Cipher et al, 2006). Ouderen met milde dementie rapporteren hevige pijn, belemmering van dagelijkse activiteiten en emotionele onrust gerelateerd aan pijn (Cipher et al, 2006). Omdat zij effectiever kunnen communiceren dan ouderen met een vergevorderde dementie, stellen ouderen met milde dementie bij pijn hogere eisen aan de verzorgers. Dit blijken soms onrealistische hoge verwachtingen, zoals voortdurend 1-op-1 verzorging willen, overmatig gebruik maken van een alarm, eisen dat verzoeken onmiddellijk ingewilligd worden en moeilijk omgaan met kleine vertragingen (Cipher et al, 2006). Ouderen met vergevorderde dementie en pijn vertonen vaker, langer en heviger gedragsstoornissen, zoals: fysiek verzet, agitatie, repetitief gedrag vanuit onrust, territoriaal gedrag vanuit waanbeelden, sociaal ongepast gedrag en dwalen (Cipher et al, 2006). Het is daarom van belang, dat pijn in deze populatie adequaat behandeld wordt om gedragsstoornissen te verminderen en om de kwaliteit van leven te verbeteren (Cipher et al, 2006).

Sommigen ouderen met 'ernstige cognitieve beperkingen' vertonen agressief gedrag bij bepaalde aandoeningen die regelmatig met pijn gepaard gaan, zoals artrose (Cipher et al, 2004). Bij een groep patiënten met verschillende typen vergevorderde cognitieve stoornissen (ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, CVA, ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson) zijn enkele pijngedragingen geobserveerd die geassocieerd zijn met 'discomfort' (niet verder onderverdeeld naar type dementie en aanwezigheid van pijn onbekend). Discomfort kan vertaald worden als onwelbevinden. Deze pijngedragingen zijn: een gespannen lichaamshouding, een verdrietige gezichtsuitdrukking, friemelen, persevererende verbalisaties en verbale uitbarstingen (Kovach et al, 1999). Andere onderzoekers rapporteren echter, dat ouderen in een gevorderd stadium van Alzheimer bij onplezierige stimulatie zoals een pijnprikkel slechts in staat zijn tot eenvoudige bewegingen van lippen, oogleden, hoofd en kaak (Asplund, 1991). Kenmerkende pijngedragingen bij ouderen met vergevorderde dementie, die niet meer kunnen praten, kunnen minimaal aanwezig zijn of moeilijk te interpreteren zijn (Herr et al, 2006). Daarom heeft de American Geriatrics Society (2002) na uitgebreid literatuuronderzoek zes categorien van gedragingen opgesteld, die kenmerkend zijn voor chronische pijn bij ouderen met dementie waar elke hulpverlener op zou kunnen letten:
- gezichtsuitdrukkingen (zoals gefronst voorhoofd);
- verbalisaties en vocalisaties (zoals om hulp vragen of luidruchtig ademhalen);
- lichaamsbewegingen (zoals heen en weer bewegen);
- verandering in interacties met anderen (zoals agressie naar anderen of zich juist terugtrekken);
- verandering in activiteitspatronen of routines (zoals meer dwalen of voedsel weigeren);
- verandering in geestelijke toestand (zoals toename verwardheid).

Overzicht kenmerkend(e) pijnbeleving en pijngedrag bij mensen met dementie

Aandoening	pijnintensiteit	Sensorische aspecten	pijngedrag
Ziekte van Alzheimer	lager	gelijk	Wrijven (stereotypisch) Vergevorderd stadium: Gespannen lichaamshouding, verdrietige gezichtuitdrukking, friemelen, perseverende verbalisaties en verbale uitbarstingen. Later alleen nog eenvoudige bewegingen van lippen, oogleden, hoofd en kaak
Vasculaire dementie	Hoger	Onbekend	Gespannen lichaamshouding, verdrietige gezichtsuitdrukking, friemelen, persevereerde verbalisaties en verbale uitbarstingen
Lewy Body dementie	Lager	Gelijk	Onbekend
Frontotemporale dementie	Lager (anticipatie)	Lagere detectiedrempel	Wrijven (stereotypisch)
Semantische dementie	Hoger	Niet altijd adequate terugtrekreflex	Onbekend

5. Observatie van pijngedrag door mantelzorgers en verzorgenden

Er zijn verschillende signalen die gebruikt kunnen worden om de aanwezigheid van pijn te doen vermoeden (Closs et al, 2004) door zowel formele verzorgers (verzorgend personeel) als informele verzorgers (mantelzorgers, familieleden) namelijk:

- verbale signalen, lichaamstaal en gezichtsexpressie: gezichtsuitdrukkingen, lichaamsbewegingen, verbalisaties (wat iemand zegt), vocalisaties (geluiden zoals gillen), verandering in emotie, fysieke signalen (zoals lichaamshouding).
- acute gedragsignalen (wanneer patiënt wordt verplaatst of zichzelf verplaatst, kreunen, verminderde eetlust). Dit vereist bekendheid met het gebruikelijke gedrag van de patiënt, omdat het natuurlijk ook vooral om verandering van gedrag gaat.
- algemene veranderingen in gedrag of stemming, bijvoorbeeld meer of minder slapen, sociaal terugtrekken of meer agitatie. Dit laatste is op meerdere manieren te interpreteren en vereist daarom een goede analyse.

Er zijn wel beperkingen aan deze rapportage (Closs et al, 2004). De rapportage van deze signalen is namelijk: (1) niet echt precies: de observator kan zelden de mate van pijn inschatten; (2) zeer interpretatief: de observator kan ook andere verklaringen dan pijn voor het gedrag of de gedragverandering hebben; (3) gebaseerd op bekendheid met gedragspatronen van deze patiënt, en dus afhankelijk van de bekendheid met deze individuele patiënt.

De interpretatie van gedrag door formele en informele zorgverleners is helaas niet altijd consistent. Vergeleken met verzorgend personeel letten mantelzorgers en familieleden op andere gedragingen bij observatie van eventueel pijngedrag (Closs et al, 2004). Informele verzorgers zien het vooral als aanwijzing dat de patiënt pijn heeft wanneer hij onverschillig is, gespannen is of geen ophef wil maken. Zie hoofdstuk 3 voor meer informatie over de betrouwbaarheid van zelfrapportage en observatie.

Pijngedragingen die minstens bij 50% van de drie groepen genoemd wordt (ouderen zelf, verzorgers en familie/mantelzorgers) en die met voldoende zekerheid de volgende keer weer gerapporteerd worden, zijn: gebruik van mechanische hulp (wandelstok, rollator), zeer langzaam bewegen, pijnstillers nemen of vragen, gaan liggen, verdrietig of van streek lijken, zuchten/kreunen, moeite hebben met opstaan na zitten of liggen, iemand vragen om de pijn te verlichten (Closs et al, 2004).

De samenwerking tussen familieleden en zorgverleners is essentieel om de pijnbeleving en het pijngedrag van de patiënt in kaart te brengen. Dit is vooral onmisbaar wanneer de patiënt pijnbeleving en -gedrag niet (goed) meer zelf kan rapporteren door (vergevorderde) cognitieve beperkingen. Door pijnbeleving beter te herkennen (aan de hand van de specifieke kenmerken van elk ziektebeeld), zouden er eerder interventies ingezet kunnen worden om de pijn te verlichten. Dit kan de kwaliteit van leven voor de patiënt verbeteren.

Het wordt aanbevolen om een trapsgewijze methode

toe te passen voor pijnmeting bij personen, die moeilijk verbaal kunnen communiceren (McCaffery et al, 1999), waaronder ouderen met (vergevorderde) dementie (Herr et al, 2006).

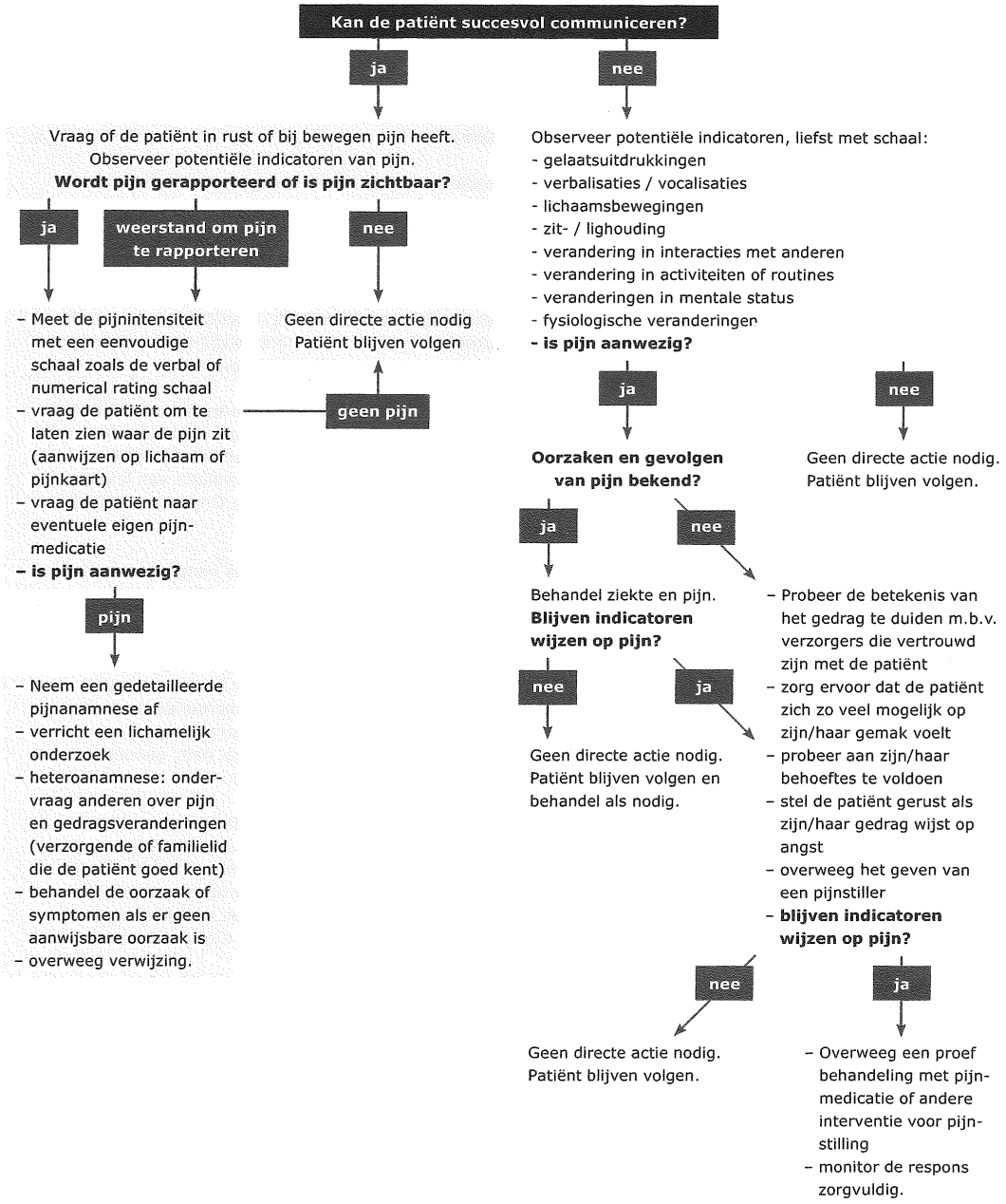
Pijnstappenplan diagnostiek van pijn:
(1)zelfrapportage;
(2)anamnese;
(3)heteroanamnese: ondervraag anderen over pijn en gedragsveranderingen (verzorgende of familielid die de patiënt goed kent);
(4)observeer pijngedrag;
(5)bepalen gevolgen van pijn;
(6)lichamelijk onderzoek en vaststellen mogelijke oorzaken van pijn.

Daarna kan een adequate pijnbehandeling worden gestart. Dit zal aan bod komen in de volgende twee Info-PHA's

BRONNEN

- Pijn bij dementie: van experiment tot betere zorg; Prof; Dr. Wilco Achterberg: Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde; nummer 5; 2010
- Pijn bij dementie; Henriette Arends; verdiepingsmodule Dementie en palliatieve zorg; Nederland maart 2014
- Attentie! Pijn en dementie; studiedag Thomas More Kempen, Turnhout, 2015
- Richtlijn Dementie; Integraal Kankercentrum Nederland, 2010
- Multidisciplinaire richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen, Verenso; specialisten in ouderengeneeskunde, 2016

Stroomschema diagnostiek pijn bij kwetsbare ouderen met en zonder cognitieve/ communicatie beperkingen



Om goede zorg te kunnen bieden heb je een goed zorgnetwerk nodig. Daar zijn we ons bij PHA ten volle bewust van. We geven jullie met deze rubriek graag een inkijk in een organisatie waarmee we nauw samenwerken. Dit keer neemt het dagcentrum voor supportieve zorg Sint-Camillus vzw het woord.

Palliatieve dagzorg in het Centrum voor Palliatieve Zorg Sint-Camillus

AUTEURS
Ivo Vermeulen, Coördinerend hoofdverpleegkundige Palliatieve Zorg
Dr. Peter Demeulenaere, diensthoofd Centrum voor Palliatieve Zorg Sint-Camillus

Een woordje van de professionelen

Een groeiend aantal palliatieve patiënten leeft langer en in betere conditie. Deze mensen hebben behoefte aan zorg en ondersteuning, advies en ontspanning in een setting die niet puur gericht is op medische en/of verpleegkundige behandeling. Daarbij hebben veel patiënten de uitdrukkelijke wens thuis te kunnen sterven. Tussen de uiterste polen van enerzijds genezing en anderzijds terminale zorg blijft het grijze gebied van het zoeken en uitproberen van behandelingsmogelijkheden, van ziekteherval, van emotionele ontwrichting, van hoop en wanhoop, van het aanpassen aan de nieuwe levensomstandigheden. Buiten opvang van vergevorderde patiënten, zijn dagcentra uitermate geschikt om patiënten uit dit grijze gebied van palliatie op te vangen.

De Belgische wetgeving voorziet dat, ongeacht waar de patiënt begeleid wordt of sterft, hij recht heeft op adequate palliatieve zorg. In Vlaanderen heeft het palliatief werkveld vanaf het begin geijverd om palliatieve patiënten thuis te verzorgen in hun vertrouwde milieu. Er bestaan vier gestructureerde vormen van palliatieve zorg in Vlaanderen: de mobiele thuiszorgequipes (bv. PHA), de residentiële eenheden voor palliatieve zorg (bv. Sint Erasmus – ZNA en Sint Camillus – GZA), de palliatieve supportteams in de ziekenhuizen en tot slot de palliatieve dagcentra (bv. Sint Camillus – GZA en CODA).

Palliatieve dagzorg is in Vlaanderen een nog niet zo bekend model. De dagcentra fungeren als een tussenoplossing tussen ziekenhuis en thuiszorg. Zij bieden een holistische zorg op maat aan tijdens de dag, de patiënt gaat 's avonds terug naar zijn thuismilieu. De palliatieve dagzorg is complementair aan de andere vormen van palliatieve zorg die de patiënt al ontvangt in de thuiszorg, met name door de huisarts, de thuisverpleegkundige en de mobiele begeleidingsequipe van het palliatief netwerk. De huisarts is en blijft de spil van de zorg. Op die manier blijft de draagkracht van de familie en andere mantelzorgers langer behouden. Het motto luidt: 'een dagje uit voor de zieke en een dagje vrij voor de mantelzorg'.

Het motto luidt: 'een dagje uit voor de zieke en een dagje vrij voor de mantelzorg'.

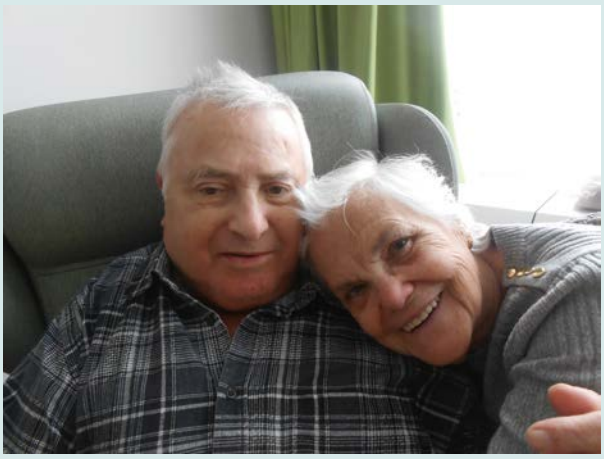
Bovendien heeft de patiënt in het dagcentrum sociaal contact met lotgenoten en kan hij ondersteunende behandelingen krijgen waarvoor hij anders naar het ziekenhuis moet en/of die in de thuiszorg niet mogelijk of moeilijk zijn: ascitespunctie, bloedtransfusies, wasbeurt in een hoog-laagbad, psychologische ondersteuning. Alles kan, echter niets moet. Er hangt een ontspannen sfeer, terwijl de professionelen toch alert blijven op eventuele fysieke en psychische problemen.

Huisartsen geven aan dat ze de palliatieve dagcentra willen aanraden aan hun patiënten als aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Er moet een reële samenwerking zijn tussen de huisarts en het dagcentrum, waarbij de huisarts de spil blijft van de zorg. Verder moet de patiënt fysiek nog in staat zijn om vervoerd te kunnen worden en bovendien moet er een passende oplossing zijn voor het vervoer van de patiënt. Verder stellen huisartsen dat ze de fysiek georiënteerde dienstverlening zinvoller vinden dan de psychosociale opvang. Momenteel zijn er

in Vlaanderen vijf erkende palliatieve dagcentra. Samen met het werkveld is de overheid zich bewust van de behoefte aan meer palliatieve dagcentra.
Internationaal is met palliatieve dagzorg vooral ervaring opgedaan in Engeland. Er zijn verschillende modellen die naast elkaar staan: het sociaal model waar 'ontmoeten' voorop staat en/of het meer medisch-verpleegkundig model waar 'zorg' vooropstaat. Vaak worden beide modellen in het kader van zorg op maat voor de patiënt in elkaar verweven in hetzelfde dagcentrum. Dagzorg wordt omschreven als een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Het wordt omschreven als een dienst die de onafhankelijkheid en de kwaliteit van het leven tracht te vergroten door revalidatie, bezigheidstherapie, fysiotherapie, het bestrijden van symptomen en psychologische ondersteuning. Volgende drie principes zijn noodzakelijk voor de organisatie van palliatieve dagzorg: de zorg moet toegankelijk zijn voor allen die er baat bij zouden hebben, de zorg is multidisciplinair en professioneel georganiseerd en de zorg dient geïntegreerd te worden met andere vormen van palliatieve zorg. Uit onderzoek blijkt dat bij patiënten die dergelijke voorziening bezoeken de tevredenheid erg groot is.
Het dagverblijf Sint-Camillus is sinds 2002 geopend. Aanvankelijk waren de opnamecriteria die opgelegd werden door de Federale overheid vrij streng: alleen patiënten met een levensverwachting van maximaal 6 maanden konden terecht. Sinds 2006 zijn deze opnamecriteria versoepeld door de Vlaamse overheid en kunnen patiënten met een duidelijk langere prognose ook terecht in het dagverblijf. Hiermee kunnen we stellen dat ons aanbod eerder supportief is en niet uitsluitend gefocust op de terminale zorg zoals in de residentiële eenheid. Naast oncologische patiënten ontvangen we ook patiënten met een niet-oncologische diagnose: met name zijn patiënten met COPD, hartfalen en chronisch neurologische ziektes in een vergevorderd stadium welkom.

> Ons aanbod is eerder supportief en niet uitsluitend gefocust op de terminale zorg zoals in de residentiële eenheid.

Het dagverblijf Sint-Camillus kleeft een gemengd model van zorg aan: zowel het sociaal model van ontmoeten en sociaal contact, als het meer medisch-verpleegkundig model van zorg. Het multidisciplinair professionele team bestaat uit palliatief verpleegkundigen, een maatschappelijk werker, een palliatief arts, een psychologe en vrijwilligers. Het team begeleidt de patiënt met aangepaste zorg en advies. Anderzijds biedt het dagverblijf ook de gelegenheid tot sociaal contact, ontspanning, creatieve bezigheidstherapie en complementaire zorg. De patiënt kan ook fysiotherapie en/of sommige andere behandelingen volgen in het ziekenhuis.
Het dagverblijf is een onderdeel van het Centrum voor



Palliatieve Zorg Sint-Camillus en kan op die manier gebruik maken van een comfortabele infrastructuur: een gezellige woonkamer, een keuken, een rusthoek met zetels en een rustbed, een hooglaagbad of douche, een polyvalente ruimte voor bezigheidstherapie, een gespreksruimte en een terras met tuin.
Een tijdelijke beslissing van onze directie maakt dat het verblijf in het dagcentrum momenteel (2016-2017-2018) volledig kosteloos is. Enkel de eventuele vervoerskosten en het consult bij de arts blijven ten laste van de patiënt. Indien het niet mogelijk is om de patiënt zelf te brengen en te komen halen, kan er beroep gedaan worden op door het centrum geregeld secundair vervoer.

> Palliatieve dagcentra laten patiënten toe om keuzes te maken in de behandeling. Zo kunnen ze therapeutische hardnekkigheid tegengaan.

Het belang van palliatieve dagcentra is niet te onderschatten in een veranderende maatschappij. Bovendien overleven steeds meer mensen met chronische en vaak levensbedreigende aandoeningen door toedoen van de medische technologie. Het supportieve karakter is vooral geschikt voor patiënten in de 'vroeg-palliatieve' fase. De werking van het palliatief dagcentrum kan deze patiënten toelaten om keuzes te maken in behandeling: palliatieve dagcentra zijn op die manier een middel om therapeutische hardnekkigheid tegen te gaan. Bekendmaking blijft een belangrijk aandachtspunt

Een woordje van de gasten

Lisette – een regelmatige bezoeker:
Wij hadden een gesprekje met Lisette, dit jaar 80 geworden en woonachtig te Wilrijk. Lisette komt twee maal per week naar het dagcentrum met het busje. Zij heeft een zus en een zoon die zij niet verder wil belasten indien niet echt nodig.
"Op een normale controle bij de oncoloog vernam ik dat genezing niet meer mogelijk was. Ik schrok natuurlijk, maar vermits ik realistisch van aard ben, wilde ik alle mogelijkheden die me nog restten kennen. De sociale dienst van het ziekenhuis wist me informatie te geven over het palliatief dagcentrum. Zo kwam ik dus op het palliatief dagcentrum terecht.
Sindsdien kan men mij maandag en woensdag in het dagcentrum vinden, samen met andere zieken. We komen bij elkaar voor ontspanning en om er eens tussenuit te zijn. We worden opgevangen indien nodig door de verpleegkundige of de geneesheer. Er zijn altijd vrijwilligers voor een babbel en de koffie of thee staat altijd klaar. Ik doe mee met elke activiteit die op die dagen georganiseerd wordt. Dit kan variëren van kokkerellen tot een wandelingetje in de tuin of een verwenmoment met massage of gelaatsverzorging, een bezoek van een interessant persoon of een gezelschapsspel. Ook een douche of een bad behoort tot de mogelijkheden, dingen die als alleenstaande thuis niet vanzelfsprekend zijn.

> Mijn wereld werd kleiner met de ziekte… Dankzij het dagcentrum ontmoet ik weer andere mensen.

Mijn wereld werd kleiner met de ziekte. Daar waar ik vroeger in enkele clubs was, moest ik me nu tevreden stellen met televisie kijken. Dankzij het dagcentrum ontmoet ik weer andere mensen. We praten hier over alles met onze lotgenoten en de vrijwilligers. Kortom mijn wereld werd terug ruimer en ik geniet ervan.

> "Laat je niet afschrikken door het woord 'palliatieve', want je krijgt hier een stukje leven extra!"

Er zijn weliswaar ochtenden dat ik springlevend ben, maar ook ochtenden dat ik futloos ben. Maar tot hier toe heb ik er nog zes jaar bijgekregen en ik geniet dus elke dag omdat ik er nog ben! Ik wil aan iedereen laten horen dat er ook leven mogelijk blijft bij een ernstige ziekte. En aan

de andere zieken wil ik zeggen: 'laat je niet afschrikken door het woord palliatieve want je krijgt hier een stukje leven extra! Bovendien krijgen uw huisgenoten ook wat tijd voor zichzelf. Allemaal mooi meegenomen dus.
Mijn zus zegt altijd: 'Ons Lisette gaat naar haar clubke'."

Gerard – graag onder de mensen

Gerard - 67 jaar – vecht sinds vijf jaar tegen kanker. Drie maanden geleden verloor hij zijn vrouw. Zij verbleef drie weken in het Centrum voor Palliatieve Zorg Sint Camillus en zo leerde Gerard het dagcentrum kennen. 'Ik kom hier graag', vertelt hij. En: 'Je komt nooit te vroeg.'
Het is een heerlijke zomerochtend. Gerard wordt door zijn dochter naar het dagcentrum gebracht. Hij woont net iets te ver om met het busje te komen. Binnen wachten koffie en de krant. Maar vooral een 'Hoe is het vandaag?'
Marie is verpleegkundige en gastvrouw van het centrum. Terwijl ze koffiekopjes ronddeelt polst ze haar patiënten. Terwijl de kopjes een tweede keer gevuld worden, volgen dan de kleine en grote zorgen en verhalen van de gasten.

> Door naar het dagcentrum te komen is het gemakkelijker voor mij om ook van de andere dagen het beste te maken.

"Het doet goed om hier onder de mensen te zijn. We maken het zelfde mee. En mijn wereld is heel wat kleiner geworden door ziek te zijn. Ik rijd ook niet meer met de auto. Dat beperkt. Hier babbelen we en elke namiddag doen we iets anders. We knutselen, koken, luisteren naar een spreker. En er is altijd hulp als ik iets nodig heb. Door naar het dagcentrum te komen is het gemakkelijker voor mij om ook van de andere dagen het beste te maken."

Praktische informatie

Het dagverblijf Sint-Camillus is een initiatief van ons woonzorgcentrum Sint-Bavo, in samenwerking met het centrum voor palliatieve zorg Sint-Camillus en werd erkend door het RIZIV en de Vlaamse overheid. Het is gelegen binnen het Centrum voor Palliatieve Zorg Sint-Camillus aan de Spoorweglaan te Wilrijk, naast de ingang Spoedgevallen in het Sint-Augustinusziekenhuis.
Het dagverblijf is voor de gasten geopend van maandag tot vrijdag van 10 tot 16u. Tijdens de eerste gesprekken wordt er afgesproken hoeveel keer per week de gast kan komen.
Een aanvraag tot verblijf gebeurt via de sociale dienst of de verpleegkundige van het dagverblijf op het telefoonnummer 03/44333355.
De huisarts of specialist vult een aanvraagformulier in en zorgt voor de nodige en recente medische inlichtingen. Formulieren hiertoe zijn terug te vinden op www.gza-ziekenhuizen.be. Onder de rubriek 'ik ben patiënt' of 'ik ben zorgverlener' kies je eerst voor de rubriek 'medische diensten' en vervolgens voor 'palliatieve zorg'. Je vindt de nodige documenten onder 'documentatie bij deze dienst'. Je kan dit formulier ook altijd afhalen bij of laten toesturen door de sociale dienst van het dagcentrum.
Meer informatie rond het aanbod van het palliatief dagverblijf vindt u op de website www.gza.be of in de info-brochure welke u kan bekomen op het bovenstaand telefoonnummer. Een sfeerbeeld van het dagcentrum kan je bekijken via het you tube-kanaal. Gebruik de zoekterm 'palliatief dagcentrum' en bekijk het filmpje 'Palliatief dagcentrum GZA'.

Een dag uit het leven van een huisarts

Dr. Marianne Busschots,
huisarts

Maandagochtend 7u30: De week start traditioneel rustig in ons gezinnetje, want ik word pas 's middags op de praktijk verwacht. Nadat ik mijn oudste dochter naar school heb gebracht, vult de rest van mijn ochtend zich met wat huishoudelijke taken terwijl ik de jongste dochter van 7 maand oud probeer te entertainen. Een combo die niet elke week even vlot loopt, wat maakt dat ik tegen de middag toch een zekere opluchting voel als ik naar de praktijk trek.

12u00: Ik zet onze kleine uk af op de crèche en begeef me naar een gepland huisbezoekje. De laatste weken bezoek ik elk maandag Bart*. Bart is een jongeman die ik ken sinds ik vier jaar geleden als huisarts startte in de regio. Hij is al jaren chronisch ziek en heeft een heel zeldzame aandoening, zo eentje waar je, ondanks 9 jaar studeren, nog nooit van gehoord hebt. Sinds enkele maanden gaat zijn gezondheid sterk achteruit. Hij kreeg een palliatief statuut, ik meldde hem aan bij PHA, wetende dat ik in de toekomst ongetwijfeld ondersteuning zal kunnen gebruiken. Het proces van aanvaarding loopt heel moeizaam bij hem: zowel psychologisch als medisch is dit een moeilijke casus.
We overlopen de papieren rond zorgplanning. Ik zie dat hij aangeeft nog reanimatie te willen 'als het een positief effect heeft'. Ik maak me de bedenking hoe mooi het eigenlijk is dat mensen zich blijven vastklampen aan het leven en het spel willen winnen, alhoewel ze duidelijk de foute handkaarten kregen...

Ik maak me de bedenking hoe mooi het eigenlijk is dat mensen zich blijven vastklampen aan het leven en het spel willen winnen, alhoewel ze duidelijk de foute handkaarten kregen...

Hij geeft ook aan euthanasie te willen als zijn toestand nog verslechtert. Ik leg hem uit hoe dit proces in zijn werk gaat, maar moet ook toegeven dat ik hier zelf nog geen ervaring mee heb. Palliatieve zorg is een onmisbaar deel van ons werk als huisarts, maar zeker niet het grootste deel. Als jonge huisarts met een relatief jonge patiëntenpopulatie, kom ik dit jaarlijks maar één of twee keer tegen. Mijn leercurve gaat dus nog volop in stijgende lijn en ik ben blij te weten dat ik op hulp van PHA kan rekenen als ik dat nodig heb.
Ik vertrek van het emotioneel geladen huisbezoek en maak een mentale nota om in de namiddag de verpleegkundige van PHA die Barts dossier opvolgt, te bellen om een update te geven en te vragen of ze nog eens kan langsgaan voor een extra gesprek.

13u00: Op de praktijk start ons wekelijks teamoverleg. Zowel de praktische organisatie van de praktijk als patiëntenbesprekingen komen aan bod. Elke week geef ik een kleine update van mijn huisbezoek bij Bart. Doordat ik momenteel maar halftijds werk (alhoewel die andere halftijdse als mama soms veel pittiger is...), is het belangrijk dat de collega's goed op de hoogte zijn en ze in nood Bart ook kunnen verder helpen. Alhoewel ik probeer om voor Bart zo beschikbaar mogelijk te zijn en mag hij me als één van de enige patiënten steeds bellen op mijn privénummer.

14u00: Mijn consultatie start. Oorspronkelijk dacht ik een relatief rustige dag te hebben met wat tijd voor administratie, maar het eerste uur van de namiddag staat de telefoon roodgloeiend en lijkt het alsof mijn agenda een eigen leven begint te leiden. Voor ik het goed en wel besef start ik aan een namiddag van 23 consultaties zonder een momentje rust. Zucht...

17u30: Ondanks de continue stroom van patiënten, wringt mijn man zich er nog ergens tussen. Hij is dochterlief van de crèche gaan halen en die had weer geweigerd haar flesjes melk te drinken. Gezien het warme weer komt ze nu toch even bijtanken bij haar mama. Ook voor mij is dit nu een zalig momentje van rust in deze hectische namiddag.
Om 20u00 vertrek ik naar huis, waar de oudste dochter ongetwijfeld al zal slapen en de jongste dringend nood heeft aan wat mama-tijd. Het geplande telefoontje naar PHA zal voor morgen zijn...

**: Bart is een fictieve naam*

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen is GDPR klaar

AUTEUR
Tine De Vlieger
algemeen coördinator

Eind vorig jaar keurde de Europese Unie (EU) definitief de General Data Protection Regulation (GDPR) goed. Een belangrijke reden om de Europese privacyregels door te drukken was de vervanging van de nationale wetgeving van de lidstaten die meestal dateert uit de vroege jaren negentig en dus al lang niet meer aangepast is aan de digitale realiteit van de eenentwintigste eeuw.

De Europese privacyregels vragen aanpassingen en meer aandacht in haar toepassing. Het grootste gevolg van de nieuwe regels is dat er strenger dan vandaag zal toegekeken en opgetreden worden, ook voor niet internet gebonden sectoren en in de non profitsector.

De nieuwe regels gelden voor iedereen die data verwerkt met uitzondering van individuele personen die voor louter privégebruik contacten bijhouden. Dat betekent dat de nieuwe regels ook zullen gelden voor middelgrote en kleine ondernemingen, vzw's en feitelijke verenigingen, zelfs als die geen enkel winstdoel nastreven of geen enkele commerciële ingesteldheid hebben. PHA dient de Europese privacyregels toe te passen en deze te eerbiedigen.

Een eerste reeks regels bepaalt hoe persoonsgegevens verzameld mogen worden. Ook strenge regels rond profilering van klanten wordt hierin voorzien. Veel van deze regels bestonden vroeger al maar het toezicht erop wordt vanaf dit jaar duidelijk veel strenger.

Een tweede reeks regels is nieuw. Die gaan over de interne processen en organisatie. Zo wordt een verplichting opgelegd voor elke organisatie om een privacy impact assessment te maken. Dit is een soort van veiligheidsaudit waarin de organisatie moet onderzoeken hoe ze met haar data omgaat en welke risico's op verlies of diefstal van haar data ze loopt. Op basis daarvan moet een actieplan opgezet worden om die risico's weg te nemen. Voor heel wat organisaties komt daar de verplichting bij om een Data Protection Officer in dienst te nemen (vanaf 250 medewerkers). Tot slot is er een meldplicht bij datalekken.

PHA beheert gegevens van leden, sponsors, patiënten, personeel, vrijwilligers, bestuurders,… en werkt momenteel een beleid uit om deze gegevens extra te beschermen.

Mogelijk contacteren wij u binnenkort om aan u toestemming te vragen en u gedetailleerder te informeren over wat we concreet aan het doen zijn in het kader van GDPR.

PHA blijft een organisatie waar veiligheid een garantie is!

Evidence-based practice (EBP), een begrip dat onlosmakelijk verbonden is aan de hedendaagse, verpleegkundige praktijkvoering. Moderne gezondheidszorg vraagt een interprofessionele inspanning. Vandaar dat verpleegkundigen proberen hun activiteiten te baseren op wetenschappelijke waarnemingen, gekoppeld aan hun ervaringen en de wensen van de patiënt. Vaak is de insteek van verpleegkundig onderzoek zeer praktisch van vraagstelling en dienen de resultaten vlot integreerbaar te zijn in de praktijk. Critically appraised topics (CAT) zijn zulke klinische vragen die voort komen uit de patiëntenzorg en een evidence-based antwoord verdienen, vertrekkend vanuit een praktijkprobleem. Een beperkte hoeveelheid literatuur wordt gezocht, beoordeeld en samengevat weergegeven. Dus, u vraagt?

Kan het "Carer Support Needs Assessment Tool" (CSNAT) de thuiszorgequipe helpen om de noden van mantelzorgers in te schatten en de outcomes bij mantelzorgers te verbeteren?

AUTEUR

Davy Jeunen
(Examenopdracht Transmurale zorgverlening i.k.v. Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde, Uantwerpen, 2015-2016)

CSNAT | Carer Support Needs Assessment Tool

Noden van mantelzorgers in de palliatieve zorg: Het gebruik van het "Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)"

Klinisch Scenario

Voor verpleegkundigen in de palliatieve thuiszorg is het vaak moeilijk om de noden van mantelzorgers in te schatten en gepast te reageren. Ze focussen hun aandacht vooral op de patiënt. Noden van mantelzorgers komen wel ter sprake, maar eerder terzijde, tijdens informele gesprekken of worden door verpleegkundigen intuïtief ingeschat. Mantelzorgers zijn daarenboven dikwijls terughoudend als het gaat over het uitdrukken van hun noden. Dit resulteert in een heel diverse, doorgaans gebrekkige rapportage van noden bij mantelzorgers die berust op ervaring, buikgevoel en interpretative van de thuisverpleegkundige. Ewing en Grande (2013) [1] ontwikkelden een meetinstrument om de noden van mantelzorgers in kaart te brengen: "Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)". De vraag is of het CSNAT de thuiszorgequipe kan helpen om de noden van mantelzorgers in te schatten en de outcomes bij mantelzorgers te verbeteren.

PICO

Populatie:
Mantelzorgers van palliatieve patiënten in de thuiszorg
Interventie:
Toepassing van het Carer Support Needs Assessment Tool
Controle:
Traditionele zorg
Outcome:
Welzijn van mantelzorgers van palliatieve patiënten in de thuiszorg

Zoekstrategie

Search:
Cochrane Library, PubMed, Cinahl, Science Direct
Zoektermen:
Palliative care, end of life care, family caregivers, needs, support; informal caregivers, carer support needs assessment tool; home care.
Resultaten:
Twee stepped wedge cluster trials naar de impact van CSNAT in de palliatieve thuiszorg [2, 3] en één kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van mantelzorgers met CSNAT [4].

Kritische beoordeling

De twee stepped wedge trials werden beoordeeld met de Methodological index for non-randomized studies (MINORS) [5]. Aoun et al., (2015) vertoont een aantal zwakheden. De steekproef is kleiner dan de grootte berekend in de poweranalyse, voornamelijk door de belangrijke drop-out. Daarnaast bestaat er een risico op selectie-bias. Tot slot wordt nergens vermeld of de data blind verwerkt werden. Het onderzoek werd wel goed uitgevoerd en gedocumenteerd en haalde een score op MINORS van 21/24. Level of evidence: 1C (GRADE).
In het onderzoek van Grande et al. is de toewijzing aan interventie- en controlegroep slechts gedeeltelijk gerandomiseerd. Daarom wordt het onderzoek beschouwd als niet-gerandomiseerd. De studie werd goed uitgevoerd en haalde een MINORS-score van 24/24. Level of evidence: 1B (GRADE)
Het kwalitatief onderzoek van Aoun et al. werd beoordeeld met het "Crowe critical appraisal tool" [6]. Het is een goed uitgevoerde studie met slechts enkele kleine gebreken en kreeg een score van 35/40. Level of evidence 1C (GRADE).

Samenvatting van evidence

De twee stepped wedge trials [2, 3] concluderen dat de outcomes bij mantelzorgers in de palliatieve thuiszorg bij toepassing van het CSNAT beter zijn dan die van de controlegroep. Aoun et al. [2] rapporteren significant minder stress bij de interventiegroep. Grande et al. [3] vermelden significant minder verdriet onmiddellijk na overlijden van de patiënt en beter fysisch en psychisch welbevinden. Uit het kwalitatief onderzoek van Aoun et al. [4] blijkt dat mantelzorgers over het algemeen positief waren over het CSNAT. Ze ervoeren CSNAT als een goede aanvulling op bestaande zorg, in die zin dat hun noden meer systematisch en proactief bevraagd werden. Ze voelden zich meer bevestigd, gerustgesteld en empowered. Daarnaast hielp CSNAT zowel bij mantelzorgers als thuisverpleegkundigen de terughoudendheid te overwinnen om over noden bij mantelzorgers te spreken.
CSNAT is een bruikbaar instrument om noden van mantelzorgers op een proactieve en objectieve manier in kaart te brengen. Het is echter enkel in het Verenigd Koninkrijk en Australië onderzocht en toegepast. Verder onderzoek is nodig. Om het CSNAT in Vlaanderen te implementeren moet het eerst vertaald worden naar het Nederlands.

Aanbeveling

Mits vertaling naar het Nederlands, wordt implementatie van CSNAT aanbevolen om noden van mantelzorgers in de palliatieve thuiszorg in kaart te brengen.
Niveau van aanbeveling: 1C (GRADE).

Literatuurlijst

1. Ewing, G., G. Grande, and H. National Association for Hospice at, Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: a qualitative study. Palliat Med, 2013. 27(3): p. 244-56.
2. Aoun, S.M., et al., The impact of the carer support needs assessment tool (CSNAT) in community palliative care using a stepped wedge cluster trial. PLoS One, 2015. 10(4): p. e0123012.
3. Grande, G.E., et al., Assessing the impact of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention in palliative home care: a stepped wedge cluster trial. BMJ Support Palliat Care, 2015.
4. Aoun, S., et al., Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial. Palliat Med, 2015. 29(6): p. 508-17.
5. Slim, K., et al., Methodological index for non-randomized studies (minors): development and validation of a new instrument. ANZ J Surg, 2003. 73(9): p. 712-6.
6. Crowe, M., Crowe critical appraisal tool, version 1.4. 2013, James Cook University: Townsville City.

Heeft u zelf ook een praktisch probleem waarop u graag een theoretisch gefundeerd antwoord wenst? Stuur gerust uw vraag naar pha@uantwerpen.be. We beantwoorden deze graag voor u in een volgende InfoPHA.

In de vorige Info-PHA ging onze CAT over het vervangen van een transdermale pleister na 48 uur bij patiënten met cachexie. Graag willen wij Dana Geboers, Tina Geets, Nathalie Malrait en Karolien Matthijs nog bedanken voor hun bijdrage aan deze boeiende klinische vraag.

Boek: *Slotcouplet*
Auteur: Sander de Hosson
de Arbeiderspers

Sander de Hosson.

SLOTCOUPLET

Gelezen en besproken door *Dr. Noël Derycke*, Stafmedewerker en equipearts PHA

Amsterdam, Arbeiderspers. 2018
Geneeskunde is soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten. Longarts Sander de Hosson laat zien hoe deze eeuwenoude uitspraak over de geneeskunde nog altijd geldt.

In dit boek gaat het over sterven in een ziekenhuis: in de 55 hoofdstukjes gaan bijna net zoveel mensen dood. Dit lijkt vrij heftig. Doch deze verhalen over het einde van het leven, dat onontkoombaar is, illustreren wat palliatieve zorg voor mensen kan doen.

In een maatschappij waar beslissingen over het levenseinde vaak alleen gaan over euthanasie, palliatieve sedatie en nu ook het "voltooide" leven is het een herademing om keer op keer te lezen dat het om meer gaat dan autonomie en volgen van regeltjes. In de zorg gaat het vaak over bureaucratie, regels en dat er te weinig tijd is, terwijl dat voor de patiënt zo belangrijk is. Ga eens naast een patiënt zitten, laat hem vertellen over wat hem echt bezig houdt. Noem dit professionele nabijheid.

Het begin van het leven wordt meestal groots gevierd. Het slot krijgt jammer genoeg minder aandacht. *"Terminale zorg is meer dan het toedienen van medicijnen zoals morfine en dormicum, het voeren van duidelijke slechtnieuwsgesprekken, het uitleggen welke mogelijkheden er zijn om het lijden te verlichten. Het is zoveel meer dan dat. Het gaat er vooral om je niet altijd oor de regels te laten leiden. De vrijheid te nemen om daarvan af te wijken en om als zorgverlener al het mogelijke voor een stervende patiënt te betekenen. Terminale zorg is vragen wat nu echt belangrijk is. Wijzen op een glas wijn, zelfs als er niet (te) drinken prijkt op het bordje naast het bed. … zorg is toch nog even langskomen, ook als het echt helemaal niet meer nodig is. Iemand even aanraken als dat kan en gepast is. … Er simpelweg zijn en alleen maar luisteren. Soms zelfs zonder te antwoorden, want opvallend vaak zijn alle antwoorden op. (pag. 21)"*

De auteur, longarts, werkt hij in een ziekenhuis. Toch houdt hij een opmerkelijk pleidooi voor de thuiszorg. *"Een stervende mens heeft goede zorg nodig, de mogelijkheid om in een veilig voelende omgeving te overlijden. Dit is in de meeste gevallen thuis, wat vaak goed te regelen is. (pag. 91)"*

Dit boek leest vlot en uitnodigend. Het biedt een unieke blik op een wereld vol dilemma's, verdriet, compassie, liefde, écht contact en troost. Voor de believers: een hartverwarmende bijdrage. Voor de non-believers: uitnodiging om over eigen handelen toch eens te reflecteren. Voor de beleidsmakers: een uitdaging om te investeren in wat echt belangrijk is bij het naderen van het levenseinde.

Jij bent jij. En ik ben ik. En samen zijn we 'wij'…

Tine De Vlieger, Algemeen Coördinator PHA

Boek: *Mijn Held is een hulpverlener*
Auteur: Fanny Matheusen
Uitgeverij Lannoo Calpus

Boek: *Werkboek cultuursensitieve zorg*
Auteur: Arzu Yentür, Ann Claeys en Bart Claes
Uitgeverij Politeia nv

Diversiteit betekent letterlijk verscheidenheid. Diversiteit is het besef dat elk individu uniek is en dat er verschillen zijn tussen mensen. Deze verschillen kunnen liggen op het gebied van gender, leeftijd, etnische afkomst, seksuele geaardheid, sociaaleconomische achtergrond, religie, politieke overtuiging Er is niet één type vriend, buurman, personeelslid

Meer dan ooit is het belangrijk om aandacht te hebben voor en rekening te houden met deze verscheidenheid. Ook bij het geven van (palliatieve) zorg waar het een 'must' is om rekening te houden met noden, verwachtingen en behoeften van de zieke als individu.

Wil je een zorg geven vanuit een holistische mensvisie (de mens is uniek) met effect dan vertrek je niet alleen van noden en behoeften die een zieke heeft maar neem je die zaken die de zieke uniek maken ook mee.

De Vlaamse samenleving verandert en wordt superdivers. De hulpverlening wordt uitgedaagd om elke zieke ongeacht zijn leeftijd, origine, cultuur gepast tegemoet te komen.

Hoe kunnen zorg- en welzijnsorganisaties hiermee omgaan? Hoe kunnen ze inspelen op de verschillende noden die dit met zich meebrengt? Hoe kunnen leidinggevenden hun organisatie cultuursensitief maken?

Zorg- en hulpverleners geven vaak aan dat ze de praktische tools missen om in hun dagdagelijkse werkrelatie met de zieke in te spelen op de toegenomen diversiteit. De hulpverlener in een multiculturele samenleving van vandaag en morgen moet leren om flexibel genoeg te zijn om zich met kennis en gevoeligheid aan te passen aan iedere nieuwe culturele situatie die hij tegenkomt.

Het belangrijkste is te vertrouwen op de eigen inzet, integriteit en kwaliteiten. Doorslaggevend in je communicatie als hulpverlener is een houding van oprechte betrokkenheid en inzet. Wil je wat meer weten en leren om je betrokkenheid te versterken, dan zijn deze twee boeken aanraders.

Dit najaar staan er nog enkele boeiende vormingen op het programma!

Hieronder vind je een overzicht.

9 oktober 2018

15DE CONGRES PALLIATIEVE ZORG: PALLIATIEVE ZORG GAAT VOOR (G)OUD! .

Over palliatieve zorg en de oudere patiënt.

"Palliatieve zorg is permanent in ontwikkeling. Een aangepaste wetgeving waarin de focus wordt verlegd van levensverwachting naar zorgnoden is een erg belangrijke stap. Daarnaast zijn er evoluties in de samenleving zoals o.a. vermaatschappelijking van zorg, het belang van autonomie, ontwikkelingen in de geneeskunde en vergrijzing waardoor de oudere patiënt steeds meer inbeeld, ook voor de palliatieve zorg. Maar wie is die oudere patiënt en hoe kijken we naar de oudere met zijn/haar zorgnoden? Wat betekent polypathologie? En wat met zingeving? Wat kan er thuis en hoe organiseren we deze zorg in een woonzorgcentrum? Op dit 15de Vlaams Congres Palliatieve Zorg willen we graag de focus leggen op deze doelgroep en ja, we willen ook voor hen gaan voor goud!" Georganiseerd door PHA, CODA, PNAT, PNM en FPZV.

11 oktober 2018

Niet te jong voor verlies: rouw bij kinderen en jongeren
Op het omgaan met verlies in het leven staat geen leeftijd. Ook kinderen en jongeren krijgen hun deel. Nochtans wordt er, als het over rouwprocessen gaat, vooral gesproken vanuit de context van volwassenen.
Op deze dag willen wij stilstaan bij de specifieke situatie van kinderen en jongeren in het omgaan met verlies van betekenisvolle mensen in hun omgeving: het eigene van hun rouwproces, de rol van de school, de aard van de reacties, ondersteunend materiaal, …

De dag is in wezen een vervolg op de tweedaagse opleiding 'Kinderen en jongeren betrekken bij palliatieve zorg', maar hieraan deelgenomen hebben is zeker geen voorwaarde voor deelname aan deze dag.
De vorming richt zich zowel naar medewerkers in het onderwijs als naar zorgverleners.

10 – 11 – 12 oktober 2018

3-DAAGSE PALLIATIEVE ZORG VOOR ZORGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN

Palliatieve zorg is het verzamelwoord voor alle zorgen waarmee we mensen die ongeneeslijk en levensbedreigend ziek zijn kunnen omringen. Zorggevers hebben niet alleen aandacht en zorg voor het lichamelijke. Ook emoties, verwerkingsprocessen, sociale contacten en spiritualiteit krijgen aandacht. Niet meer de lengte van het leven is het belangrijkste, wel de kwaliteit ervan. De behoeften en de keuzes van de zieke is voor het denken en handelen van de verzorgers een leidraad. Als professionele zorggever kan je dit niet in je eentje waarmaken. Deze driedaagse wenst een inleiding te geven over palliatieve zorg met als doel meer inzicht te geven in de mogelijkheden en de beperkingen van een interdisciplinaire, georganiseerde samenwerking.

18 oktober 2018

HET ZIJN NOG MAAR KINDEREN… KINDEREN EN JONGEREN BETREKKEN IN PALLIATIEVE ZORG

Gratis informatieavond voor het brede publiek
Het zal je maar overkomen… Je wordt zelf ongeneeslijk ziek of je krijgt te horen dat je kind of kleinkind aan een ongeneeslijke ziekte lijdt. Je wereld verandert compleet. Als volwassene sta je voor de moeilijke taak om met kinderen over de ziekte te praten en met hun praktische en emotionele behoeften om te gaan. Kinderen worden maar al te vaak weggehouden van pijn, lijden en verlies. Het is belangrijk om ze mee op weg te nemen en om leeftijdsadequate informatie te geven. Tijdens deze informatieavond worden er adviezen en tips gegeven om kinderen en jongeren die geconfronteerd worden met een palliatieve situatie te begeleiden en te ondersteunen.

15 november 2018

THEMANAMIDDAG

Morele stress, groeikans naar morele veerkracht!
Naast werkstress en emotionele stress is 'Morele stress' een vrij nieuw begrip. Het is aanwezig in alle werksituaties, maar bij uitstek in de zorgsector. De morele sensitiviteit is hoger bij mensen die in de zorg werkzaam zijn waardoor de kans op het voelen van morele stress groter is! En hoewel morele stress kan leiden tot ongevoelig worden voor de zorg, ziekteverzuim, vroegtijdig de sector verlaten en mogelijks zelfs burnout... werken we morele stress niet weg. We leren morele stress detecteren, bespreekbaar maken en hanteren. Zo verhogen we de kans dat morele stress uitgroeit tot iets positiefs…m.n. MORELE VEERKRACHT! Daar gaan we in deze workshop graag dieper op in.
Spreker: Veronique Hoste, Onderzoeksmedewerker Howest 'Morele stress in de gezondheidszorg'

Jaaropleidingen

Postgraduaat palliatieve zorg voor verpleegkundigen
Deze opleiding wordt georganiseerd door het studiegebied Gezondheidszorg van de Karel de Grote-Hogeschool in samenwerking met GZA, UZ Antwerpen, ZNA, Artesis-Plantijn Hogeschool Antwerpen en PHA.
De nieuwe opleiding gaat van start in september 2018 (basismodule) en januari 2019 (verdiepende module).

Basisopleiding palliatieve zorg voor artsen
De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, het Netwerk Palliatieve Zorg Limburg en de Universiteit Hasselt organiseren samen de Basisopleiding Palliatieve Zorg voor Artsen 2018-2019.
Deze zesdaagse opleiding gaat door op Campus Diepenbeek van de Universiteit Hasselt

Interuniversitair Postgraduaat palliatieve zorg voor artsen
Deze gespecialiseerde vervolgopleiding richt zich op artsen die de basisopleiding gevolgd hebben, of al een zekere ervaring in palliatieve zorg hebben opgebouwd. De opleiding bestaat uit vier modules van twee dagen.

Meer informatie over deze opleidingen vind je onder Agenda op de website van PHA (www.pha.be).

PHA dankt volgende sponsors:

Universiteit Antwerpen

Met steun van Kom op tegen Kanker

LIONS INTERNATIONAL

International Women's Contact Antwerp

Steun PHA

PHA vzw realiseert haar werking met beperkte middelen. Elke schenking klein of groot, is dan ook heel welkom.

Giftenrekening PHA: IBAN BE90 7350 0799 7232 met vermelding 'gift PHA'.

Voor elke storting van €40 (of de som van minimum €40 op jaarbasis) kan PHA een attest afleveren waarmee u het gestorte bedrag kan ingeven op uw jaarlijkse belastingsaangifte.
Het attest wordt begin april van elk jaar toegezonden.

Dankjewel

Op 20 januari werd FRE geboren, het zoontje van Inne (onze psychologe).

Tijdens haar bevallingsrust werd Inne vervangen door Nele. Bedankt Nele voor het verrichte werk hier op PHA!

PHA

Volg PHA op Facebook en blijf zo als eerste op de hoogte van al onze nieuwtjes en vormingen!

www.facebook.com/PalliatieveHulpverleningAntwerpen

PHA

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

03/265 25 31 www.pha.be

Uw eerste aanspreekpunt voor palliatieve zorg