INFO PHA

JG. 25/2018 | NR. 4 | OKT.-NOV.-DEC.

INCLUSIEF VORMINGSBROCHURE!

bpost
PB- PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

Palliatieve psychiatrische zorg: noodzaak en uitdaging

Behandeling van pijn bij mensen met dementie

Het palliatief statuut

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
Inne Leuris

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER
Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Dries Robbens
Inne Leuris
Vital Vanassche
Nathalie Fobe
Filip Berwaerts
Ann De Cleyn
Dr. Koen Herweyers
Gerd De Lee
Freddy Honorez
Ronald Maes

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.

GEZOCHT

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, thema-namiddagen, ….).

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

PHA

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

www.facebook.com/PalliatieveHulpverleningAntwerpen

6 **HET PALLIATIEF STATUUT**

11 **PALLIATIEVE PSYCHIATRISCHE ZORG: NOODZAAK EN UITDAGING**

18 **PIJN BIJ MENSEN MET DEMENTIE: BEHANDELING VAN PIJN**

VORMINGSBROCHURE
[UITNEEMBARE MIDDENKATERN]

verder in dit nummer

INFO PHA

4 Voorwoord
5 Wie is wie?
35 Giften en sponsors / Kerstconcert
17 Een dag uit het leven van
30 Critically Appraised Topics (CAT)

Noël Derycke
lid redactie Info-PHA

In psychiatrische instellingen is nog (te) vaak onvoldoende kennis beschikbaar over palliatieve zorg. Omgekeerd schiet – in de palliatieve zorg – regelmatig de noodzakelijke psychiatrische deskundigheid en ervaring tekort. Tot 4 van elke 10 volwassenen krijgen tijdens hun leven te maken met psychiatrische problematiek. Jaarlijks sterven meerdere mensen in psychiatrische instellingen. Hoeveel mensen met psychiatrische problematiek buiten de instellingen behoefte hebben aan palliatieve zorg is onbekend, maar waarschijnlijk een veelvoud van deze. De gevolgen van onvoldoende kennis en inzicht over palliatieve zorg laten zich raden. Lichamelijke symptomen in de palliatieve fase worden te laat opgemerkt of niet voldoende ernstig genomen, in woon- en zorgcentra komt frequent psychiatrische problematiek voor die kan leiden tot extra complexe zorgvragen.
De laatste jaren is er terecht meer aandacht voor palliatieve zorg bij psychiatrische patiënten. Filip Berwaerts, psychiatrisch verpleegkundige, schets in zijn bijdrage de evolutie van de inzet van palliatieve zorg bij psychiatrische patiënten. Hij wijst op verschillende moeilijkheden bij de implementatie en de noodzakelijke elementen bij de uitbouw van palliatieve zorg in de psychiatrie. Hij neemt ons ook mee in het moeilijke dilemma in de psychiatrie: wanneer is het lijden ondraaglijk en uitzichtloos.

Vital Vanassche, verpleegkundige palliatieve zorg bij PHA, levert ons zijn derde deel rond pijn bij mensen met dementie, met nu vooral aandacht voor de behandeling van pijn bij deze kwetsbare ouderen. Waar hij in het eerste artikel stilstond bij de definitie, de beleving en het pijngedrag neemt hij ons nu mee in het moeilijke domein van diagnostiek en (h)erkennen van de pijn.

Bij het opstellen van de bijdrage over het palliatief statuut heb ik zelfs iets bijgeleerd. Wanneer de patiënt thuis niet voldoet aan alle voorwaarden voor het verkrijgen van het 'palliatief statuut' of je je als huisarts niet wil 'onderwerpen' aan de gestelde voorwaarden bestaat toch de mogelijkheid om de patiënt te laten genieten van de volledige terugbetaling van de huisartsprestaties bij de patiënt thuis mits aanvraag via geëigend formulier (= formulier gebruikt in woon- en zorgcentra). Ik raad dit niet aan. Immers palliatieve zorg is ook multidisciplinair samenwerken, anticiperen en waarborgen van continuïteit en dit doe je niet op je eentje.

De redactie wil graag in dialoog gaan met haar lezers: suggesties voor onderwerpen zijn steeds welkom. En wanneer je als geïnteresseerde in de palliatieve zorg zelf je mening wil neerschrijven: aarzel niet. De redactie van Info-PHA zal er de meeste aandacht aan besteden.
Je kan ons contacteren via **pha@uantwerpen.be**.

Het team van PHA bestaat uit 9 verpleegkundigen, 2 equipeartsen, 1 vrijwilligerscoördinator, 3 administratieve medewerkers, 1 klinisch psychologe en 1 algemeen coördinator.

Maar wie zijn deze mensen? Wie is er dagelijks met de netwerkopdrachten en de MBE-taken bezig, wie krijgt u aan de lijn als u ons belt en wie ziet u op huisbezoek bij de patiënten? In **INFO-PHA** stellen we elke keer enkele teamleden van ons topteam aan u voor.

Gerd De Lee

Verpleegkundige

Gerd is een van onze verpleegkundigen/deskundigen in palliatieve zorg.

Gerd is een gegradueerde verpleegkundige en behaalde in 2014 het getuigschrift van de Postgraduaatopleiding Palliatieve Zorg.

In een ver verleden (1999) had Gerd al eens enkele maanden bij PHA gewerkt. Na een jarenlange onderbreking besloot ze in 2013 terug te solliciteren. In januari 2014 startte ze hier te werken voor 75%, in combinatie met een job in het UZA. In 2015 nam ze het aanbod aan om voltijds bij PHA te werken.

In het team is Gerd een enthousiaste, graag geziene collega. Ze is de zorgzame meter van 2 andere verpleegkundigen, een taak die ze met heel veel liefde uitvoert. Gerd kan zich gemakkelijk aanpassen in verschillende patiëntensituaties en kan direct op het juiste niveau communiceren. Ze zal altijd opkomen voor haar eigen mening maar steeds met veel respect luisteren naar de anderen. Het liefste dat ze doet in haar job is patiënten en familie bijstaan met raad en zelf opgedane kennis uit de praktijk en dit in een toch wel zeer moeilijke fase van hun leven.

Koen Herweyers

Equipearts

Koen is 1 van de 2 equipeartsen van PHA. Hij is afgestudeerd in 1994 als Doctor in de genees-, heel- en verloskunde. Hij werkt als huisarts in een groepspraktijk in Wilrijk. Sinds oktober 2008 is hij verbonden aan PHA als equipearts.

Zijn voornaamste taak hier is het adviseren van collega artsen en andere hulpverleners over alle aspecten van palliatieve zorg. Koen geeft veel ondersteuning aan ons team. Hij neemt elke week deel aan ons patiëntenoverleg en heeft veel expertise in pijn- en symptoomcontrole bij palliatieve patiënten. In een beurtrol met Noël, onze andere equipearts, is hij 24u/24u van wacht, samen met onze verpleegkundigen, om een continue dienstverlening te kunnen waarborgen.

Koen hecht veel belang aan een goede teamsfeer en kan genieten van een goed gesprek. Met veel zorg en een kritische blik indien nodig zorgen onze artsen ervoor dat wij allemaal up to date blijven met de nieuwste inzichten en ontwikkelingen en deze correct overdragen naar de eerste lijn.

Het palliatief statuut: de extra RIZIV-tussenkomsten bij palliatieve patiënten thuis en thuisvervangend verblijf

Noël Derycke, equipearts PHA en
Inne Leuris, klinisch psycholoog PHA

DE PALLIATIEVE PATIËNT THUIS

De voorwaarden

Voorwaarden waaraan de palliatieve thuispatiënt moet voldoen om in aanmerking te komen voor een forfaitaire tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen:

- de patiënt krijgt ondersteuning van een palliatieve equipe OF hij wordt ondersteund door de eigen hulpverleners die er zich toe verbinden de totaalzorg binnen de palliatieve zorgcultuur deskundig waar te maken;
- de continuïteit van de door de huisarts georganiseerde geneeskundige verzorging wordt gegarandeerd, ook tijdens de wachtdienst en tijdens het weekend;
- er is een wekelijkse interdisciplinaire vergadering met de aanwezigheid van de huisarts;
- er is een formeel verzorgingsplan en/of een mededelingsschrift.

Het moet gaan om een patiënt:

- die lijdt aan één of meer onomkeerbare aandoeningen;
- die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van de fysieke/psychische toestand;
- bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;
- bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);
- met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen; indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaming, en op aangepaste technische middelen.
- met een intentie om thuis te sterven.

Er moeten, naast de bevestiging van alle criteria hierboven, nog twee van de drie hierna vermelde voorwaarden vervuld zijn:

- permanente ondersteuning en toezicht;
- specifieke noden hebben (specifieke palliatieve medicatie, verzorgingsmateriaal, hulpmiddelen, spuitaandrijver of pijnpomp, dagelijkse psychosociale bijstand voor het gezin);
- dagelijks toezicht of verzorging door een verpleegkundige voor zorgafhankelijkheid (minstens drie punten op alle zes basisvariabelen van de KATZ-schaal).

Hoe het palliatief statuut aanvragen?

De huisarts vult, in overleg met de patiënt en zijn familie, het formulier *'Medische kennisgeving tot financiële tegemoetkoming voor een patiënt die thuis palliatieve verzorging geniet'* in en verstuurt dit per post naar de adviserend geneesheer van het ziekenfonds van de patiënt (per post is belangrijk omdat de datum van de poststempel de ingangsdatum is voor het verkrijgen van het palliatief statuut).

Dit formulier kan je downloaden via:
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier_artsen_tegemoetkoming_palliatieve_verzorging_thuis.pdf

Wanneer de medisch adviseur van het ziekenfonds deze kennisgeving ontvangt, krijgt de patiënt het **statuut palliatieve patiënt.**

Financiële tegemoetkomingen

Het statuut palliatieve patiënt verleent meerdere financiele tegemoetkomingen:

1. De patiënt krijgt een forfaitaire financiële tussenkomst voor de kosten die niet vergoed worden door RIZIV (zoals de geneesmiddelen, het zorgmateriaal, de medische hulpmiddelen). Dit wordt het **palliatief forfait** genoemd.
   In 2018 bedraagt het forfait **€ 663,49** (jaarlijkse indexering).
   Na 30 dagen kan er een tweede (en tevens laatste) aanvraag gebeuren (via dezelfde procedure), indien de patiënt na afloop van de eerste 30 dagen verder aan de voorwaarden voldoet. Zo kan de patiënt het bedrag een tweede maal ontvangen.
   Het bedrag blijft integraal verworven, ook als de patiënt binnen de dertig dagen overlijdt.

2. De honoraria van **de huisbezoeken van de huisartsen** worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds. Deze patiënten moeten dus geen persoonlijk aandeel (remgeld) betalen.
   De huisarts mag bij deze palliatieve patiënten de derde betalende regeling gebruiken.

3. De honoraria van **de thuisverpleegkundige** worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds, mits de verpleegkundige aan een aantal voorwaarden voldoet:
   - de thuisverpleegkundige is een gegradueerde verpleegkundige of daarmee gelijkgesteld, een vroedvrouw of een gebrevetteerde verpleegkundige
   - bij het ziekenfonds van de patiënt controleren of hij wel degelijk het palliatief statuut heeft, en het ziekenfonds van de patiënt moet verwittigd worden dat de thuisverpleegkundige palliatieve thuiszorg verleent
   - de thuisverpleegkundige vult het formulier *'Kennisgeving van verpleegkundige zorg voor een palliatieve patiënt'* en verstuurt dit aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds via MyCareNet https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier_verordening20030728_bijlage_06.pdf

   De thuisverpleegkundige voldoet aan volgende bijkomende verplichtingen:
   - 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 ter beschikking zijn als de patiënt hem nodig heeft
   - een beroep kunnen doen op een referentieverpleegkundige die kennis heeft van palliatieve verzorging
   - het verpleegkundig dossier van de patiënt aanvullen met de volgende informatie:
     - registratie van de symptomen
     - de pijnschaal
     - de contacten met de familie van uw patiënt
     - de resultaten van de coördinatievergaderingen

   De thuisverpleegkundige kan dan de palliatieve honoraria aanrekenen tot en met de dag waarop de patiënt overlijdt.

4. De behandelingen voor een palliatieve thuispatiënt die **de kinesist** bij de patiënt thuis uitvoert, worden volledig terugbetaald. De kinesist gebruikt hiervoor specifieke verstrekkings-codes (art. 7, §14 bis van de nomenclatuur).
   De voorwaarden:
   - de patiënt ontvangt het forfait palliatieve zorg
   - en wordt thuis verzorgd (het begrip 'thuis' kan zowel de woning van de patiënt zijn, als de woning van een familielid of een huis waar de patiënt zijn vakantie doorbrengt. Een gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats zoals een rustoord valt niet onder deze noemer)
   - het voorschrift moet de noodzaak van een thuisbehandeling vermelden

   Zijn deze voorwaarden vervuld, wordt de nomenclatuur voor palliatieve kinesitherapie toegepast tot het overlijden van de patiënt.
   Er moet geen aanvraag of kennisgeving gebeuren voor de aanrekening van palliatieve zittingen.
   Elke zitting thuis bij een palliatieve patiënt wordt aangerekend met de verstrekking 564211 of 564233. Dit geldt zowel voor courante behandelingen en behandelingen zware aandoeningen als voor behandelingen F-acuut en F-chronisch.
   Er is geen maximum vastgelegd, tenzij de algemene regel van één zitting per dag.
   Een tweede palliatieve zitting per dag (564233) kan worden aangerekend als de patiënt tegelijkertijd beschikt over een akkoord zware aandoening en indien de voorwaarden van de nomenclatuur vervuld zijn.

DE PALLIATIEVE PATIËNT THUIS, IN WOON- EN ZORGCENTRA DIE NIET VOLDOET AAN DE VOORWAARDEN VOOR HET VERKRIJGEN VAN HET PALLIATIEF STATUUT

Bepaalde patiënten thuis of in een gemeenschappelijke verblijfplaats (ROB/RVT, PVT, enz.) kunnen alsnog een volledige terugbetaling van de honoraria voor de bezoeken van de huisarts bekomen, ook al hebben zij geen recht op het palliatief statuut. Zij zullen er dan recht op hebben tot hun overlijden.
De patiënt heeft er recht op als hij aan de volgende 5 voorwaarden voldoet (ook al heeft hij geen recht op het palliatief statuut):

- patiënt lijdt aan één of meer onomkeerbare aandoeningen;
- die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van de fysieke/psychische toestand;
- bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;
- bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);
- met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen; indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaming, en op aangepaste technische middelen.

De huisarts vult dit formulier in: "*Voorwaarden waaraan een patiënt moet voldoen om in aanmerking te komen voor de afschaffing van het persoonlijk aandeel voor de bezoeken en de desbetreffende supplementen, die door een erkende huisarts of een huisarts met verworven rechten worden uitgevoerd.*"
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier_tussenkomst_palliatief_patient.pdf

Dit formulier wordt verstuurd naar de adviserend geneesheer van het ziekenfonds van de patiënt.
De afschaffing van het persoonlijk aandeel voor huisbezoeken van de huisarts blijft van toepassing tot de patiënt overleden is.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL AANVRAGEN PALLIATIEF STATUUT

Jaarlijks stijgt het aantal patiënten met ongeveer 3%. (zie Afb. 1)

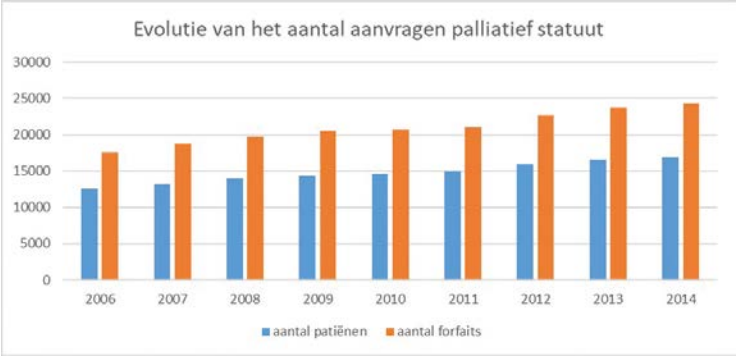
Het aandeel van het aantal patiënten die slechts 1 maal de palliatieve tegemoetkoming ontvangt, blijft schommelen rond 71% (tussen 2008 en 2014 slecht daling 2,3%). (zie Afb. 2)

In Vlaanderen is er een grote variatie in het aantal patiënten die palliatieve zorgen ontvangt (cijfers 2014). Arrondissement Antwerpen scoort het laagst in Vlaanderen. Tongeren en Turnhout zijn koplopers. (zie Afb. 3)

TIPS VOOR DE PRAKTIJK

Palliatieve zorg is een multidisciplinaire zorg. Als hulpverlener werk je het best in samenwerking en overleg met de andere hulpverleners. Wanneer de huisarts het palliatief statuut voor een patiënt aanvraagt, stelt hij bij voorkeur de andere hulpverleners hiervan in kennis. Dit kan niet alleen een mogelijkheid bieden tot een eerste overleg maar is tevens een signaal dat hij /zij de samenwerking belangrijk vindt.
Wanneer de huisarts het palliatief statuut voor een patient aanvraagt, garandeert hij/zij een continuïteit van de geneeskundige verzorging, ook tijdens de wachtdienst en tijdens het weekend. De praktische uitwerking hiervan is een opdracht van de wachtkring of huisartsenkring (IRIS is een voorbeeld van ondersteuning van de wachtdienst: https://www.scriptiebank.be/node/5679).
De individuele huisarts blijft steeds de eindverantwoordelijke voor de continuïteit van de zorg. Het MBE (multidisciplinaire begeleidingsequipe) kan als tussenschakel ingezet worden om deze continuïteit van de zorg te garanderen.

Afb. 1



Afb. 2

Afb. 3

arrondissement	patiënt met PZ	patiënt met PZ /100.000 verzekerden
Antwerpen	1.952	194
Mechelen	725	218
Turnhout	1.365	315
Tongeren	648	344
Sint-Niklaas	629	260
Vlaanderen	**16.316**	**259**

Referentie afbeeldingen: Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg.Evaluatie-rapport Palliatieve zorg. December 2017: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pz_rapport_2017_.docx_.pdf

Alhoewel de inzet van een MBE geen unieke voorwaarde is om het palliatief statuut te verkrijgen (ook mogelijk is dat de eigen hulpverleners zich er toe verbinden de totaalzorg binnen de palliatieve zorgcultuur deskundig waar te maken), biedt de inzet van een MBE meerwaarde: o.a. het gespecialiseerd deskundig advies over alle aspecten van de palliatieve zorg; het mogelijke overleg tussen de huisarts en de equipearts; de 24 uur op 24 bereikbaarheid; de expertise bij multidisciplinair overleg; het anticiperend denken en handelen.

Nog vragen over het palliatief statuut?
Contacteer PHA via 03/265 25 31 of pha@uantwerpen.be

GIFTEN / SPONSORS

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

Waarom steunen wij PHA?

Zo'n 20 jaar geleden kwamen enkele leden van Lions Club Boom (Erwin Coeck, Bart Ongena & Freddy Honorez) voor de eerste maal in contact met vrijwilligers van de palliatieve eenheid van het Sint-Camillus instituut in Antwerpen.
Hun waardering voor dit indrukwekkend en lovenswaardig vrijwilligerswerk resulteerde al snel in sponsoring van kleinschalige projecten in de dagverblijfplaats voor palliatieve verzorging.
Omdat we binnen de club deze hulp een repetitief karakter wensten te geven, belandden wij via Sint-Camillus onvermijdelijk bij Tine De Vlieger, toen al algemeen coördinator van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen. In 2005 kwam zij een eerste maal de werking, de doelen en de talrijke uitdagingen van deze organisatie toelichten in onze club.
Enerzijds begrepen we dat palliatieve zorgen een enorm verschil kunnen maken bij het levenseinde van een patient, zowel voor de zieke zelf als voor zijn entourage. Velen onder ons hebben immers blijvende (slechte) herinneringen aan afscheid nemen van een familielid in een tijd waar palliatieve zorgen nog niet aan de orde waren.
Anderzijds groeide het besef dat de noden van PHA de van overheidswege aangereikte subsidies overstegen. In onze Lions Club werd unaniem beslist om van PHA één van onze belangrijkste sociale doelen te maken, waarvoor jaarlijks middelen zouden voor worden vrijgemaakt. E.e.a. had tot gevolg dat tot tweemaal toe een klassiek concert werd georganiseerd in de Singel, waarvan de opbrengsten integraal aan PHA werden geschonken.
Inmiddels willen we graag ons respect en onze erkentelijkheid verder onderlijnen jegens de talrijke vrijwilligers, medewerkers en zorgverstrekkers binnen deze organisatie. Een aanzienlijke groep mensen heeft de opdracht aanvaard om, binnen een wettelijk kader, palliatieve zorgen te verstrekken aan terminaal zieken. Artsen, een psychologe, verpleegkundigen of gewone burgers (vrijwilligers) die, elke dag opnieuw, een stukje van zichzelf geven aan hun zieke medemens. Zij zouden één voor één LIONS kunnen zijn, want dragen zij ons motto 'WE SERVE' immers niet echt in hun hart? Zetten zij zich niet echt belangeloos in voor hun medemens? Heeft de betekenis van het woord vriendschap en naastenliefde voor deze equipe niet een andere dimensie?

Op een moment dat alle hoop in rook is verdwenen,
net na het besef dat de geneeskunde haar laatste pijlen heeft verschoten,
en schoorvoetend heeft moeten toegeven dat niets meer zal baten.
Wanneer het besef doordringt dat het einde onverbiddelijk dichterbij komt…
wellicht dan pas word je als patiënt echt bang.
Maar op het moment dat alle hoop is vervlogen, en dat enkel die knagende angst overblijft,
net dan biedt een medewerker van Palliatieve Hulverlening je opnieuw hoop!
Hoop op een luisterend oor, op begrip, op pijnbestrijding, op raad, … Kortom hoop op menswaardige omstandigheden om sereen afscheid te kunnen nemen van je naasten en van het leven.

Wij hopen oprecht dat onze morele steun en ons financieel engagement een riem mogen zijn onder het hart van de medewerkers en vrijwilligers van PHA.

Freddy Honorez, Sociaal Comité
Ronald Maes, Voorzitter
Lions Club Boom

PHA bedankt alle sponsors voor de giften van de voorbije maanden!

Speciale dank aan volgende sponsors:

Universiteit Antwerpen

Met steun van Kom op tegen Kanker

International Women's Contact Antwerp

Palliatieve psychiatrische zorg: noodzaak en uitdaging

AUTEUR *Filip Berwaerts,* is als psychiatrisch verpleegkundige werkzaam op de afdeling directieve therapie van de psychiatrische kliniek Broeders Alexianen in Tienen.

'Palliatieve psychiatrische zorg' is een vrij recente term binnen de geestelijke gezondheidszorg. Vaak wordt hij door hulpverleners met een bedenkelijk gefronst voorhoofd onthaald. De term kampt met een imagoprobleem omdat hij vaak geassocieerd wordt met terminaal lijden. En aangezien psychiatrische ziektes an sich niet terminaal zijn, lijkt een palliatieve psychiatrische zorg onnodig. Samenhangend daarmee roept het voor veel hulpverleners, en wellicht ook patiënten, de betekenis op van 'afgeschreven zijn'. En dit net in een tijdperk waarin de herstelbenadering een sterke opgang kent, waarbij men naast het pathologische en de beperkingen vooral oog heeft voor de mogelijkheden die de persoon – ondanks zijn aandoening en lijden – nog heeft.

> Het euthanasiedebat heeft zeker en vast de problematiek van het als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren psychisch lijden meer ter sprake gebracht.

Ondanks al de terecht positieve aandacht voor herstelgericht werken en rehabilitatie blijft er echter een groep patiënten voor wie de huidige geestelijke gezondheidszorg onvoldoende een antwoord biedt en die 'ondraaglijk en uitzichtloos lijdt'. Dit zijn de termen die gebruikt worden in de Wet betreffende de euthanasie van 2002. Daarbij werd onder bepaalde voorwaarden euthanasie mogelijk voor beslissingsbekwame patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Ook al blijft er veel kritiek op de euthanasiewet mogelijk, ze heeft bij veel hulpverleners wel de aandacht gevestigd op die belangrijke groep patiënten. Het euthanasiedebat heeft zeker en vast de problematiek van het als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren psychisch lijden meer ter sprake gebracht. Om echt van een autonome keuze te kunnen spreken, moet er voor hen naast de mogelijkheid van euthanasie echter een alternatief van kwaliteitsvolle zorg zijn. Anders is er geen keuze.

Bovendien is er naast de groep van autonome, beslissingsbekwame patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke groep patiënten voor wie dit autonomie-ideaal van beslissingsbekwaamheid niet geldt. Er is echter geen enkele reden om te denken dat het lijden van deze personen niet ondraaglijk en uitzichtloos zou kunnen zijn. Zeker voor deze groep – die in onze sterk geautonomiseerde gezondheidszorg te snel vergeten dreigt te worden – is het belangrijk een kwaliteitsvolle zorg te kunnen aanbieden.

> Wat moeten we ons voorstellen bij psychiatrische palliatieve zorg?

Het was dus in de nasleep van de Wet op de euthanasie dat een duidelijke vraag ontstond naar goede zorg voor psychiatrische patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden. Naar analogie met palliatieve zorg in de lichamelijke geneeskunde ontstond daarom wellicht de term palliatieve psychiatrische zorg. Maar naast het imagoprobleem van de term botsen we ook op een

inhoudelijk probleem. Wat moeten we ons voorstellen bij psychiatrische palliatieve zorg? Wat kan er voor deze (uitbehandelde?) patiënten nog gedaan worden? In dit artikel wil ik een poging doen om een aantal mogelijke elementen van psychiatrische palliatieve zorg naar voren te schuiven, in de hoop dat dit een hulp kan zijn bij deze inhoudelijke zoektocht. Deze ideeën zijn mee geïnspireerd door literatuur, discussie in werkgroepen van de Broeder van Liefde en de Alexianen Zorggroep Tienen en eigen reflectie. Vooraleer er iets als een palliatief model in de geestelijke gezondheidszorg kan ontwikkeld worden, zal er volgens mij – naast het kijken naar reeds bestaande good practices – vooral ook nood zijn aan reflectie, bezinning en discussie. Het zal bij het lezen echter ook duidelijk worden dat deze elementen van palliatieve psychiatrische zorg niet vanzelfsprekend zijn binnen het huidige model van de geestelijke gezondheidszorg.

De volgende elementen lijken mij noodzakelijk te zijn bij de uitbouw van een palliatieve psychiatrische zorg.

1 **"Er zijn" (en blijven!)**

'Er zijn' is in de eerste plaats 'er niet niet zijn'. Het lijden van de ander, en zeker het ondraaglijk en uitzichtloos lijden waartegenover we ons machteloos voelen, 'stoort' ons in ons dagelijks bestaan. We willen ons er liefst van afwenden en niet door laten raken. We kunnen daarom allerlei pogingen ondernemen om aan de dwingende eis van het lijden te helpen te ontkomen door zo weinig mogelijk contact op te zoeken, ons te verschuilen in ons bureel achter de computer (waar we zo nodig onze dossiers en administratie moeten bijhouden),…

Meer positief ingevuld betekent het 'er zijn', dat men in de relatie met de patiënt aandachtig aanwezig is, beschikbaar en onbevangen. Dit sluit sterk aan bij de presentiebenadering van Andries Baart. Het is de ander wezenlijk ontmoeten, onder andere door te werken met een open agenda, zonder voorop gesteld doel of deadlines. Het is geduldig zijn, de tijd nemen en de tijd geven, ondanks de nadruk die tegenwoordig gelegd wordt op tijdsefficiëntie, kortdurende programma's, Dit vraagt om een voldoende personeelsbezetting en een zoveel mogelijk vrij zijn van niet-patiëntgericht werk.

> 'Er zijn' houdt tegelijk trouw in, 'er blijven'.

'Er zijn' houdt tegelijk trouw in, 'er blijven'. Het lijden wordt als uitzichtloos ervaren en het eindpunt ervan valt niet te voorzien. Daarom kent ook de noodzaak tot zorg geen eindpunt. Maar we kunnen de patiënt moe worden en hem of haar willen doorverwijzen naar een andere afdeling of zorgvoorziening. Dit kan soms een nieuwe start betekenen, met opnieuw meer geloof en hoop dan voordien. Maar het kan ook als een afwijzing ervaren worden. Het is juist in het respectvol 'er blijven' dat men toont dat de ander de moeite waard is en blijft om er voor hem te zijn, en dat we hem het gevoel kunnen geven dat hij meetelt. Ook al is palliatieve psychiatrische zorg een zorg waarbij men probeert de bestaande levenskwaliteit te verbeteren of behouden, het moet vooral een zorg zijn die blijft bestaan, zelfs (en vooral!) wanneer deze kwaliteit zichtbaar achteruit gaat.

'Er zijn' houdt ook afstand in. Afstand die nodig is om voldoende bewust te blijven van de eigen gevoelens die meespelen in de begeleiding; bijvoorbeeld wanhoop, boosheid, schuldgevoel en medelijden. Afstand die ook nodig is om als hulpverlener goed voor jezelf te zorgen; anders houdt men dit waarschijnlijk niet vol.

2 Ruimte maken voor zingevingsvragen

Ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden werpt existentiële vragen op. De patiënt voor ons is in de eerste plaats iemand die lijdt en niet iemand met een duidelijke en afgebakende zorgvraag of -behoefte. Naast het inhoudelijk en contextueel lijden ontstaat er meestal ook een metalijden dat gekenmerkt wordt door onder andere hopeloosheid, zinloosheid, gevoelens van onrecht en afgunst. Het leven verliest hier zijn vanzelfsprekendheid en dit roept vragen op naar de zin ervan. Vaak zijn dit waarom-vragen, waarop geen duidelijk antwoord kan gegeven worden en die niet kunnen opgelost worden met technieken of middelen: "Waarom leef ik?", "Waarom moet ik zo'n pijn lijden?", "Waarom zou ik nog verder doorgaan?",… In haar streven naar evidence based werken heeft de geestelijke gezondheidszorg deze vragen meer en meer naar de achtergrond verwezen. Hulpverleners vinden meestal ook dat ze te weinig getraind zijn in het omgaan met deze vragen of dat dit vooral privé-vragen geworden zijn. En soms worden deze vragen uit de weg gegaan vanuit bezorgdheid; namelijk "Wat zou het ingaan op die vragen bij deze persoon allemaal kunnen oproepen?".

Het zijn ook lastige vragen omdat ons vaak de taal ontbreekt om hierover echt in gesprek te gaan. Onze gewone spreektaal lijkt ons hier in de steek te laten. En taal is juist één van de belangrijkste instrumenten in de geestelijke gezondheidszorg, een middel waarin we ons sterk geoefend hebben en dat we graag gebruiken. We betreden hier tevens het terrein van religie en filosofie die, vanuit een bredere visie op het lijden en de lijdende mens, hopelijk kunnen helpen in het zoeken naar een gepaste taal.

Binnen palliatieve psychiatrische zorg lijkt het belangrijk dat de hulpverleners zelf deze vragen durven aansnijden en er echt tijd voor maken. Patiënten vinden het zelf moeilijk om het hierover te hebben of willen er de zorgverleners niet mee belasten. Vaak zal het enkel mogelijk zijn aandachtig te luisteren en moeilijk om betekenis te geven aan wat verloren is of juist heel sterk aanwezig. De relatie met de hulpverlener kan daarbij vaak de enige nog overblijvende betekenisvolle en zingevende relatie zijn. Dit roept de vraag op of we wel zo belangrijk willen zijn voor deze patiënt, mogen we dit en kunnen we dit gevoel van verantwoordelijkheid dragen.

3 Loslaten van de gangbare behandelingsmodellen

Bij palliatieve psychiatrische zorg zijn de gekende therapeutische mogelijkheden uitgeput. Alles is al geprobeerd en het kan daarom niet 'meer van hetzelfde' zijn. Niet het hardnekkig verder blijven uitvoeren van de voorbije zorg, maar deze juist ter discussie durven stellen en durven loslaten. Genezing, buiten het ziekenhuis gaan wonen, zijn niet meer het doel. Behandelingsprotocollen mogen los gelaten worden in het zoeken naar wat hier en nu goed is voor deze patiënt. Bijvoorbeeld toch verslavende benzodiazepines geven wanneer deze lijdensverlichtend en symptoombestrijdend kunnen werken, toch iemand in bed laten liggen, toch een meer persoonlijke relatie durven aangaan, . Dit is ook heel kenmerkend voor de palliatieve zorg bij terminaal en ernstig fysiek lijden, waarbij men, losgekomen van therapeutische hardnekkigheid, in concrete situaties kijkt naar wat het comfort voor de

patiënt kan verhogen. Het is geen algemene oproep tegen het gebruik van regels of kwaliteitscriteria die vaak helpend kunnen zijn binnen de organisatie van de huidige complexe zorgwereld. Het is wel een pleidooi om dit in palliatieve psychiatrische zorg los te durven laten. Dit houdt voor hulpverleners een verlies van veiligheid en houvast in. Maar het bevat ook de mogelijkheid om los van een aantal beperkingen creatief op zoek te gaan naar wat hier en nu helpend is.

4 Omgaan met machteloosheid

De doelgroep voor palliatieve psychiatrische zorg betreft patiënten die langdurig ondraaglijk psychisch lijden en daarvoor alle mogelijke therapieën geprobeerd hebben, maar zonder (blijvend) positief resultaat. Hulpverleners worden hier sterk geconfronteerd met hun onmacht, want ze hebben in de eerste plaats voor hun beroep gekozen om te kunnen helpen, om actief iets te kunnen doen wanneer de persoon tegenover hen lijdt. In deze situaties lijken er echter geen gekende middelen meer te zijn om het lijden te verminderen. Dit vormt een belangrijk onderscheid met palliatieve zorgen in de lichamelijke gezondheidszorg, waarbij er dikwijls wel nog middelen bestaan om het lijden te verminderen, zoals bijvoorbeeld sterke pijnstillers of in sommige situaties zelfs palliatieve sedatie. Twee basisovertuigingen van hulpverleners komen daarbij op de helling te staan. De eerste is dat hulpverleners doorgaans de patiënt zien als iemand met een in principe te behandelen ziekte. De tweede is dat ze zichzelf daarbij zien als iemand die in staat is actief mee te werken aan dat behandelproces. Het gevoel van machteloosheid maakt ons dan ook erg ongemakkelijk. Daartegenover staat het accepteren van het lijden en dit mee kunnen uithouden, het kunnen verduren en mee (ver)dragen.

Palliatieve psychiatrische zorg is zeker ook omgaan met de onmacht van de patiënt zelf. Onmacht die telkens weer gevoed wordt door geen greep te krijgen op het lijden. Erkenning van dit allesomvattende lijden zal daarbij noodzakelijk zijn, maar ook het door een betrokken aanwezigheid mee proberen dragen van de last.

5 Openstaan voor de wil het leven te beëindigen

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden doet de meeste mensen twijfelen aan de zin van verder leven. De Wet op de euthanasie van 2002 maakt euthanasie mogelijk en die mogelijkheid lijkt geleidelijk aan positiever onthaald te worden, ook onder hulpverleners. Het is daarom waarschijnlijk dat de vraag naar euthanasie in de toekomst vaker dan nu gesteld zal worden. Het is belangrijk die vraag samen met de patiënt – en waar mogelijk ook de naastbetrokkenen – verder te bespreken en uit te diepen; en daar voldoende tijd voor te nemen. Ondanks de steun en het mee proberen dragen van het lijden kan de vraag naar levensbeëindiging blijven bestaan. Mee met de patiënt op zoek gaan naar een goede, respectvolle euthanasie-uitvoering zal dan mee tot de zorg behoren.

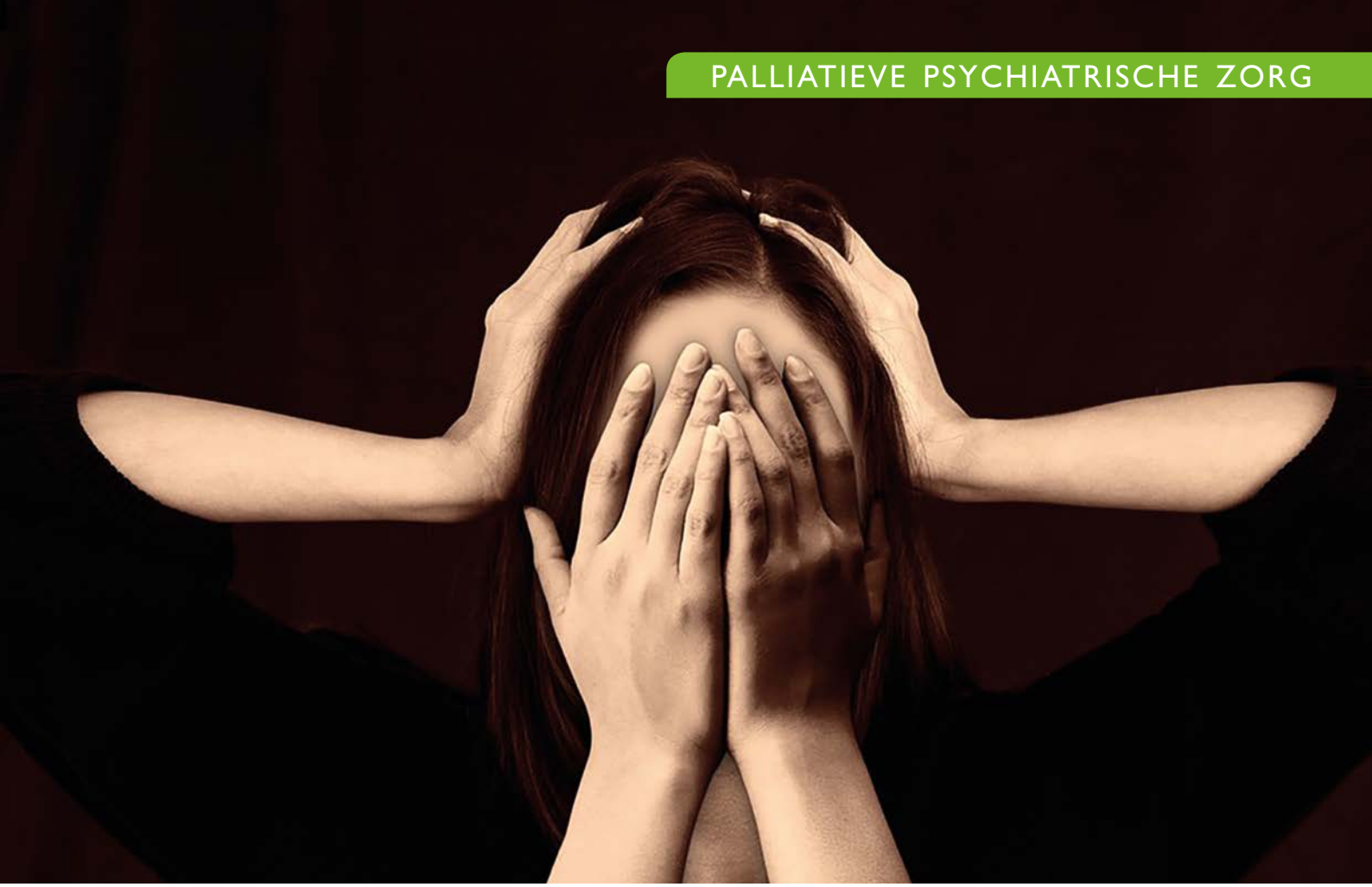
> Het is daarom waarschijnlijk dat de vraag naar euthanasie in de toekomst vaker dan nu gesteld zal worden.

Niet iedereen die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, is echter voldoende beslissingsbekwaam. Toch kan ook door die personen de vraag om het leven – en daardoor het lijden – te beëindigen, gesteld worden. Dit thema mag ook bij hen niet uit de weg gegaan worden.

Palliatieve psychiatrische zorg start echter niet pas vanaf het tijdstip dat de wil tot levensbeëindiging gesteld wordt. Integendeel, patiënten kunnen ondraaglijk, uitzichtloos psychisch lijden en met heel wat zingevingsvragen worstelen, zonder dat die wil geuit wordt. Dat roept natuurlijk de vraag op wanneer moet/kan gestart worden met deze zorg. Hier is waarschijnlijk geen duidelijk antwoord op mogelijk. Wellicht gaat het om een soort overgang, waarbij naarmate het lijden meer en meer als ondraaglijk en vooral uitzichtloos ervaren wordt, en er daardoor meer zinvragen gesteld worden, geleidelijk aan ook meer de elementen van palliatieve psychiatrische zorg aan bod zullen moeten komen.

6 Aandacht voor familie en naastbestaanden

Kenmerkend voor palliatieve zorgverlening in de lichamelijke gezondheidszorg is haar grote aandacht voor familie en naastbestaanden. Ook binnen pal-



liatieve psychiatrische zorg zal dit een belangrijke plaats innemen, want ook zij lijden, voelen zich onmachtig en hopeloos, … 'Er zijn' en zingevingsvragen bespreken zullen daarom ook bij hen belangrijke elementen van de begeleiding zijn.

7 Durven blijven hopen

Hoop is erg belangrijk bij zieken. Het geeft hen onder andere kracht om door te zetten op moeilijke momenten. Het is niet enkel een emotie. Hoop bestaat immers uit een verlangen naar iets, maar tevens uit een overtuiging over de waarschijnlijkheid van de vervulling van dat verlangen. Bij patiënten die langdurig, chronisch psychisch lijden blijft het verlangen naar minder pijn, minder last van symptomen, begrip, een zinvol leven met betekenisvolle relaties, doorgaans aanwezig. Het is vooral de in de tijd langzaamaan afnemende overtuiging van de vervulbaarheid ervan die hen uiteindelijk tot hopeloosheid kan leiden.

> Hoop is voor hulpverleners een kracht, maar wellicht ook een lichtpunt voor de patiënt.

De kans op verandering is bij psychisch lijden echter bijna nooit gelijk aan 0. Verandering blijft ondanks alle wanhoop toch soms mogelijk. Hulpverleners kunnen, ondanks de hopeloosheid van de patiënt en misschien tegen beter weten in, toch blijven hopen en moeten dit ook durven blijven doen. Geen naïeve hoop ('Alles komt goed!') en geen valse hoop, maar wel het blijven openstaan voor het onverwachte en de overtuiging dat hun zorg – ook al lijkt deze misschien niet te helpen – zinvol is. Die hoop is voor henzelf een kracht, maar wellicht ook een lichtpunt voor de patiënt.

Tot slot

In palliatieve psychiatrische zorg moeten we loskomen van protocollen, wetenschappelijke inzichten, onze taal, onze traditie. Het vraagt hulpverleners om een erg ongewone aanpak waarin ze onder andere geconfronteerd worden met machteloosheid en zingevingsvragen. Als hulpverlener wordt men hierbij helemaal uit zijn comfortzone gehaald. Om zicht te krijgen op de eigen gevoelens, drijfveren en beperkingen is er daarom voortdurende reflectie noodzakelijk. Voldoende overleg, supervisie en intervisie zijn onontbeerlijk om de moeilijke gevoelens te bespreken, maar zeker ook om elkaar de nodige steun te geven.

UITNEEMBARE MIDDENKATERN

Trouwe lezers en volgers van PHA verwachten elk jaar in december onze vormingsbrochure. Dit jaar krijgt u geen apart boekje meer in handen. Hiernaast vindt u onze nieuwe, algemene vormingsbrochure waarin u alle informatie terugvindt over sensibilisaties en vormingen op maat. Deze brochure staat ook op onze website.
Via onze website, Info-PHA, mail en onze Facebookpagina wordt u op de hoogte gehouden van alle vormingen die PHA organiseert (driedaagses, themanamiddagen, informatieavonden,…). Hou deze kanalen dus zeker in het oog zodat u niets mist van ons aanbod!

Veel vragen blijven in dit artikel onbeantwoord. Moet deze begeleiding bijvoorbeeld op een aparte, gespecialiseerde dienst of op de vertrouwde afdeling? Welke (negatieve) invloed kan dit hebben op andere bewoners? Wanneer starten we met deze meer specifieke benadering? (Hoe) brengen we dit bij de patiënt en naastbestaanden ter sprake? Daarom is discussie over palliatieve psychiatrische zorg nodig. Enkel zo kunnen we verder groeien naar een menswaardige hulpverleningsvisie op de begeleiding van patiënten die ondraaglijk en uitzichtloos lijden.

"Er zijn is de ander wezenlijk ontmoeten, onder andere door te werken met een open agenda, zonder voorop gesteld doel of deadlines. Het is geduldig zijn, de tijd nemen en de tijd geven, ondanks de nadruk die tegenwoordig gelegd wordt op tijdsefficiëntie, kortdurende programma's. Dit vraagt om een voldoende personeelsbezetting en een zoveel mogelijk vrij zijn van niet-patiëntgericht werk".

"Behandelingsprotocollen mogen los gelaten worden in het zoeken naar wat hier en nu goed is voor deze patiënt".

"Als hulpverlener wordt men helemaal uit zijn comfortzone gehaald. Om zicht te krijgen op de eigen gevoelens, drijfveren en beperkingen is er daarom voortdurende reflectie noodzakelijk. Voldoende overleg, supervisie en intervisie zijn onontbeerlijk".

Tijdschrift Psychiatrie & Verpleging, jaargang 93, nr. 4, juli-augustus 2007. Themanummer palliatieve psychiatrie. Uitgever: Uitgeverij Garant | Broeders van Liefde

LITERATUUR

- Baart, A., 'Een theorie van de presentie', Boom Lemma Uitgevers, Amsterdam, 2004.
- Baart, A., 'Wat is presentie', www. Presentie.nl.
- De Dijn, H.,'Palliatieve zorg en levenskwaliteit' en 'Menselijke waardigheid', in : De Dijn, H., 'Drie vormen van weten: over ethiek, wetenschap en moraalfilosofie', Polis/Pelckmans, Kalmthout, 2017, pp. 113-152.
- Eneman, M., 'Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie. Lijden aan en onder schizofrenie.', in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 2006, pp. 373-382.
- Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen VZW, studie-avond 'Masterclass: Psychiatrie, Palliatieve zorg en Euthanasie', 2 oktober 2014.
- Haekens, A., 'De palliatieve benadering als alternatief voor therapeutische verbetenheid…?', Power Pointpresentatie.
- Koekoek, B., 'Onze pijnlijke onmacht', in: Psychopraxis, mei 2005, pp. 95-99.
- Koerselman, F., 'Palliatie in de psychiatrie', lezing tijdens Expertendag Palliatieve zorgen en Psychiatrie, 11 februari 2011.
- Musschenga, B., 'Over 'Valse hoop", in: Filosofie en Praktijk, maart 2016, pp. 4-20.
- Muthert, H., 'Het 'antwoord' centraal: geestelijke verzorging bij verlieservaringen', in: Verhagen, P.J.; van Megen, H.J.G.M., Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit, De Tijdstroom, Utrecht, 2012, pp. 461-469.
- Symposium 'Palliatieve zorgbenadering in de GGZ, heeft dat meerwaarde?', 29 maart 2011.
- werkgroepen: Lokale supportgroep existentieel lijden AZTienen (België), Centrale supportgroep Euthanasie Broeders van Liefde (België), Centrale Begeleidingscommissie ethiek Broeder van Liefde (België).

PHA VORMING

VORMINGSAANBOD

PHA

INHOUD

Vormingen van PHA – 2

Sensibilisaties (informatiemomenten voor de bevolking) – 3

Vormingen op maat voor professionelen – 4

Praktisch – 8

Vormingen van PHA

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw heeft als erkend netwerk de opdracht om vormingen en opleidingen te organiseren en een vormingsprogramma aan te bieden.
Jaarlijks organiseert PHA een driedaagse basisopleiding voor zorgkundigen en verzorgenden, een driedaagse voor paramedici, een gratis informatieavond voor het brede publiek en verschillende themanamiddagen.
Verder werkt PHA mee aan provinciale opleidingen, symposia, workshops en aan langdurige opleidingen aan Universiteiten en Hogescholen.

Alle informatie hierover is terug te vinden op onze website www.pha.be onder 'Agenda'.

PRAKTISCH

Bij een inschrijving steeds volgende zaken vermelden:
- contactgegevens werkplaats
- contactgegevens deelnemer(s)
- de vorming(en) die men wenst te volgen.

De inschrijving is pas geldig na mail **en** het betalen van het inschrijvingsgeld.
Het rekeningnummer van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw is BE47 4099 5863 5280
Vermeld steeds uw naam en de titel van de vorming.
Op vraag kan er een factuur opgesteld worden.
Na de vorming ontvangt u een vormingsattest.

ANNULERINGEN

Bij annulering tot 14 dagen voor de aanvangsdatum van de vorming wordt het inschrijvingsgeld teruggestort, mits een aftrek van 30% voor de administratiekosten.
Bij annulering minder dan 14 dagen voor de aanvangsdatum van de vorming is terugvordering van het inschrijvingsgeld niet meer mogelijk.
Bij een annulering op een themanamiddag wordt het inschrijvingsgeld nooit terugbetaald.
Een persoon kan steeds iemand anders in zijn/haar plaats laten deelnemen.
Indien u niet aanwezig kan zijn op een vorming waarvoor u zich inschreef, vragen wij u het secretariaat zo snel als mogelijk telefonisch te verwittigen.
PHA kan een aangekondigde vorming annuleren indien de omstandigheden zich hiertoe dwingen. Het inschrijvingsgeld wordt dan integraal terugbetaald.

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

Sensibilisaties

PHA wil iedereen informeren over palliatieve zorgen al haar mogelijkheden.
PHA kan verschillende onderwerpen brengen aan diensten- en ontmoetingscentra, gezondheidsraden, scholen, organisaties, socio-culturele verenigingen,…

Enkele mogelijke onderwerpen zijn:

- Wat is palliatieve zorg?
- De organisatie van palliatieve zorg in Vlaanderen en de regio Antwerpen
- PHA: taken van het netwerk en MBE (Multidisciplinaire Begeleidingsequipe)
- Vroegtijdige zorgplanning
- Keuzes bij het levenseinde
- Sociale voorzieningen voor palliatieve patiënten en hun naasten
- Rouwen en rouwzorg
- Pijnbeleid bij de palliatieve patiënt
- Het "normale" stervensproces
- Euthanasie: wetgeving, stappenplan, formulieren
- Omgaan met familie en naasten in palliatieve zorg
- Kinderen en jongeren betrekken in palliatieve zorg
- …

Er dienen minstens 10 deelnemers aanwezig te zijn.

Vormingen op maat

PHA biedt aan de professionele zorgverleners en de zorgorganisaties een uitgebreid aanbod van vormingsthema's aan. De aanvrager kan ook zelf een onderwerp voorstellen.
Bij een vorming op maat worden het onderwerp, de doelstelling, de doelgroep en de methodiek van de vorming in onderling overleg bepaald en afgestemd op de concrete noden van de organisatie.
Enkele mogelijke onderwerpen zijn:

PALLIATIEVE ZORG: ALGEMEEN

- **Wat is palliatieve zorg?**
  Onder palliatieve zorg wordt verstaan: alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. Informatie over de historiek, de definitie van de WHO, de ontwikkeling van palliatieve zorg, wat houdt palliatieve zorg in, een multidisciplinaire totaalzorg.
- **Werking en aanbod van Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw.**
  De taken en opdrachten van PHA: het netwerk, de Multidisciplinaire Begeleidingsequipe (MBE), de vrijwilligerswerking, het vormingsaanbod.
- **Het palliatief zorgaanbod in Vlaanderen en de sociale voorzieningen in palliatieve zorg.**
  Er zijn verschillende palliatieve zorgsettings. Onder bepaalde omstandigheden zijn sociale regelingen en financiële tegemoetkomingen voorzien voor palliatieve patiënten en hun mantelzorgers (palliatief thuiszorgforfait, vrijstelling remgeld, Vlaamse zorgverzekering, verlof voor palliatieve zorgen, mantelzorgpremie, …).
- **Diversiteit.**
  Diversiteit betekent letterlijk verscheidenheid. Elk individu is uniek en daardoor verschillend van een ander. Diversiteit kan moeilijk genegeerd worden en is inherent aan de zorgsector. Er wordt verduidelijkt wat diversiteit is en er worden inzichten en tips meegegeven om te kijken naar en om te gaan met diversiteit van palliatieve patiënten, op de werkvloer en in de zorg.

INTERPROFESSIONEEL WERKEN IN PALLIATIEVE ZORG

- **Interprofessionele samenwerking in de palliatieve zorg.**
  Palliatieve zorg is een multidisciplinaire zorg: overzicht van het aanbod en 'tips en trics' voor een optimale samenwerking.
- **Ethisch reflecteren in de dagelijkse palliatieve zorgpraktijk.**
  In het dagelijks contact met palliatieve patiënten en hun omgeving word je dagelijks geconfronteerd met jezelf. Je merkt dat wat jij belangrijk vindt, niet altijd van waarde is voor de ander. Je wordt uitgedaagd om kritisch stil te staan bij je handelen en je zijn. De patiënt levert je ethische zorgvraagstukken en kan je hierdoor uit je comfortzone halen. Hoe kan je tot een gezamenlijk, multidisciplinair standpunt komen om de patiënt op het juiste moment de beste zorg te bieden? Wat is gewenste zorg, gepaste zorg en toereikende zorg? Wanneer spreek je van professionaliteit?

COMMUNICATIE IN PALLIATIEVE ZORG

- **Communicatie in palliatieve zorg.**
  Communiceren met palliatieve patiënten en hun naasten vereist een aantal vaardigheden. De wijze waarop gesprekken worden gevoerd is belangrijk. Aandachtspunten zijn: de basishouding, de non-verbale communicatie, het actief luisteren, het opvangen van emoties en de valkuilen in communicatie.
- **Spreken over vroegtijdige zorgplanning: hoe doe je dat?**
  Op voorhand spreken over wensen en verwachtingen die er zijn bij het levenseinde is vreemd en maakt ons onzeker. Toch is het een belangrijke vorm van hulpverlenen en verwacht men van de hulpverlener om hiertoe uit te nodigen. Hoe doe je dat? Wat houden zo'n gesprekken in? Wat moet je weten en kunnen?

ZORG VOOR DE ZORGENDEN

- **Zelfzorg.**
  De kwaliteit van de hulpverlening staat of valt met de mate waarin er zorg is voor de hulpverleners. Dit is de verantwoordelijkheid van de organisatie, van het team en van de hulpverleners zelf.
- **Omgaan met en aandacht voor het sociaal netwerk rondom de patiënt.**
  De patiënt valt niet los te koppelen van zijn context. De familie heeft het ook moeilijk en heeft nood aan ondersteuning op de vier velden: sociaal, spiritueel, psycho-emotioneel en fysiek.
- **Omgaan met gevoelens van onmacht.**
  Je werk confronteert je met mensen in moeilijke en in verliessituaties. Omgaan met deze situaties stelt je voor een lastige opgave als hulpverlener. Hoe kan jij je professioneel opstellen als deze situaties je raken? Hoe ga je om met je eigen kwetsbaarheid?

LEVENSEINDEHANDELINGEN

- **Vroegtijdige zorgplanning.**
  Tijdige afspraken over de wensen en verwachtingen van de palliatieve patiënt, zijn naasten en de hulpverleners faciliteren een betere zorg. 'Ook de laatste reis wil je samen bespreken'.
- **Medisch begeleid sterven: begrippenkader.**
  Dialoog en beslissingen worden het best ondersteund door een referentiekader: pijn- en symptoomcontrole, levensbeëindigend handelen, (niet) behandelbeslissingen.
- **De Wet Euthanasie.**
  De definitie, de wettelijke voorwaarden voor patiënt en arts, het verzoek, de voorafgaande wilsverklaring, de zorgvuldigheid bij de uitvoering.

PIJN- EN SYMPTOOMCONTROLE

- **Pijncontrole: basisprincipes.**
  Pijnbehandeling is een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg: de WHO pijnladder, de meest gebruikte pijnmedicatie, de verschillende toedienings-wijzen en de mythen rond opioïden (o.a. morfine).
- **Symptoomcontrole: basisprincipes.**
  Klachten bij een palliatieve patiënt (misselijkheid en braken, vermoeidheid, dyspnoe, verwardheid,…) vragen een specifieke benadering.
- **Het begrip 'totale pijn'.**
  Pijn is niet alleen fysiek lijden, maar beïnvloedt ook de psychische toestand van de patiënt, heeft gevolgen voor zijn sociale contacten en er kunnen existentiële vragen naar boven komen.
- **'Sterven van dorst'.**
  Denkkader rond terminale vocht- en voedseltoediening en het belang van mondzorg.
- **Medicatiepomp: de theorie en de praktijk.**
  Gebruik van een medicatiepomp bij de palliatieve patiënt: het is niet alleen een pijnpomp, maar het geeft ook mogelijkheden om andere medicatie toe te dienen.
- **Palliatieve sedatie.**
  Palliatieve sedatie is een medische handeling met eigen indicaties en medicatieschema's met als doel het bewustzijn van de patiënt zoveel als nodig te verlagen zodat hij geen hinder ondervindt van een onbehandelbaar symptoom.
- **Lichamelijke tekens van het naderende levenseinde.**
  De stervensfase kent een aantal waarneembare tekens: apnoe, anurie, somnolentie, …
- **Delier.**
  Acute verwardheid of delier is een nare ervaring voor zowel de patiënt als de naasten. Het kennen van de belangrijkste oorzaken en behandelingen kan een ondersteuning zijn.
- **Urgenties in de palliatieve zorg.**
  Ook in de palliatieve zorg kunnen dringende problemen zich voordoen. Hoe kunnen hulpverleners hier op anticiperen en handelen.

VRIJWILLIGERSWERKING BINNEN PALLIATIEVE ZORG

- **Vrijwilligers in de palliatieve thuiszorg.**
  Vaak is er een drempel om vrijwilligers toe te laten. Vrijwilligers kunnen een belangrijke meerwaarde betekenen voor patiënten en hun naasten in de palliatieve thuiszorg.

VERLIES- EN ROUWVERWERKING

- **Verlies- en rouwverwerking.**
  Soms kunnen mensen overspoeld geraken door verdriet, pijnlijke herinneringen en gevoelens. Iedereen rouwt wanneer men te maken krijgt met een betekenisvol verlies, maar de manier waarop kan sterk verschillen van persoon tot persoon. Zowel de patiënt als zijn naasten kunnen tijdens de palliatieve fase al een rouwproces doorlopen (anticipatorische rouw). Het rouwproces kan door allerlei persoonlijke en/of situationele factoren verstoord geraken en leiden tot gecompliceerde rouw. Het is belangrijk als hulpverlener om de eigen emoties te herkennen en erkennen in het begeleiden van palliatieve patiënten.

KIND EN PALLIATIE

- **Kinderen en jongeren betrekken in palliatieve zorg.**
  Volwassenen laten kinderen liefst opgroeien in een veilige omgeving. De confrontatie met lijden en afscheid nemen willen ze zo lang mogelijk uitstellen. Wanneer een ongeneeslijke ziekte het gezin binnentreedt, is het belangrijk om kinderen en jongeren te betrekken bij dit moeilijke gebeuren en hen gepaste opvang en begeleiding te geven.
- **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. Het is ook belangrijk om stil te staan 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, …

PALLIATIEVE ZORG EN DEMENTIE

- **Palliatieve zorg bij personen met dementie.**
  Mogelijkheden en beperkingen bij de uitbouw van palliatieve zorg bij personen met dementie.
- **Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie.**
  Vroegtijdige zorgplanning staat tegenwoordig in de belangstelling. Ook voor mensen die lijden aan dementie is dit continue communicatieproces een recht. Hoe kunnen hulpverleners mensen met cognitieve problemen actief betrokken houden bij de medische keuzes en beslissingen, maar ook over de manier waarop zij de rest van hun dagen willen doorbrengen? Hoe voer je gesprekken opdat de persoon die lijdt aan dementie gehoord wordt in zijn verhaal en er geluisterd wordt naar zijn mening? De richtlijn voor de zorg en begeleiding van mensen met dementie is de basis van deze vorming.

HET 4DE VELD IN PALLIATIEVE ZORG: SPIRITUALITEIT

- **Spirituele of existentiële pijn.**
  Confrontatie met de eindigheid van het leven kan existentiële pijn oproepen. Spirituele of existentiële pijn is de pijn die mensen voelen als ze de zin in het leven kwijt zijn, als ze er niet meer in slagen om het leven voor zichzelf zinvol te beleven, als ze er geen doel, geen richting meer in kunnen zien.

CASUSBESPREKING

- **Bespreking van een concrete zorgsituatie.**
  Vanuit reële, specifieke zorgsituaties wordt er samen stilgestaan bij en nagedacht over de inhoud en de organisatie van de dienstverlening. Het centrale doel is het uitbreiden en verfijnen van het denk- en handelingsrepertorium in concrete zorgsituaties. De verkregen resultaten zullen ondersteunend en adviserend werken bij gelijkaardige situaties in de toekomst. Overleg met een multidisciplinaire groep van professionelen levert een rijk leerforum op.

Aanbod voor artsen

Artsen hebben een belangrijke opdracht in palliatieve zorg. Bij de patiënten die thuis wensen te sterven is een kwaliteitsvolle palliatieve zorg onontbeerlijk.
De huisarts moet bekwaam zijn om de basisprincipes van palliatieve zorg te implementeren: anticiperen; een professionele houding; betrokkenheid; respect voor autonomie van de patiënt en werken in team.
Er kan een vormingsaanvraag worden ingediend door de vormingsverantwoordelijke van een huisartsenkring of van een verantwoordelijke van een LOK.
De aanvraag wordt in samenspraak met de artsen en de vormingsverantwoordelijken van PHA op maat uitgetekend.

PHA werkt samen met Domus Medica en de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen aan LOK pakketten.

✉ Voor meer informatie kan je terecht bij
dr. Noël Derycke, equipearts van PHA.
Noel.derycke@uantwerpen.be

Praktisch

Aanvrager

Alle verenigingen en organisaties werkzaam in de welzijns- en gezondheidssector kunnen een vorming aanvragen.

Verloop van de aanvraag

Een aanvraag gebeurt best via mail met volgende informatie:

- Contactgegevens organisatie en contactpersoon
- Info over de vorming die men aanvraagt:
  - Onderwerp(en) van de vorming(en) op maat
  - Het gewenste begin- en einduur
  - Voorkeursdata
  - Doelgroep
  - Geschatte groepsgrootte
  - Plaats van de vorming

Na overleg worden verdere concrete afspraken gemaakt. De aanvrager ontvangt dan een contract met een overzicht van de gemaakte afspraken.
Na de vorming wordt een factuur verzonden ter betaling. Indien de vorming wordt geannuleerd, heeft PHA het recht een administratieve kost aan te rekenen. Deze voorwaarden staan steeds in het contract.

Kostprijs

Sensibilisatie:
€ 70 (alles inbegrepen).
Vorming op maat:
€ 90 per uur per lesgever
+ vervoersonkosten & eventuele parkeeronkosten.

Werkingsgebied

Vormingsaanvragen buiten ons werkingsgebied worden in eerste instantie doorverwezen naar het netwerk van die regio. Het werkingsgebied van PHA vind je op onze website.

Voorzieningen

De aanvrager voorziet:

- een aangepast lokaal
- materiaal (flapbord, projectiescherm, beamer en laptop)
- kopieën van syllabus/hand-outs voor de deelnemers indien gewenst
- parkeerplaats voor de spreker

PHA voorziet:

- voorafgaand overleg
- 1 exemplaar van de syllabus/hand-outs
- evaluatieformulieren
- attesten

Contactgegevens

Voor alle praktische, administratieve vragen omtrent vormingen:

contacteer Martine Wendelen, administratief vormingsverantwoordelijke PHA.
Martine.wendelen@uantwerpen.be

Voor alle inhoudelijke vragen omtrent vormingen:

contacteer Inne Leuris, klinisch psychologe en vormingsverantwoordelijke PHA.
Inne.leuris@uantwerpen.be

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw
UA - Gebouw Fc - Domein Fort VI
Edegemsesteenweg 100 bus 2
2610 Wilrijk

03 265 25 31
pha@uantwerpen.be
www.pha.be

Een dag uit het leven van ... een ziekenhuispastor

Ann De Cleyn
Pastoraal medewerker GZA

Dag in, dag uit, samen met patiënten en hun naasten de vaak erg moeilijke weg gaan. Vertrouwen krijgen en mensen nabij mogen zijn. Een fantastische job!
Een tiental jaren geleden besloot ik mijn leven een nieuwe wending te geven. Overtuigd van het belang van spirituele zorg en nabijheid tijdens belangrijke fasen in een mensenleven koos ik ervoor om pastoraal werker te worden. Een erg gevarieerde job met heel intense momenten. Laat u even onderdompelen in een dag van een pastorale medewerker in een algemeen ziekenhuis.

9u Een verpleegkundige belt mij op. Een patiënt die wat later die dag zal verhuizen naar de palliatieve eenheid, vraagt een gesprek. Op de kamer merk ik wat deze verhuis met hem doet. De laatste fase. Zijn echtgenote steunt hem, maar ook voor haar valt het zwaar. Vooral de reacties van hun vier jonge kinderen zinderen nog na. Het plotse besef van de eindigheid doet nog grootste plannen ontkiemen. Dromen en wensen waar hopelijk nog tijd voor zal zijn.

13u Rond de middag komt een dolgelukkige man ons bureau binnengelopen. Fier laat hij een fotootje zien van zijn kersverse zoon. Een paar jaar geleden overleed zijn dochtertje juist na de geboorte. Ik herinner me nog zijn intens verdriet tijdens het afscheidsmoment in de kapel. Vandaag straalt hij. Werken op de pastorale dienst is mee mogen gaan met mensen. In kwade, maar gelukkig soms ook in goede dagen. Wat later bezoek ik de mama op de materniteit. Ik zie de foto van hun overleden dochtertje op het nachttafeltje staan. We staan nog even stil bij wat hen toen overkomen is. 'Ze zal voor altijd zijn zusje zijn', fluistert de pas bevallen mama zacht.

14.30u De telefoon gaat. Of ik kan langskomen op de afdeling oncologie. Voor ik bij de patiënte langsga, heb ik een kort overlegmoment met de psychologe van het palliatief supportteam en nadien met de verpleging. De vrouw had een moeilijke nacht. De medicatie werd verhoogd. Het einde is nabij. In de kamer voel ik de onmacht, de wanhoop en het verdriet bij de dochter. Even staan we samen in de modder. Een jong meisje zou zoveel anders moeten kunnen doen dan bezig zijn met afscheid nemen. Ondanks alles bedenk ik dat ik toch een fantastische job heb: tijd hebben om naast mensen te staan, om hen nabij te zijn, hun tempo respecteren, samen de weg te gaan. Eenvoudig, zo lijkt het, maar o zo waardevol!

16u Wat later die dag zit ik samen met mijn collega's. Een kort overlegmoment rond een vorming die we willen aanbieden over rituelen en gebruiken in verschillende religies. Als pastorale dienst willen we openstaan voor alle levensbeschouwingen. We hebben contacten met moreel consulenten en met spirituele begeleiders van andere godsdiensten. We dromen ervan om wat meer tijd te kunnen maken voor momenten rond stilte of bezinning die openstaan voor iedereen.

3u Ik ben van wacht. Om 3 uur word ik uit mijn bed gebeld. Een patiënte op intensieve zorgen is plots fel achteruit gegaan. De familie vraagt een ziekenzegen. Ik schiet in mijn kleren en haast me naar de kliniek. Het wordt een intens moment. Nog even samen dankbaar stilstaan bij het leven dat we moeten loslaten. De kinderen staan hand in hand rond het bed. Terwijl de schermen aangeven dat de tijd dringt, prevelen ze nog een woord van afscheid. De stervende moeder geeft nog wat 'goede raad' aan haar kinderen en een kruisje op hun voorhoofd zoals vroeger voor het slapengaan. Fijn dat mensen zich zo omringd mogen weten, tot het einde toe. Ik rijd met een dankbaar gevoel weer naar huis.

"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 de 2 vorige info-PHA's heb ik het vooral gehad over de definitie van pijn, de pijnbeleving en -gedrag en over de diagnostiek van pijn. In dit derde en laatste deel sta ik stil bij de behandeling van pijn.

DEEL 3: Behandeling

Non-farmacologische interventies bij pijn bij kwetsbare ouderen

Zoals ook al in deel 2 geschetst, heeft pijn belangrijke gevolgen voor het lichamelijk en geestelijk functioneren door afname van de activiteit en mobiliteit. Niet alleen door fysieke beperkingen maar ook door de angst voor pijn. Dit heeft een negatieve invloed op het niet meer naar wens uit kunnen voeren van activiteiten en daarmee een beperking voor participatie in de maatschappij en een verslechterde kwaliteit van leven. Het is goed mogelijk (en van sommige interventies ook bewezen) dat de niet-medicamenteuze interventies positieve effecten kunnen hebben juist op deze gevolgen.

Er moet wel worden benadrukt dat non-farmacologische interventies altijd moeten worden overwogen als aanvulling op medicamenteuze interventies, gezien de negatieve effecten van pijn op het functioneren, participatie en welzijn. Ergotherapeutische, (geriatrie-)fysiotherapeutische en psychologische interventies kunnen

daarmee een belangrijke toegevoegde waarde vormen bij de behandeling van pijn en de gevolgen van pijn bij kwetsbare ouderen.

Voorbeelden van (geriatrie-)fysiotherapeutische interventies bij kwetsbare ouderen:
- oefeningen ter behoud van een optimale spierkracht en beweeglijkheid;
- conditietraining;
- trainen van balans en evenwicht;
- looptraining;
- het oefenen van verplaatsingstechnieken;
- adviseren omtrent het omgaan met bewegen in relatie met de pijn, houdingsadviezen;
- adviseren bij het gebruik van loophulpmiddelen en evt. aangepast schoeisel;
- adviseren van mantelzorgers en verzorgenden omtrent het bewegend functioneren.

Voorbeelden van ergotherapeutische interventies bij kwetsbare ouderen:
- trainen van aangepast handelen, zoals het anders uitvoeren van activiteiten, houdingsadviezen, en het toepassen van gewrichtsbeschermende principes in dagelijkse activiteiten;
- aanpassen van de fysieke omgeving zoals zitvoorziening, ligorthesen, woning- aanpassingen, til- en transferhulpmiddelen;
- adviseren van de sociale omgeving, zoals advies aan mantelzorgers of verzorging/verpleging;
- adviseren/behandelen ter compensatie van verlies op bepaalde levensterreinen (bijvoorbeeld mobiliteit, vrijetijdsbesteding).

Voorbeeld van psychologische interventies bij kwetsbare ouderen:
- progressieve ontspanning;
- biofeedback;
- herdefiniëren van pijn ('het doet pijn, maar het is niet het allerergste dat me kan overkomen');
- in samenwerking met de sociale omgeving van de patiënt het gedrag van de patiënt veranderen door 'gezond' gedrag (zoals bewegen, actief zijn) te belonen en pijngedrag te negeren;
- psychosociale interventies zoals snoezelen kunnen met name bij mensen met matig tot ernstige cognitieve beperkingen positieve resultaten bieden op de beleving van pijn (Van Weert et al, 2005; Pieper et al, 2011).

Farmacologische pijnbestrijding

UITGANGSPUNTEN BIJ FARMACOLOGISCHE BEHANDELING VAN KWETSBARE OUDEREN MET PIJN

1. Iedere pijnklacht die het fysieke functioneren of de kwaliteit van leven vermindert, wordt als een relevant probleem erkend.

2. Bij besluiten over de farmacologische behandeling van kwetsbare ouderen met functionele beperkingen of verminderde kwaliteit van leven dienen voordelen, risico's of complicaties zorgvuldig overwogen te worden. Er is een groot ondergebruik van pijnmedicatie met ernstige gevolgen voor het functioneren. Daarnaast zijn juist ook kwetsbare ouderen zeer gevoelig voor bijwerkingen van medicatie en dient dus tegelijkertijd ook overbehandeling te worden bestreden. Met name het gebruik van geneesmiddelen die 'over-de-toonbank' worden verkocht verdienen hier speciale aandacht.

3. De kans op positieve uitkomsten wordt groter wanneer de arts voldoende kennis heeft over pijnmedicatie bij kwetsbare ouderen en wanneer hij goed let op bijwerkingen. Het is echter niet realistisch om volledige afwezigheid van pijn te verwachten bij sommige vormen van chronische pijn (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons, 2002).

4. Doelstellingen voor pijnreductie dienen tussen behandelend arts en de kwetsbare oudere patiënt of diens vertegenwoordiger in onderling overleg te worden afgesproken. Het uitgangspunt is een mate van pijnreductie, die de kwetsbare oudere patiënt in staat stelt activiteiten te ontplooien bij een aanvaardbare kwaliteit van leven.

5 Hoewel kwetsbare ouderen meer risico lopen op bijwerkingen van geneesmiddelen kan medicatie veilig en effectief worden gegeven wanneer comorbiditeit en andere risicofactoren zorgvuldig worden afgewogen. In theorie zijn er leeftijdsgerelateerde verschillen in effectiviteit, gevoeligheid en toxiciteit waardoor de farmacokinetische en farmacodynamische eigenschappen van geneesmiddelen zullen verschillen in een populatie van ouderen (Delgado-Guay et al, 2008; Fine, 2001; Fine, 2004; Pergolizzi et al, 2008).

6 In de praktijk moet vooral rekening worden gehouden met een afname van de nierfunctie en (in mindere mate) de leverfunctie. Bij kwetsbare ouderen met een verminderde nierfunctie kan dit aanpassingen van de dosering en/of frequentie van het geneesmiddel betekenen.

7 Voor sommige groepen van pijnstillende geneesmiddelen, bijvoorbeeld opioïden, hebben ouderen een aantoonbaar verhoogde gevoeligheid. Kwetsbare ouderen zijn evenwel een heterogene populatie, waardoor het moeilijk is te voorspellen wat de optimale dosering moet zijn en wat de te verwachten bijwerkingen zijn. Zo hebben mensen met (gevorderde) Alzheimer mogelijk minder effect van pijnmedicatie, door het verminderd aanwezig zijn van het placebo-effect (Benedetti et al, 2006).

8 Voor de meeste pijnstillers zijn er geen aanbevelingen beschikbaar hoe de dosering voor de leeftijd moet worden aangepast. In de tabellen in dit hoofdstuk zijn algemene doseringsadviezen terug te vinden, tenzij anders aangegeven. Bij een verminderde nierfunctie is het zakboek 'Verminderde Nierfunctie' te raadplegen. In de praktijk dient bij de meeste kwetsbare ouderen met een lage dosis te worden gestart, gevolgd door zorgvuldig overwogen opwaartse titratie (start low, go slow). Daarbij hoort herhaaldelijk evalueren voor het aanpassen van de dosering, optimale pijnstilling en bijwerkingen.

9 Belangrijk hierbij is, dat de risico's bij iedere patient opnieuw worden ingeschat: de ene oudere is de andere niet! De mate van kwetsbaarheid moet bij deze afweging worden meegenomen.

De minst invasieve methode van toedienen van geneesmiddelen dient te worden gebruikt. De orale route heeft de voorkeur, vanwege het gemak en vanwege de relatief stabiele bloedspiegel die kan worden opgebouwd. De meeste geneesmiddelen sorteren pas 30 minuten tot 2 uur na orale toediening effect. Dit kan te lang duren voor acute, heftig fluctuerende pijn. Een intraveneuze bolus injectie levert het snelst effect op, maar vergt meer werk, meer technische vaardigheden en bewaking dan orale toediening. Hoewel vaak gebruikt, hebben subcutane en intramusculaire injecties nadelen, zoals grotere fluctuaties qua absorptie. Daarnaast hebben kwetsbare ouderen minder spiermassa wat een intramusculaire toediening pijnlijker maakt. Transdermale, rectale en orale transmucosale routes kunnen essentieel zijn voor mensen met slikproblemen en mensen waarbij de algehele situatie hiertoe aanleiding geeft, zoals in de palliatieve setting. Bij rectale toediening geldt, dat de opname van het geneesmiddel wisselend is waardoor ook de mate van pijnstilling wisselend is. Houd hiermee rekening bij de keuze van de toedieningswijze.

10 Een goede timing van de toediening van het geneesmiddel is van belang;

a. Direct effect sorterende pijnstillers dienen te worden gebruikt in geval van ernstige episodisch optredende pijn. Geneesmiddelen voor pijn, die episodisch of met tussenpozen optreedt, kunnen gewoonlijk naar behoefte (= zo nodig) worden voorgeschreven. Voor kwetsbare ouderen met cognitieve beperkingen, die niet in staat zijn om geneesmiddelen te vragen, wordt altijd geplande toediening aanbevolen.
b. In geval van continue pijn dienen geneesmiddelen 'rond de klok' te worden gebruikt. In deze situaties zorgt een stabiele concentratie van pijnmedicatie in het bloed voor een betere pijnstilling
c. De meeste kwetsbare ouderen met continue pijn, die geneesmiddelen met een lange werking of met continue afgifte krijgen, moeten bij doorbraakpijn ook snel in werking tredende geneesmiddelen ter beschikking hebben. Doorbraakpijn sluit de volgende vormen van pijn in: (1) toenemende pijn omdat het geneesmiddel is uitgewerkt voordat de volgende geplande dosis wordt toegediend; (2) bewegings- of zorggerelateerde pijn die meestal te voorzien valt en van tevoren te behandelen is en (3) spontane pijn, zoals die bij neuropathische pijn voorkomt en die moeilijk te voorspellen is.

11 Bij kwetsbare ouderen met pijn waarbij meerdere factoren een rol spelen en/of bijwerkingen van gekozen middelen optreden is een multidisciplinaire benadering van belang om te komen tot een aanvaardbare situatie voor de oudere en zijn omgeving. In dit soort situaties kan het zinvol zijn een patiënt te verwijzen naar een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater. Deze kunnen middels een Comprehensive Geriatric Assessment een duidelijker beeld scheppen over reden van falen van eerder ingezet beleid en een haalbaar vervolgbeleid adviseren al dan niet in samenwerking met andere disciplines zoals een pijnteam. De klinisch geriater heeft daarbij meer aanvullende diagnostische middelen ter beschikking.

WHO-PIJNLADDER TOEGEPAST OP OUDEREN

Voor de medicamenteuze behandeling van kwetsbare ouderen met pijn is de WHO-pijnladder het uitgangspunt, met de volgende kanttekeningen:

Stap 1a (paracetamol): is de eerste keuze.

Stap 1b (NSAID's) en **stap 1c** (paracetamol en NSAID): geadviseerd wordt deze over te slaan bij kwetsbare ouderen, omdat deze veel bijwerkingen geven bij kwetsbare ouderen. Voor NSAID's is alleen een indicatie bij artritis. NSAID's worden zeker niet aanbevolen bij cardiovasculaire problemen.

Stap 2 (overstappen of toevoegen van zwak werkend opioïd zoals codeïne en tramadol): codeïne wordt geadviseerd over te slaan, omdat dit geneesmiddel veel bijwerkingen en weinig effect heeft bij kwetsbare ouderen. Alleen bij ouderen met matige chronische pijn bij wie paracetamol onvoldoende pijnstilling geeft en NSAID's niet geschikt zijn, kan tramadol een alternatief zijn.

Stap 3 (opioïden): morfine, fentanyl en oxycodon hebben de voorkeur bij kwetsbare ouderen op grond van farmacokinetische eigenschappen.

Stap 1a (paracetamol), **stap 1b** (NSAID's) en **stap 1c** (paracetamol en NSAID)

Tabel 1: Niet-opioïde pijnstillers: doseeradviezen en farmacokinetische gegevens toepasbaar bij kwetsbare ouderen (middelen gerangschikt op alfabetische volgorde

Naam	Aanbevolen startdosering	Snelheid inwerkingtreden	Opmerkingen
Paracetamol	Gewoon preparaat oraal: 500-1000 mg per keer, veelal 1-1,5 gram per dag, max. 4 gram per dag; bij chronisch gebruik max. 3 gram per dag; bij terminale patiënten max. 6 gram per dag. Bij aanwezigheid van verschillende risicofactoren: max. 2 gram per dag. Rectaal: 500-1000 mg per keer, max. 4 gram per dag.	Wordt na orale toediening snel en vrijwel volledig geabsorbeerd. De Cmax wordt na 0,5-2 uur bereikt. De absorptie uit zetpillen verloopt langzamer en onvoorspelbaarder dan die na orale toediening.	De analgetische werking kan mogelijk worden ver- sterkt door coffeïne: de resultaten van klinisch onderzoek zijn tegenstrijdig. Bij verminderde nierfunctie is aanpassen van de dosis of het doseerinterval van paracetamol niet nodig. Paracetamol wordt gemetaboliseerd in de lever en uitgescheiden met de urine
NSAID's, klassieke, alleen geadviseerd bij specifieke indicatie artritis met maagbeschermer			
Diclofenac	Oraal: 25-50 mg 2-3x per dag of 75 mg 2x per dag, zo nodig 100 mg 2x per dag gedurende max. 2 dagen. Rectaal: 25-50 mg 2-3x per dag, zo nodig 100 mg 2x per dag gedurende max. 2 dagen. Intramusculair: 1 dd 75 mg.	De Cmax wordt na 1-3 uur bereikt. Voedsel vertraagt de absorptie, maar heeft geen invloed op de geabsorbeerde hoeveelheid. Het kaliumzout wordt wat sneller geabsorbeerd dan het natriumzout, de klinische relevantie hiervan is onduidelijk.	Orale toediening van een gewoon preparaat bij voorkeur voor het eten, van een preparaat met gereguleerde afgifte tijdens het eten.
Ibuprofen	Oraal: 400-600 mg 3-4x per dag. Rectaal: 500 mg 3-4x per dag.	Na orale toediening wordt het voor ongeveer 80% geabsorbeerd, de Cmax wordt na 1-2 uur bereikt. Voedsel vertraagt de absorptie. Bij een tablet met gereguleerde afgifte wordt de Cmax na 3 uur bereikt.	Ibuprofen remt de irreversibele trombocyten-aggregatieremmende werking van acetylsalicylzuur en carbasalaatcalcium. Ibuprofen moet worden vermeden bij patiënten die deze middelen gebruiken.
Meloxicam	Oraal: ouderen 7,5 mg 1x per dag; max. 15 mg per dag. Rectaal: 15 mg 1x per dag, max. 15 mg per dag.	Na orale of rectale toediening wordt de Cmax na 5-6 uur bereikt.	De dosering is geregistreerd voor de indicatie reumatoïde artritis en spondylitis ankylopoetica. Voor pijn is geen dosering beschreven, maar omdat meloxicam in de praktijk veel wordt toegepast is het hier toch genoemd.
Naproxen	Oraal: oraal 250-500 mg 2x per dag.	Na orale toediening wordt het snel en vrijwel volledig geabsorbeerd. De Cmax wordt na 2-4 uur bereikt, bij het natriumzout na 1-2 uur.	

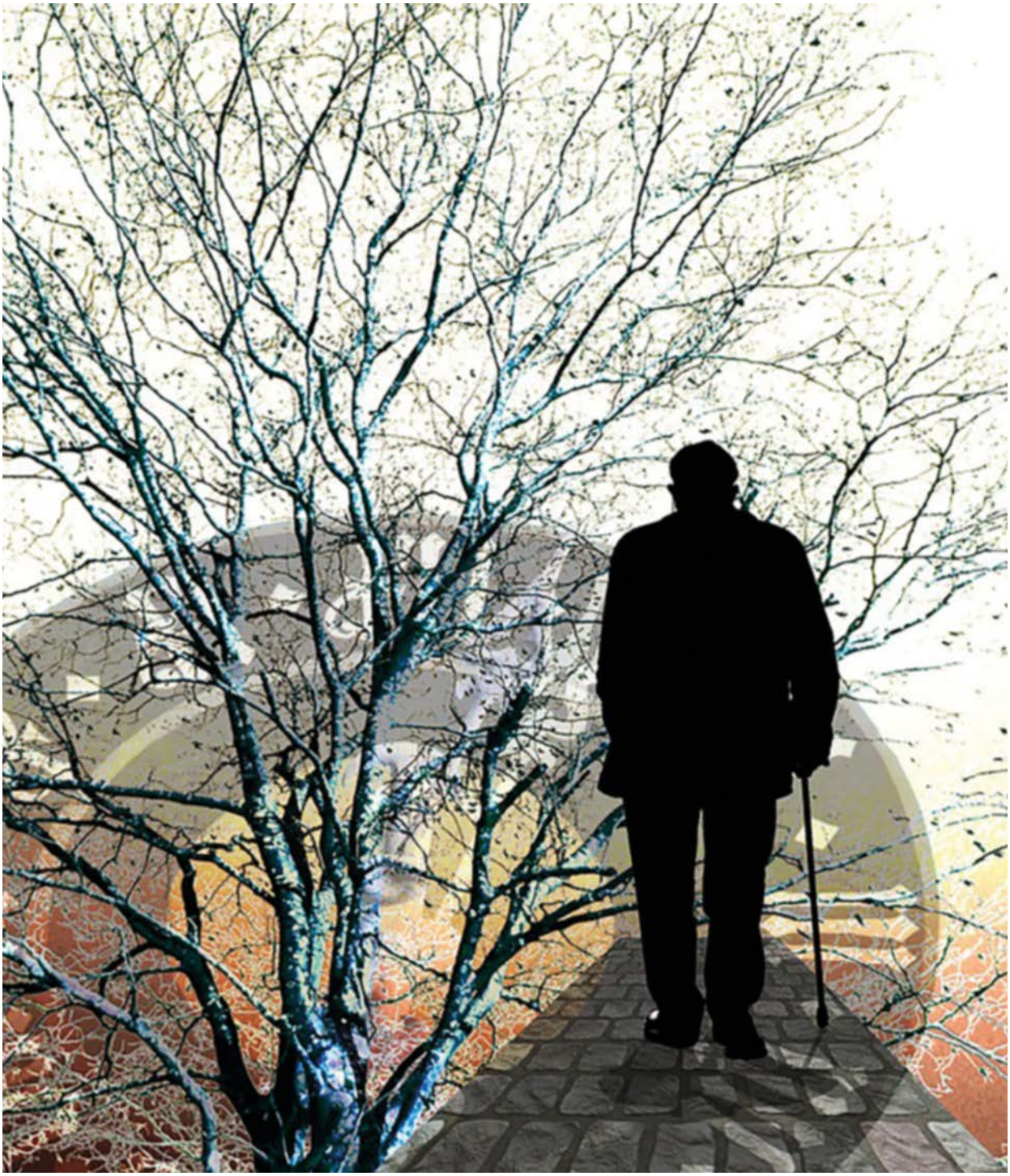
Aanbevelingen

- Start met paracetamol. Als dit voldoende pijnstilling geeft, heeft dit de voorkeur, omdat dit een redelijke effectiviteit en een goed veiligheidsprofiel heeft (hoge kwaliteit van bewijs, sterke aanbeveling).

- Absolute contra-indicatie voor paracetamol is leverfalen (hoge kwaliteit van bewijs; sterke aanbeveling).

- Relatieve contra-indicaties voor paracetamol zijn leverinsufficiëntie, chronisch alcoholmisbruik of afhankelijkheid (middelmatige kwaliteit van bewijs; sterke aanbeveling).

- De maximale toegestane hoeveelheid van 4 gram paracetamol per 24 uur dient bij incidenteel gebruik niet te worden overschreden (inclusief combinatiepil-



len die paracetamol bevatten). Deze hoeveelheid dient niet langer dan twee weken te worden gegeven. In geval van chronisch gebruik geldt als limiet 3 gram en in de terminale fase geldt een hogere dosis, namelijk 6 gram per dag (middelmatige kwaliteit van bewijs; sterke aanbeveling).

- Bij aanwezigheid van verschillende risicofactoren tegelijk (waaronder een chronisch alcoholgebruik van tenminste dagelijks drie standaardglazen) moet de maximale dagdosering paracetamol verlaagd worden tot 2 gram. Bij verminderde nierfunctie is aanpassen van de dosis of het doseerinterval van paracetamol niet nodig (middelmatige kwaliteit van bewijs; sterke aanbeveling).

- Klassieke NSAID's zijn geen eerste keuze middelen. Gezien de frequente bijwerkingen bij kwetsbare ouderen wordt geadviseerd zeer terughoudend te zijn met het voorschrijven van NSAID's. Bij patiënten bij wie sprake is van artritis kunnen NSAID's met grote voorzichtigheid kortdurend worden toegepast. Het betreft patiënten bij wie andere (veiligere) therapieën hebben gefaald; behandeldoelen evident niet zijn gehaald; tussentijdse evaluatie aannemelijk maakt dat therapeutische voordelen de risico's en complicaties overtreffen (lage kwaliteit van bewijs; zwakke aanbeveling).

Stap 2 (overstappen of toevoegen van zwak werkend opioïd zoals codeïne en tramadol)

Deshpande et al (2007) vonden sterk bewijs voor de pijnverlichtende werking van tramadol, een zwak opioïd. De meest voorkomende bijwerkingen zijn: misselijkheid, braken, moeheid. Deze bijwerking treedt vaak op binnen 48 uur, ook bij startdoseringen van 50 mg. De gemelde bijwerkingen vertonen grote gelijkenis met die van de andere opioïden. Dit is het gevolg van de affiniteit die tramadol bezit voor de μ-opioïdreceptor (Kabel et al, 2005). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat met name bij kwetsbare ouderen tramadol neuropsychiatrische verschijnselen, zoals hallucinaties en delier, kan veroorzaken (Kabel, 2006).

Bij gebruik van tramadol verdient het daarom aanbeveling vooral bij kwetsbare ouderen alert te zijn op neuropsychiatrische symptomen, in het bijzonder wanneer sprake is van nierfunctiestoornissen of mogelijk interacterende comedicatie. Het risico op bijwerkingen is het grootst bij de start van de behandeling of bij een dosisverhoging. Dit risico kan worden gemanaged door met een lage dosis te beginnen en deze vervolgens stapsgewijs op te hogen: START LOW, GO SLOW!

Wanneer stap 2 overslaan? Meestal slaat men stap 2 over als de patiënt heftige pijn heeft, zoals bij kanker, omdat tramadol en codeïne de pijn slechts in geringe mate doen afnemen terwijl de bijwerkingen, hoewel die reversibel en niet-levensbedreigend zijn, regelmatig een reden zijn om deze middelen te staken. De bijwerkingen van beide middelen komen veel frequenter voor bij kwetsbare ouderen.

In het handboek Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk (2010) van de Graeff et al wordt gesteld dat zwakke opioïden bij de benodigde dosering dezelfde bijwerkingen hebben als sterke opioïden. Voor codeine geldt dat het middel vier tot zes keer per dag moet worden ingenomen. Codeïne moet in een actieve vorm worden omgezet; tien procent van de bevolking mist het enzym dat hiervoor noodzakelijk is. De meerwaarde van deze tussenstap is niet bewezen en in de algemene praktijk wordt deze stap vaak overgeslagen. In het genoemde handboek Palliatieve Zorg is stap 2 van de WHO-ladder dan ook niet opgenomen.

Er wordt dan ook geadviseerd om codeïne niet als pijnmedicatie voor te schrijven, omdat dit veel bijwerkingen en weinig effect heeft bij kwetsbare ouderen.

Stap 3 (opioïden)

Gezien de ernst en de frequentie van de bijwerkingen komen opioïden bij pijn uitsluitend in aanmerking wanneer niet-opioïden (en dus gezien de eerdere opmerkingen geldt dit vooral voor paracetamol) onvoldoende werkzaam zijn. In de praktijk blijkt dat de individuele patiënt soms beter reageert op het ene opioïd dan op het andere. Wanneer er zowel bijwerkingen zijn als onvoldoende pijncontrole, waardoor dosisverlaging om de bijwerkingen te managen niet mogelijk is, zijn er verschillende mogelijkheden. In eerste instantie kiest men voor opioïdrotatie en vervolgens wijziging van de toedieningsweg.

Tabel 2: Opioïden: doseeradviezen en farmacokinetische gegevens toepasbaar bij kwetsbare ouderen (middelen gerangschikt op alfabetische volgorde)

Naam	Aanbevolen dagdosering	Snelheid inwerkingtreden	Opmerkingen
Fentanyl	Transdermaal: aanvankelijk 1 pleister die 12-25 µg per uur afgeeft, elke 2-3 dagen. Zo nodig een pleister die 50, 75 of 100 µg per uur afgeeft elke 2-3 dagen. De dosistitratie gaat met stappen van 12-25 µg per uur; bij doses hoger dan 300 µg per uur kunnen additionele of alternatieve methoden van analgesie nodig zijn.	Van de door de pleister afgegeven hoeveelheid fentanyl komt ongeveer 90% in de systemische circulatie. Na eerste applicatie stijgt de concentratie geleidelijk en stabiliseert zich na 12 - 24 uur en blijft vrij constant gedurende de rest van de applicatietijd van in totaal 72 uur.	Voor doorbraakpijn dient de patiënt de beschikking te hebben over een kortwerkend morfinepreparaat. Bij creatinineklaring groter dan 10 ml/min is aanpassen van de dosis of het doseerinterval van fentanyl niet nodig.
Oxycodon	Oraal: (gewoon preparaat): aanvankelijk 4 dd 2,5-5 mg, zo nodig geleidelijk verhogen tot 6 dd 5 mg. Oraal: (preparaat met gereguleerde afgifte) 2 dd 5-10 mg, zo nodig verhogen tot 2 dd 20 mg. Bij leverfunctiestoornis aanvankelijk 5 mg elke 12 uur, zo nodig verhogen tot 10 mg elke 12 uur.	Na orale toediening van een gewoon preparaat wordt de Cmax in 1,5 uur bereikt. Voedsel vertraagt de absorptie. Na toediening van een preparaat met gereguleerde afgifte wordt een deel snel geabsorbeerd en een deel traag geabsorbeerd.	Bij creatinineklaring groter dan 10 ml/min is aanpassen van de dosis of het doseerinterval van oxycodon niet nodig.
Hydromorfon	Oraal: (gewoon preparaat) aanvankelijk 1,3-2,6 mg per keer elke 4-6 uur, zo nodig dosering verhogen. Er bestaat geen maximum wanneer wordt gedoseerd op geleide van het effect. Oraal: (preparaat met gereguleerde afgifte): aanvankelijk 2-4 mg elke 12 uur, zo nodig na 24 uur verhogen tot 8 mg elke 12 uur, zo nodig dosis verder verhogen met 25-50%.	Wordt na orale, rectale en parenterale toediening goed geabsorbeerd. De biologische beschikbaarheid na orale toediening is ongeveer 32%. De pijnstillende werking begint 15 -30 minuten na orale toediening van een gewoon preparaat, is maximaal na 30-90 minuten en houdt 4-5 uur aan. Bij een oraal preparaat met gereguleerde afgifte houdt de werking 12 uur aan.	Bij creatinineklaring groter dan 10 ml/min is aanpassen van de dosis of het doseerinterval van hydromorfon niet nodig.
Morfine	Oraal: (gewoon preparaat), 10-20 mg per keer, zo nodig elke 4 uur, zo nodig dosering verhogen; Oraal: (tablet met gereguleerde afgifte): ouderen aanvankelijk 20 mg 2x per dag.	Morfine wordt na orale toediening goed geabsorbeerd, echter door een groot 'first pass'-effect is de biologische beschikbaarheid 25-40%. Na rectale toediening in een vette zetpilbasis wordt de maximale plasmaconcentratie na ongeveer 60 min bereikt. De biologische beschikbaarheid is doorgaans iets hoger dan na orale toediening. Na subcutane en intra-musculaire toediening is de absorptie goed.	De analgetische werking van 30 mg oraal komt ongeveer overeen met 10 mg intraveneus. Bij creatinineklaring 10-50 ml/min wordt morfine altijd gedoseerd op geleide van effect en bijwerkingen; dit is bij verminderde nierfunctie niet anders.

Leverfunctiestoornissen kunnen resulteren in een verminderde hepatische bloedstroom (blood flow) en/of afname van CYP activiteiten. Bij leverfunctiestoornissen kan bij morfine de halfwaarde-tijd twee tot vier uur worden verlengd. Ten opzichte van andere opioïden is morfine het veiligst in gebruik bij levercirrose. De halfwaardetijd van fentanyl zal ook verlengd worden bij diverse leverfunctiestoornissen. Oxycodon kan beter niet gebruikt worden bij leverfunctiestoornissen. Bij een zesmaal daagse dosering bestaat dan het gevaar van accumulatie. Ook codeïne en tramadol worden liever niet bij patiënten met een leverfunctiestoornis gebruikt, omdat deze twee stoffen in de lever moeten worden omgezet in het werkzame metaboliet (Davis et al, 2003).

De juiste plaatsbepaling van opioïdtherapie voor kwetsbare oudere patiënten met persisterende pijn van niet-oncologische aard, is gebaseerd op het vergelijken van de netto-baten (potentiële effectiviteit versus risico's) met die van andere behandelwijzen en de nadelen van onbehandelde pijn. Alle artsen die belast zijn met de zorg voor kwetsbare oudere patiënten, zoals klinisch geriaters, specialisten ouderengeneeskunde, pijndeskundigen en huisartsen, dienen in de gedachte van evidence based medicine hun eigen klinische expertise te gebruiken. Dit betekent dat naast het gepubliceerde wetenschappelijke bewijs ook de voorkeuren van de patiënt moeten worden meegenomen wanneer ze een besluit nemen over de vraag of, en zo ja, hoe zij opioïden zullen voorschrijven. Gebruik van opioïden bij kwetsbare oudere patiënten met persisterende pijn kan het beste door een proefbehandeling plaatsvinden met duidelijk gedefinieerde behandeldoelen. De proefbehandeling kan bestaan uit opeenvolgende pogingen om het opioïd te titreren naar een effectieve dosering zonder onverdraaglijke bijwerkingen. Wanneer er zowel bijwerkingen zijn als onvoldoende pijncontrole, waardoor dosisverlaging niet mogelijk is, zijn er verschillende mogelijkheden: in eerste instantie opioïdrotatie en vervolgens wijziging van de toedieningsweg. Als dat niet werkt, dient het gebruik van opioïden te worden gestaakt. Opioïdrotatie is de overschakeling van het ene naar het andere opioïd. Een veel voorkomende vorm van opioïdrotatie is die van oraal morfine met gereguleerde afgifte naar een fentanylpleister of omgekeerd. Methadon dient alleen te worden voorgeschreven door of in overleg met artsen die ervaring hebben met dit middel in verband met het risico op accumulatie, sedatie en ademhalingsdepressie.

Baten en risico's van (lange)termijn opioïdtherapie

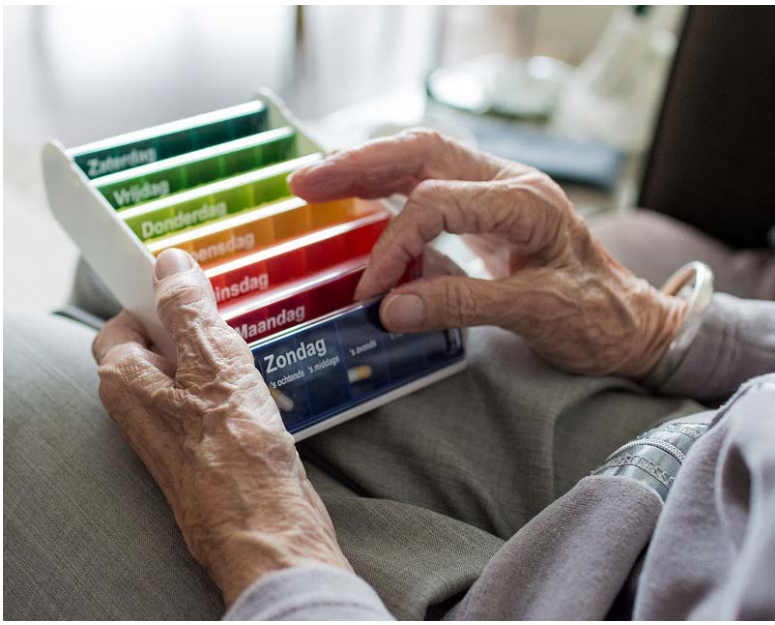
De potentiële bijwerkingen van het gebruik van opioïden kunnen een belemmering zijn voor de langetermijnbehandeling. Ofschoon de meeste bijwerkingen afnemen bij langetermijngebruik, met obstipatie als opmerkelijke uitzondering, kunnen deze zodanig invaliderend zijn dat patiënten het gebruik van opioïden staken (Noble et al, 2008; Kalso et al, 2004).

Verwardheid en hallucinaties treden vooral op bij kwetsbare ouderen. Bij aanhoudende verwardheid door morfine kan worden overgestapt op een ander opioïd, zoals fentanyl of oxycodon of wordt additioneel haloperidol gegeven. Ook wordt ter preventie van een delier een farmacologische behandeling van de verwardheid aanbevolen (niet altijd met haloperidol waarvoor bij sommige groepen een contra-indicatie geldt) en niet farmacologische interventies.

Bij de behandeling van patiënten met pijn met een opioïd moeten daarom laxantia standaard worden voorgeschreven. Hierbij heeft een osmotisch laxantia (macro- gol/elektrolyten, magnesium(hydr)oxide of lactulose) de voorkeur, zo nodig gecombineerd met een contactlaxantia (senna of bisacodyl). Voor de behandeling van patiënten met chronische obstipatie door gebruik van morfine is rotatie naar transdermaal toegediend fentanyl aan te bevelen. Het gebruik van laxantia dient dan wel te worden gecontinueerd (www.oncoline.nl op 10 mei 2010).
Een ademhalingsdepressie, die de ademhalingsfrequentie, het volume en de zuurstofsaturatie negatief beïnvloedt, is de meest ernstige bijwerking en verdient daarom speciale overweging. Overigens ontwikkelen de meeste patiënten snel tolerantie tegen dit effect en komt deze bijwerking zeer sporadisch voor. Een ademhalingsdepressie is meestal het resultaat van een buitensporig snelle toename van de dosering, interacties met alcohol en/of geneesmiddelen die het centrale zenuwstelsel dempen zoals benzodiazepinen en geneesmiddelaccumulatie of overdosering met opioïden met variabele farmacokinetische profielen zoals methadon (Fishman et al, 2002; Santiago, 1985).

Ademhalingsdepressie wordt gemedieerd via de μ-opioidreceptor. Er is een dosisafhankelijk effect voor zuivere agonisten zoals morfine en fentanyl. Het optreden van ademhalingsdepressie komt zelden voor in opioïdnaïeve patiënten als het opioïd in lage dosis wordt ingezet en op effect wordt getitreerd. Risicopatiënten voor een ademhalingsdepressie zijn: de zeer oude patiënt, de patiënt met onderliggend respiratoir lijden (chronische bronchitis, MS, COPD) en de patiënt die tegelijkertijd ook wordt behandeld met andere geneesmiddelen met een deprimerende werking op de ademhaling. Morfine, oxycodon, hydromorfon en fentanyl in hoge doseringen kunnen verantwoordelijk zijn voor een dosisafhankelijke ademhalingsdepressie met apneu. Geneesmiddelen zoals benzodiazepines, barbituraten, antidepressiva, fenothiazinederivaten en alcohol verhogen in combinatie met opioïdtherapie de kans op ademhalingsdepressie.

Bij opioïdgebruik is er een risico op verslaving, vooral bij degenen die een voorgeschiedenis van verslaving hebben, tabaksverslaving inbegrepen (Ives et al, 2006; Reid et al, 2002). Bij ouderen zonder voorgeschiedenis van of actuele situatie met verslaving is het risico op verslaving aan opioiden extreem gering. Sommige auteurs suggereren, dat eerder onderbenutting van opioïden door ouderen eerder een probleem is (Auret et al, 2005). Vanwege het feit, dat kwetsbare ouderen zich misschien niet houden aan hetgeen wordt voorgeschreven vanwege bezorgdheid over verslaving, obstipatie, of stigmatisering, wordt de arts daarom aangemoedigd bij patiënten te informeren naar hun opvattingen over eerdere ervaringen met dit type medicatie voordat met opioïden wordt gestart.



Tabel 3: Medicatie bij neuropathische pijn in de 1e lijn met startdosis

Naam	Geriatrische startdosis	Geriatrisch opbouw	Aanbevolen geriatrische dagdosering	Maximale geriatrische dagdosering	Duur van adequate proefbehandeling (hierna evalueren)	Opmerkingen
Nortriptyline	's avonds 10 mg	Per 1-2 weken verhogen met 25 mg	1dd 50-75 mg	75-100mg	6-8 weken met tenminste 2 weken maximum getolereerde dosis.	Let op anticholinerge en cardiale bijwerkingen.
Duloxetine	1dd 30 mg	Per 1-2 weken verhogen tot 60 mg	1 dd 60 mg	2 dd 60 mg	4 weken	Misselijkheid, droge mond, duizeligheid, hoofdpijn treedt bij ongeveer 10% van de mensen op.
Venlafaxine	1 dd 37,5 mg	Per week verhogen met 75 mg	1 dd 75 mg	1 dd 225 mg	4-6 weken	Misselijkheid, droge mond, duizeligheid, hoofdpijn treedt bij ongeveer 10% van de mensen op.
Gabapentine (*)	100 mg voor de nacht of 3 dd 100-300 mg	Verhogen met 3 dd 100 mg iedere 7 d afhankelijk van of dit goed verdragen wordt.	3 dd 300 - 600 mg	1800 - 3600 mg	Evaluatie van de effectiviteit moet plaatsvinden tussen de 3-8 weken. Als patiënt op een constante dosering staat, evalueer dan na 2 weken nogmaals.	Bijwerkingen als duizeligheid, visusproblemen en slaperigheid gemeld.
Morfine	10-20 mg per keer, zo nodig elke 4 uur de dosering verhogen.	Als na 1-2 weken het kortwerkend preparaat voldoende pijnstilling geeft, vervang dit preparaat door een langwerkend preparaat. Geef een kortwerkend morfine voor zo nodig gebruik.	Variabel. Nu: geen opgave.	Er is geen maximum dosering. Titreer op geleide van effect.	Elke 4-6 weken	
Tramadol	1-2 dd 50 mg	Geleidelijk verhogen, elke 7 dagen met 50-100 mg per dag verdeeld over verschillende doseringen.	150-300 mg per dag	300 mg/d in 2-4 doses	4 weken	Duizeligheid, coördinatie-problemen.

(*) Bij creatinine-klaring 50 - 80 ml/min is de aanbevolen dosis tussen de 600-2400 mg per dag. Bij creatinine-klaring 30-50 ml/min is de aanbevolen dosis 300-1200 mg per dag. Bij creatinine-klaring 10-30 ml/min is de dosis 150-600 mg per dag. Aanpassingen in doseringsschema en opbouwschema van gabapentine en pregabaline bij patiënten met verminderde nierfunctie zijn noodzakelijk. overleg met een pijncentrum wordt aanbevolen (dworkin et al, 2007).

Medicatie bij neuropathische pijn

Neuropathische pijn is in algemene zin zeer moeilijk behandelbaar met farmacotherapie. Het is van groot belang dit met de patiënt te bespreken. Uit alle literatuur blijkt immers dat de effectiviteit van farmacotherapie voor neuropathische pijn zo beperkt is, dat slechts maximaal de helft van de patiënten met pijn er baat bij heeft (O'Conner & Dworkin 2009). Het is bij de behandeling daarom misschien wel belangrijker goed te monitoren of er geen ongewenste bijwerkingen optreden, dan of er een belangrijk pijnstillend effect optreedt.

Het algemene principe bij kwetsbare ouderen is start low, go slow en dit geldt zeker ook bij de farmacotherapeutische behandeling voor neuropathische pijn. De gebruikte middelen hebben frequent en soms vervelende bijwerkingen, met name bij kwetsbare ouderen. Middelen die voor gebruik bij kwetsbare ouderen ontraden worden, worden in algemene zin ook ontraden bij de behandeling van neuropathische pijn. Maar gezien de beperkte farmacotherapeutische mogelijkheden en de vaak complexe farmacotherapie bij kwetsbare ouderen en de ernst van het probleem kan het nodig zijn toch van deze middelen gebruik te maken. Terughoudendheid staat daarbij voorop en uitgebreide informatie aan de patiënt is van groot belang.

Verschillende geneesmiddelengroepen zijn (in meer of mindere mate) werkzaam gebleken bij neuropathische pijn zoals antidepressiva, anti-epileptica en opioïden. Voorschrijvers moeten zich ervan bewust zijn dat veel van de in de praktijk gebruikte middelen officieel niet geregistreerd zijn voor de indicatie neuropathische pijn.

Om bijwerkingen te beperken dient alle pijnstillende medicatie voorzichtig te worden getitreerd en frequent, en in ieder geval gedurende de instelfase bij voorkeur eenmaal per week, te worden geëvalueerd. Regelmatige (telefonische) contacten en visites dienen te worden gepland om de behandeleffecten en bijwerkingen in de gaten te houden. Indien bij de behandeling betrokken, dienen verpleegkundigen en verzorgenden geïnformeerd te worden over het beoogde effect en de mogelijke bijwerkingen zodat zij gericht kunnen observeren en signalen kunnen doorgeven aan de voorschrijver.

Zie tabel 3 hiernaast.

BRONNEN

- Pijn bij dementie: van experiment tot betere zorg; Prof; Dr. Wilco Achterberg: Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde; nummer 5; 2010
- Pijn bij dementie; Henriette Aronds; 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

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?

Dries Robbens
verpleegkundige – deskundige palliatieve zorg PHA

Klinisch scenario

Een Implanteble Cardioverter Defibrilator (ICD), of inwendige defibrillator, levert een hoogspanning schok of elektrische stimulatie om tachycardie te voorkomen als behandeling bij frequente ventriculaire ritmestoornissen. Deze shock is pijnlijk maar noodzakelijk om mogelijk levensbedreigende hartritmestoornissen te beëindigen. In de palliatieve zorg verschuift de nadruk van het curatieve naar comfort en levenskwaliteit. Hoewel de ICD effectief is in het verlengen van het leven, kan deze resulteren in angst voor pijnlijke schokken en het gevoel van machteloosheid vanwege de onvoorspelbare aard van de ritmestoornis en de daaropvolgende schokken. Tachycardie is een veelvoorkomend symptoom die een overlijden voorafgaat. Tijdens deze laatste levensfase kunnen de voordelen van een ICD daarom niet meer opwegen tegenover de negatieve gevolgen van deze behandeling. Het preventief uitschakelen van een ICD zou deze shocks kunnen voorkomen. Patiënten, naasten en hulpverleners ervaren een gesprek hierover tijdens de vroegtijdige zorgplanning als een moeilijk ethisch vraagstuk. Het is in de praktijk echter onduidelijk in welke mate patiënten met een ICD elektrische schokken ervaren in de laatste fase van hun leven en wat de impact is van deze schokken voor de patiënt, familieleden en hulpverleners.

Is het klinisch correct handelen om een inwendig defibrillator (ICD) in een terminale levensfase preventief uit te schakelen om een elektrische shock in de stervenfase te voorkomen?

Stap 1 → de pico

P: Patiënt in een terminale levensfase met een inwendige defibrillator (ICD)
I: Uitschakelen van ICD
C: Niet uitschakelen van ICD
O: ICD shocks vermijden in de stervensfase.

Stap 2 → De zoekstrategie

Er is gezocht in de databanken Pubmed, Cochrane Library en Web of science aan de hand van volgende zoektermen: 'implantable cardioverter defibrillator', 'shock', 'electroshock', 'terminal care', 'end-of-life', 'end-of-lifecare'. Boleaanse operatoren zijn gebruikt tussen de zoektermen. Meta-analyses, systematic reviews, randomised controlled trials en cohort studies van maximum 5 jaar oud worden geïncludeerd. De gevonden literatuur moet een antwoord bieden op de incidentie van shocks ten gevolge van een ICD in de terminale fase en de impact hiervan.

Resultaten:
Systematic Review
- Stoevelaar, R., Brinkman-Stoppelenburg, A., Bhag-

wandien, R.E., Van Bruchem-Visser, R., Theuns, D.A.M.J., Van Den Heide, A., Rietjens, J.a.c. (2018). The incidence and Impact of implantable cardioverter defibrillator shocks in the last phase of life: An integrated review. European Journal of Cardiovascular Nursing. 17(6), 477-485.

Stap 3 → Kritische beoordeling

De kwaliteitsbeoordeling van deze review is gebeurd door middel van de Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

De systematic review van Stoevelaar et. All. (2018) includeert 16 studies. Dertien studies rapporteren over ICD patiënten de laatste maand voor hun overlijden en de incidentie van elektrische schokken. Drie studies rapporteren over de impact hiervan op de patiënt en zijn omgeving in de laatste levensfase.

Binnen dit systematisch literatuuronderzoek werden verschillende databanken geconsulteerd. De resultaten bieden een antwoord op de onderzoeksvraag, welke duidelijk geformuleerd is. Verder zijn enkel gepubliceerde, Engelstalige studies geïncludeerd. Hierdoor worden mogelijks kwaliteitsvolle onderzoeken niet geanalyseerd. Zeven studies zijn van voor 2000 en in deze studies zijn de resultaten enkel uitgedrukt in gemiddelden.

Tenslotte zijn de geïncludeerde studies (n=16) observationeel, waarvan 12 retrospectief. De kwaliteit van methodologie van de studies is onderzocht met de Score classification on Quality Assesment Tool, en behalen een score binnen een range van 29 -34, wat op een hoge kwaliteit duidt. Toch zit er een grote variatie in de resultaten van de verschillende studies welke de auteurs wel verklaren en is de onderzoekspopulatie eerder laag. Een RCT met betrekking op het uitschakelen van ICD in levenseindezorg is echter op dit moment nog niet uitgevoerd.

Stap 4 → Resultaten

Alle 13 studies beschrijven shockincidenten. Twee studies beschrijven het de incidentie bij overlijdens met cardiale en niet-cardiale oorzaak. Bij overlijdens met een cardiale oorzaak, zijn er in de laatste 24u van het leven bij 24% en 33% één of meerdere shocks vastgesteld, waarvan bij 14% en 7% in het laatste levensuur. Verder ligt de incidentie in deze studies, bij overlijdens van niet-cardiale oorzaak, op 20% in de laatste 24u en 8-3% in het laatste uur. Vervolgens beschrijven 7 onderzoeken het plots overlijden van de patiënt 2 studies geven prevalenties weer van 41% en 68% in de laatste 24u. Alle 7 beschrijven shocken in het laatste uur met een range van 22-66%. Tenslotte is bij 6 studies de doodsoorzaak niet gespecifieerd. Bij 3 van deze werd er tijdens de laatste levensmaand 17-32% incidentie gemeld, bij 2 studies 3-32% in de laatste 24u en bij 2 studies 8-31% in het laatste uur.

De brede incidentvariatie kan verschillende verklaringen hebben. De rapportage bij een plots overlijden lijken hoger te liggen. Deze hebben meestal een acute cardiale oorzaak. Verder is de indicatie tot ICD in de loop der jaren verschoven. Zeven geïncludeerde studies zijn voor 2000 uitgevoerd. In deze periode werden ICD's voornamelijk ingeplant als secundaire preventie. Mits na 2000 ICD's ook zijn gebruikt als primaire preventie, en dus minder risico hebben op hartritmestoornissen, ligt de incidentie hierdoor vermoedelijk lager. Tenslotte zijn de laatste jaren ICD's geoptimaliseerd om ongepaste schokken te verminderen. Hierdoor ligt de huidige incidentie mogelijk lager dan de resultaten uit deze review.

Stap 5 → Conclusie

Patiënten met een ICD hebben in hun stervensfase een risico om één of meerdere pijnlijke shocken te ervaren door hartritmestoornissen die vaak voorkomen tijdens het stervensproces. Om een generaal objectief beeld te kunnen geven van de incidentie van deze, dient hedendaags gerandomiseerd onderzoek zich aan.

Stap 6 → Toepassing in de praktijk

Shocks door toedoen van een ICD worden pijnlijk ervaren. Dit risico is een stressfactor en zorgt voor angst bij patiënten, zijn naasten en hulpverleners. Door de hoge incidentie kan het aan te raden zijn om een ICD in de terminale fase uit te schakelen. De mogelijkheid tot preventief uitschakelen van een ICD dient onderdeel te zijn van gesprekken rond vroegtijdige zorgplanning om te komen tot een comfortabel en sereen overlijden. Indien in consensus wordt besloten om de ICD te deactiveren dient men de behandelende cardioloog te contacteren en fabrikant van de ICD. Deze kan gedeactiveerd worden in de thuissituatie.

REFERENTIES

- Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist (online) available at : https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Systematic-Review-Checklist_2018.pdf
- Stoevelaar, R., Brinkman-Stoppelenburg, a., Bhagwandien, R.E., Van bruchem-visser, R., Theuns, D.A.M.J., Van den heide, A., Rietjens, J.A.C. (2018). 'The incidence and impact of implantable cardioverter defibrillator shocks in the last phase of life: an integrated review'. *European journal of cardiovascular nursing*. 17(6), 477-485.

PHA

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

03/265 25 31 www.pha.be

Uw eerste aanspreekpunt voor palliatieve zorg