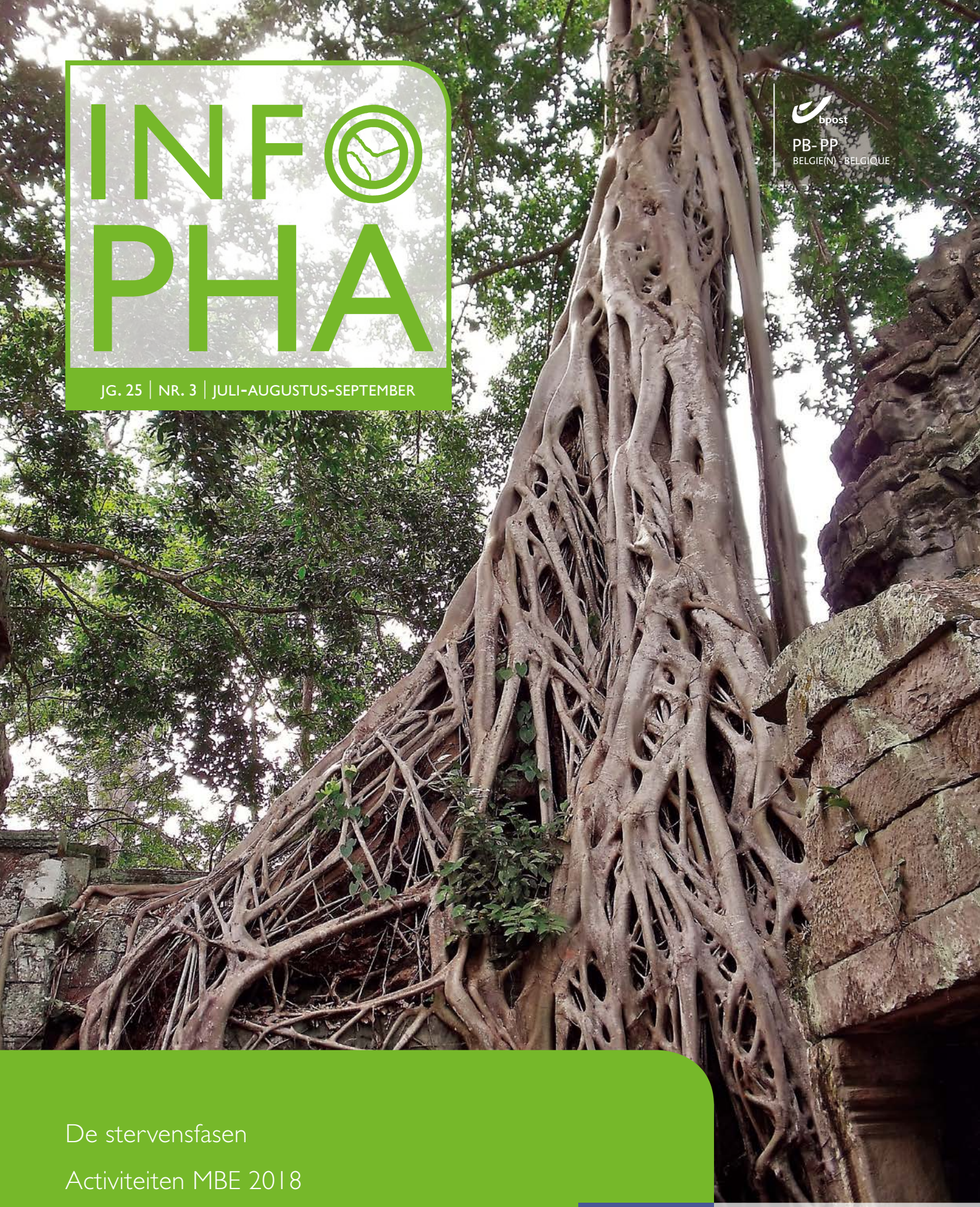
INFO PHA

JG. 25 | NR. 3 | JULI-AUGUSTUS-SEPTEMBER

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE



De stervensfasen

Activiteiten MBE 2018

Een week uit het leven van een MBE verpleegkundige

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
Isabel Heylen
Inne Leuris

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER
Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Dries Robbens
Isabel Heylen
Inne Leuris
Gerd De Lee
Frank Desmet
Arno Maetens
Ingrid Dillen
Guy Davidson

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

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.

INHOUD

5 DE STERVENSFASEN

12 DE IMPACT VAN HET GEBRUIK VAN PALLIATIEVE THUISZORG ONDERSTEUNING OP DE KWALITEIT EN DE KOSTEN VAN DE LEVENSEINDEZORG

15 ACTIVITEITEN MBE 2018

18 EEN WEEK UIT HET LEVEN VAN EEN MBE VERPLEEGKUNDIGE

verder in dit nummer

3 Voorwoord
14 Wie is wie
24 Boekbespreking
25 Partner aan het woord
27 World Hospice Day
27 Giften en sponsors

Noël Derycke
equipearts PHA

Tijdens de zomer van 1973 (> 45 jaar terug) was Gerard Cox met zijn hit *"het is weer voorbij die mooie zomer"* alom te horen. Het rapport van de Club van Rome (1972) was wel hier en daar vermeld maar had weinig invloed op het beleid. Het OPEC-embargo (19/10/1973) was nodig om de maatschappij, na jarenlange vooruitgangsroes (the sky is the limit), te doen beseffen dat mogelijks het liedje van blijvende groei uit was. In mijn laatste jaaropleiding geneeskunde (1974-1975) werd over sterven en dood met geen woord gerept (alleen in de cursus gerechtelijke geneeskunde iets over moorden) en we studeerden af met het idee dat de geneeskunde aan een grenzeloze groei zou beginnen (zonder einde?). In Londen was Dame Cicely Saunders ondertussen actief in het door haar opgerichte Sint-Christopher Hospice (1968). In 1974 bedacht Dr. Balfour Mount, een chirurgisch oncoloog aan het Royal Victoria Hospital van de McGill University in Montreal, Canada, de term **palliatieve zorg** om de negatieve connotaties van het woord hospice te vermijden, en introduceerde Dr. Saunder's innovaties in academische ziekenhuizen. Hij demonstreerde voor het eerst wat het betekende om holistische zorg te bieden aan mensen met chronische of levensbeperkende ziekten en hun families die fysieke, psychologische, sociale of spirituele problemen hadden.

Terug naar september 2019. Palliatieve Zorg heeft in Vlaanderen en de wereld een opmerkelijke evolutie doorgemaakt. Eerst eerder iets voor *de geiten-wollensokken-dragende hulpverlener*, nu tot een echte medische discipline (Wet 14.06.2002 betreffende de palliatieve zorg; art 9: "*De geneeskunst omvat de geneeskunde, … , uitgeoefend ten aanzien van menselijke wezens, … , onder hun preventief, curatief, continu en palliatief voorkomen*").

In dit nieuwe nummer van INFO-PHA kan u lezen wat ervaringen zijn van deze geneeskunst-shift over nu bijna 50 jaar. Gert De Lee beschrijft uitvoerig de stervensfasen met meerdere praktische tips. Frank De Smet laat u meelezen in het functioneren van een MBE-medewerker (of ook: hoe ernst en humor kunnen samen gaan). Guy Davidson neemt u mee naar zijn Palliatieve Eenheid.

Ietwat laat maar blijvend actueel: cijfers en bedenkingen bij het activiteitenverslag PHA 2018. Wat opvalt: aantal begeleidingen blijft stijgen; het aantal huisartsen waarmee we samenwerken neemt toe (80%!); er worden steeds meer patiënten met een niet-kanker aandoening begeleid; 80% van de begeleide patiënten sterven thuis of in WZC en het aantal overlijdens in het ziekenhuis blijft laag.

Die mooie zomer is voorbij. Het is nu aan u als lezer van ons tijdschrift.

Onthaalvrijwilligers 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, themanamiddagen, ….).

Zeer goede beheersing en het spreken van de Nederlandse taal wordt verwacht.
Kunnen werken met de computer is een meerwaarde.
Het gaat om duurzaam vrijwilligerswerk.
Je krijgt een inwerkingsperiode aangeboden.
Al je gemaakte kosten om je werk te verrichten worden wel vergoed.

Heb je vrije tijd die je graag zinvol wil doorbrengen en lijkt het aanbod van onthaalvrijwilliger in een zorgorganisatie iets voor jou, aarzel dan niet om ons te contacteren.

PHA staat garant voor kwaliteit, www.pha.be

Wij kijken uit naar jouw komst!

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

De stervensfasen

Gerd De Lee
Verpleegkundige – deskundige palliatieve zorg PHA

Aan het einde van het leven, soms na een kort, soms na een lang ziekbed, vinden lichamelijke en geestelijke veranderingen plaats die wijzen op het naderend sterven.
Hoewel er verschil is in het verloop van de functionele achteruitgang vóór de stervensfase, is het verloop van de stervensfase in essentie niet afhankelijk van de onderliggende ziekte.
Dit wordt de final common pathway genoemd. Het missen van de signalen van de stervensfase kan leiden tot onrust, door onderbehandeling van klachten en niet tijdige en/of ontoereikende communicatie.
Alle aspecten van palliatieve zorg komen samen in de stervensfase: pijn- en symptoomcontrole, aandacht voor psychosociale en existentiële noden en een goede organisatie van zorg.

Wat is een goed /comfortabel sterfbed?

Voor de patiënt:
- goede pijn- en symptoomcontrole
- vermijden van een onnodig lang stervensproces
- voorbereiden op sterven, afronden van het leven
- behouden van gevoel van controle
- belangrijke relaties met naasten versterken

Voor de naasten
- de stervende is comfortabel
- vermijden van een onnodig lang stervenproces
- goede, deskundige informatie
- goede professionele begeleiding en ondersteuning
- continue bereikbaarheid van hulpverleners
- het nemen van duidelijke beslissingen door zorgverleners
- mogelijkheid krijgen om de band met de patiënt te versterken

Communicatie met de naasten

Het is belangrijk om voortdurend in communicatie te gaan met de naasten tijdens het stervensproces. De boodschap geven dat de stervensfase nu is aangebroken en dat de laatste dagen zijn ingegaan, is van groot belang. Vaak zullen ze zelf wel aanvoelen dat het einde nadert.
Benader het als een 'natuurlijk' proces, en benoem heel concreet dat de patiënt stervende is. Vraag naar de beleving en maak ruimte om hun emoties te kunnen delen. Bied troost en ondersteuning, erken hun gevoelens en zorg voor een luisterend oor en nabijheid.
Probeer te achterhalen wat nu nog belangrijk en noodzakelijk is, bv. welke regelingen dienen er nog getroffen te worden; hoe gaan ze de bezoeken organiseren; hebben ze wensen rond bepaalde rituelen; leven er angsten die besproken moeten worden; …
Heb ook aandacht voor de familie na het overlijden van de patiënt. Hoe er in de stervensfase voor de patiënt gezorgd werd, heeft een invloed op de rouwverwerking en op de gedachten die familieleden hebben over hun eigen toekomstig sterfbed.

Kenmerken van de stervensfase

De vaststelling dat de stervensfase is aangebroken, vindt vooral plaats op basis van observatie en klinische ervaring.
Het is belangrijk dat de hulpverleners de symptomen herkennen. Niet alle veranderingen die beschreven worden, zien we bij iedere stervende en ook niet in dezelfde mate. Ook de volgorde waarin ze verschijnen, verschilt van persoon tot persoon. Ieder mens en ieder sterfbed is uniek.

De signalen van de naderende dood zijn:
- Ernstige vermoeidheid / verzwakking / slaperigheid
- Verminderde behoefte aan eten en drinken
- Terminale onrust en doodsangst

- Veranderingen in de ademhaling / doodsreutel
- Troebele ogen
- Urine en ontlasting
- De bloedsomloop neemt af, doodsmasker en lijkvlekken
- Verzwakte hartslag
- Onwillekeurige bewegingen
- Terminale koorts

Al deze symptomen worden hieronder besproken.

Ernstige vermoeidheid, verzwakking slaperigheid

De patiënt evolueert van oplopend tot volledig bedgebonden. Naar het einde van het leven toe gaat hij steeds meer slapen. De patiënt kan nog maar enkele slokjes drinken en is niet langer in staat om orale medicatie in te nemen.

Hij is zwak en suffer en steeds meer in zichzelf gekeerd. De communicatie verloopt steeds moeilijker. Het bewustzijn daalt steeds verder. In de laatste uren glijdt de patiënt hierdoor meestal weg in een diepe slaaptoestand of coma. Voor de familie is dit vaak een moeilijk moment. Ze willen allemaal betrokken worden, en soms komen er dan lang bestaande spanningen en conflicten naar boven.

Tips:

- Geef uitleg aan de familie waarom die slaperigheid zich manifesteert
- Creëer rust in de patiëntenkamer, praat zachtjes, teveel prikkels kunnen onrust veroorzaken
- Raak de patiënt zachtjes aan, niet door elkaar schudden
- Orale medicatie stoppen

Verminderde behoefte aan eten en drinken

Mensen die aan het sterven zijn hebben vaak geen behoefte meer aan (en geen zin meer in) voedsel en vocht. Ze kunnen snel in gewicht afnemen. Het lichaam verandert: de wangen vallen in, de neus wordt spits en de ogen komen dieper in hun kassen te liggen. Vochttekort leidt normaal gesproken tot dorst, maar in de stervensfase treedt dit dorstgevoel niet of nauwelijks op.

Tips:

- Informeren van familie waarom deze basisbehoefte wegvalt
- Symbolische betekenis van voedsel en vocht geven = zorg. Vaak is het een moeilijk moment om dit stop te zetten
- Kijken waar de patiënt nog wel zin in heeft, maar niets forceren

- Patiënt niet wakker maken om te laten eten en drinken
- Indien patiënt zich verslikt: stoppen met voeding en drinken aanbieden (gevaar op slikpneumonie)
- Belang van goede mondzorg
- Omdat de lippen en de mond vaak droog zijn, kan het prettig zijn als deze af en toe licht bevochtigd worden. Een droge mond wordt niet verholpen door kunstmatige toediening van vocht
- Familie bij het verzorgingsproces betrekken en aanleren hoe ze goede mondzorg kunnen doen
- Tips en tricks over mondzorg kan je vinden op de website van PHA

Terminale onrust en doodsangst

Het kan voorkomen dat door een gedaald bewustzijn iemands gedrag verandert. Dit is een vorm van delier dat optreedt tijdens de laatste dagen en vooral tijdens de laatste uren voor het overlijden.

De stervende kijkt dan anders uit zijn ogen en kan een onrustige en verwarde indruk maken. Het lijkt alsof iemand vanalles beleeft of ziet, maar wat precies is niet duidelijk. Vaak maakt de stervende kleine (hand)bewegingen, alsof hij iets wil plukken of aanwijzen en grijpt hij in het luchtledige. Soms gaat dit ook gepaard met kreunen en schreeuwen. Deze observaties kunnen emotioneel belastend zijn voor de naasten.

Het is belangrijk om enkele mogelijke oorzaken van onrust tijdens het stervensproces uit te sluiten:

- Urineretentie / globus: zo nodig een blaaskatheter plaatsen
- Dyspnoe / desaturatie
- Obstipatie: zo nodig een microlax geven
- Prikkels door de onrust bij de omgeving
- Myoclonieën of onwillekeurige spierbewegingen door het gebruik van opioïden
- Ook neuroleptica en metoclopramide kunnen deze onwillekeurige bewegingen geven
- Ontwenningsverschijnselen
- Doodsangst om afscheid te moeten nemen van het leven

Tips:

- Steun bieden door rustig aanwezig te zijn en door eventuele waandenkbeelden of hallucinaties niet tegen te spreken, maar er ook niet in mee te gaan
- Angst bij de familie erkennen, beluisteren, ruimte geven aan verdriet, krachtbronnen en sociale steun zoeken
- Sterven als een natuurlijk proces bekijken dat tijd vraagt
- Eventuele oorzaken behandelen zoals globus, obstipatie,…
- Zorg voor een rustige en stabiele omgeving
- Als er tekenen van ernstig ongemak zijn, kan de arts besluiten om rustgevende medicijnen toe te dienen
- Geef zo nodig haloperidol buccaal of s.c.
- Overweeg palliatieve sedatie bij onbehandelbare terminale onrust

Veranderingen in de ademhaling, doodsreutel

Het gevoel van kortademigheid is zeer onaangenaam en kan de patiënt angstig maken. Het komt vaak door zwakte van de ademhalingsspieren en het is in de stervensfase oorzakelijk niet meer te behandelen. Een stokkende en onregelmatige ademhaling is meestal een teken dat de dood snel dichterbij komt.

Zuurstof is enkel effectief indien er sprake is van hypoxie, maar kan wel een psychologisch effect hebben bij patiënten met longaandoeningen (bv. longfibrose, emfyseem).

Doordat de normale hoest- en slikprikkels verdwijnen, kan slijm zich ophopen in de keelholte of in de luchtpijp. Dat kan leiden tot een reutelend geluid bij het ademhalen. Deze doodsreutel is een belangrijk teken van het naderend overlijden.

Omstanders denken soms dat de stervende dan ernstig benauwd is of zelfs dreigt te stikken (een acute obstructie van de grote luchtwegen door een tumor of bloeding kan leiden tot stikken). Maar de doodsreutel wordt door de stervende zelf niet als benauwd ervaren. Door stapeling van CO2 gedurende het stervensproces daalt het bewustzijn en neemt de beleving van de dyspnoe af.

Alleen als er tekenen van ernstig ongemak zijn, zullen artsen besluiten om extra medicijnen toe te dienen:
- scopolamine 20 mg s.c./i.v.; eventueel 60-120 mg/24 uur continu s.c./i.v.
- scopolamine transdermaal (1,5 mg): 1 pleister, om de 3 dagen verwisselen
- atropine oogdruppels 1% sublinguaal, iedere 4 uur 2-3 druppels.

De fase van onregelmatige ademhaling en reutelen wordt gevolgd door steeds langere adempauzes. Dit is te wijten aan het uitvallen van de levensfunctie in de kleine hersenen. De ademhaling valt dan regelmatig stil om daarna met een diepe zucht weer op gang te komen. De tijd tussen de ademteugen wordt steeds langer, soms wel tot een halve minuut en tenslotte is er de laatste adem, in veel gevallen niet meer dan een zuchtje na een (heel) lange stilte. Het gezicht ziet er ook bij deze stokkende ademhaling vaak heel rustig uit. Dit wordt Cheyne-Stokes ademhaling genoemd.

Tips:
- Directe omgeving inlichten wat dit proces inhoudt
- Uitleggen dat stikken bijna nooit voorkomt
- Eventueel de patiënt op de zijde leggen
- Zo weinig mogelijke aspireren: overprikkeling van de slijmvliezen geeft nog meer discomfort

Troebele ogen

Typisch tijdens de stervensfase is een glazige, doffe blik in de ogen en stoppen met knipperen. Het hoornvlies droogt uit. In de volksmond noemt men dit fenomeen vaak 'gebroken' of 'glazige' ogen. Het is alsof de patiënt recht door je kijkt, en dit kan zeer beangstigend zijn voor de familie.

Tips:
- Eventueel gebruik maken van kunsttranen
- De ogen staan soms half open, eventueel kunnen de ogen manueel gesloten worden, maar forceer dit niet

Urine en ontlasting

Hoe minder iemand drinkt, hoe minder hij plast. De nieren werken minder en de urine is donkerder gekleurd. Urineretentie/globus komt vaak voor in de stervensfase en kan verantwoordelijk zijn voor terminale onrust.
De sluitspieren van de blaas en het rectum werken vaak minder goed en er kan sprake zijn van urineverlies en stoelgangverlies.

Tips:
- Incontinentiemateriaal voorzien
- Opvolgen van urinedebiet en uitsluiting globus bij terminale onrust
- Zo nodig een blaassonde voorzien
- In geval van palliatieve sedatie altijd een blaassonde plaatsen wanneer de patiënt voldoende diep slaapt

De bloedsomloop neemt af, doodsmasker en lijkvlekken

Het lichaam houdt zo lang mogelijk de doorbloeding van hart en longen in stand. Omdat het bloed zich tijdens de stervensfase steeds meer terugtrekt naar de borst- en buikholte, kunnen handen, armen, voeten, benen en neus koud aanvoelen. Dit is een gevolg van het dalen van de lichaamstemperatuur.
Op de benen kunnen paarsblauwe vlekken ontstaan ('lijkvlekken'). Lippen en nagels kunnen blauw verkleuren. Dit zijn gevolgen van verminderde bloedcirculatie en ontregelde zuurstofvoorziening. De gelaatskleur wordt grauw en bij de laatste adem trekt de kleur helemaal uit het gezicht weg ('doodsbleek'). De neus ziet er spits en bleek uit en voelt koud aan ('doodsmasker').

Tips:
- Ondersteuning van de familie en uitleg geven over wat ze zien
- Voldoende aanwezig zijn als hulpverlener om rust te brengen aan het sterfbed

Verzwakte hartslag

De polsslag wordt steeds sneller en zwakker doordat de bloedcirculatie en de bloeddruk verminderen. Enkele uren voor het overlijden is de pols bijna niet meer voelbaar.

Tips:
- Voldoende uitleg hierover verschaffen aan de familie als ze hier vragen over stellen
- Stoppen met de controle van vitale parameters
- Op kritieke diensten eventueel de monitor op de kamer afzetten in samenspraak met de familie

Onwillekeurige bewegingen

De patiënt vertoont onwillekeurige bewegingen die lijken op zenuwtrekjes die zich kunnen voordoen vlak voordat je in slaap valt. De oorzaak is een ontsteking van het zenuwstelsel door opeenhoping van afvalstoffen in het lichaam. Mogelijks wordt dit ook versterkt door het gebruik van opioïden.

Tips:
- Directe omgeving voldoende informeren en uitleggen dat patiënt zelf hier geen last van heeft
- Bij te felle samentrekkingen kan er medicatie opgestart worden (midazolam)

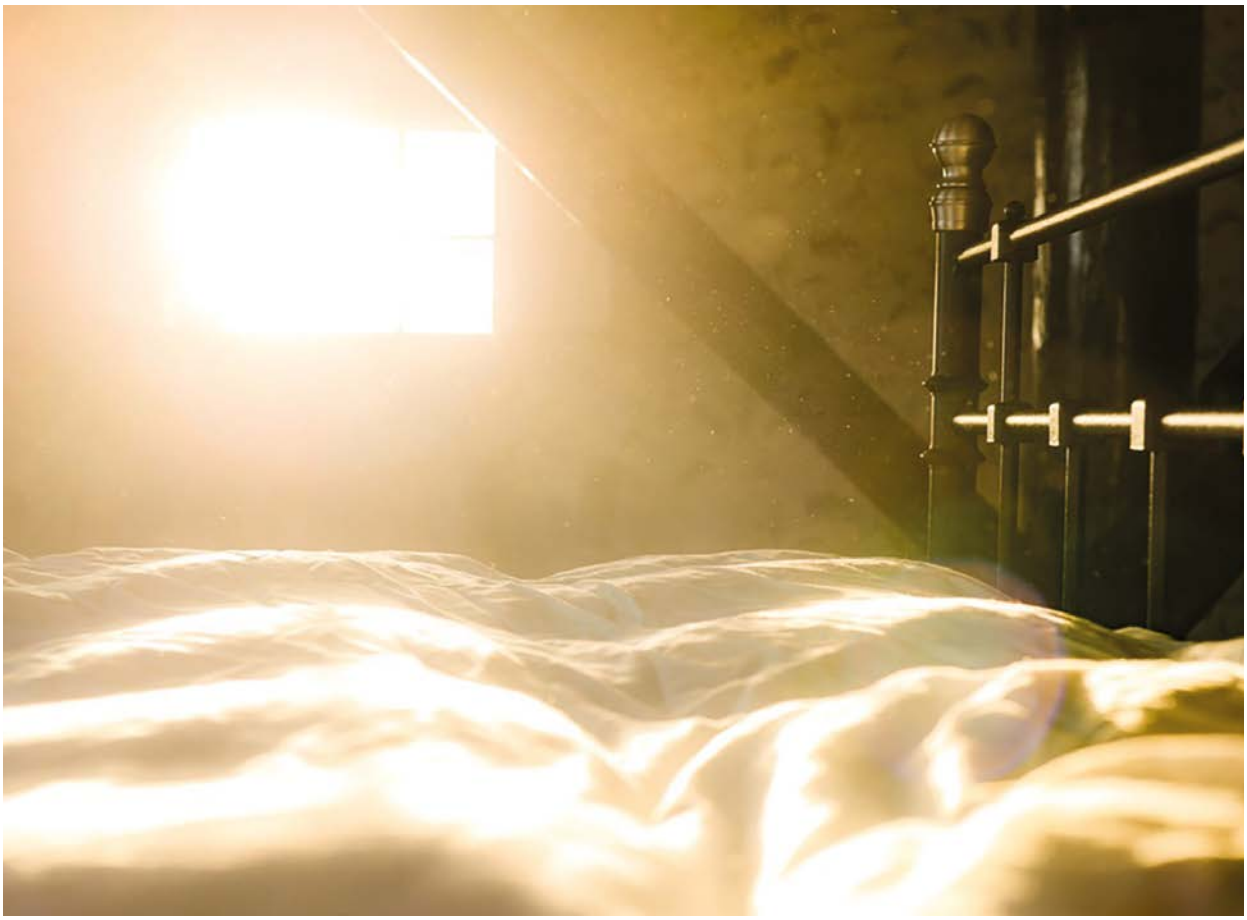
Terminale koorts

Vaak begint de stervensfase met hoge koorts ('terminale koorts'), die kan oplopen tot 40 graden. Oorzaken kunnen zijn:
- Uitgebreide infecties die niet meer kunnen behandeld worden
- Metabolische intoxicaties
- Progressieve toename van de bacteriële of chemisch-metabolische activiteit in de weefsels
- Een voortdurende afname van de circulatiesnelheid van het bloed, waardoor de warmte, ontwikkeld in de weefsels, niet meer op aan adequate manier kan worden afgevoerd
- Ontregeling van het thermo-regulatiecentrum in de hersenen

Tips:
- Bij discomfort, patiënt niet te warm toedekken
- IJs leggen
- Koortswerende middelen helpen niet
- Kamer fris houden
- Bezoek beperken

Waken

Als het sterven nabij is, worden er vaak afspraken gemaakt tussen hulpverleners en familieleden om over te gaan tot 'waken', op een rustige manier dag en nacht bij de stervende aanwezig zijn.
Waken kan nabestaanden helpen in de rouwverwerking. Het is belangrijk om goed uit te leggen wat waken inhoudt (bv. mijmeren over het verleden, verhalen delen, herinneringen ophalen, bewust afscheid nemen).
Familie stelt zich vaak de vraag wanneer ze met waken moeten beginnen. Waken kan zwaar zijn, vooral als het stervensproces enkele dagen duurt.



Er is vaak veel onmacht die ontstaat tijdens het waken. Vragen naar hoe lang het nu nog gaat duren, kunnen feitelijk bedoeld zijn maar evengoed aanduiden hoe machteloos en verdrietig ze zich voelen.
Er is voortdurend behoefte aan voldoende informatie. Het is belangrijk om te benadrukken dat dingen erbij horen, je uitleg te herhalen en te controleren of iedereen alles begrepen heeft.
Waken kan om de beurt of samen. Het branden van kaarsen, neerzetten van afbeeldingen of bloemen, dempen van licht, luisteren naar muziek of iets voorlezen kunnen sfeer en rust creëren. Waken kan een tijd zijn voor afscheidsrituelen, zoals de ziekenzalving of de ziekenzegen.
De tijd lijkt in deze fase vaak stil te staan. Het overlijden kan in de beleving van familie erg lang op zich laten wachten. Zorg er daarom voor dat er voldoende afwisseling is en dat iedereen voldoende rust kan nemen. Het verzorgen van een stervende kan voldoening geven, maar kan ook uitputtend zijn.
In de thuissituatie is het belangrijk dat er tijdig voldoende praktische en ondersteunende hulp aanwezig is, bv. van een verpleegkundige, verzorgende en/of vrijwilliger.
Op deze manier kan het waken een heel waardevolle periode zijn, waarin men elkaar als familie en vrienden steunt en men bewust afscheid kan nemen van de patiënt.

Het sterven zelf

De patiënt is gestorven als:

- De ademhaling stopt: spontane en onregelmatige, happende ademhalingsreactie.
- De hartslag blijft nog even aanwezig (eerst heftige stuwing van de carotis, dan een onregelmatige hartslag, tot het hart stopt).
- Volledig wit worden van het gezicht en de extremiteiten.

Ga na of de familie al eerder een stervenservaring van nabij heeft meegemaakt. Vraag of je aanwezigheid als hulpverlener gewenst is op dit intieme moment of niet. Geef voldoende info over dit moment en wees nabij op afstand.
Benadruk dat ze rustig de tijd mogen nemen om afscheid te nemen. Daarna kunnen ze contact opnemen met de

huisarts om het overlijden te laten vaststellen en met de uitvaartverzorger.
Als de familie wil helpen met de laatste verzorging, geef ze dan de kans, met begeleiding van een verzorgende of verpleegkundige.

Algemene medische en verpleegkundige maatregelen tijdens de stervensfase

- Bespreek met de patiënt en zijn naasten dat er geen levensverlengende maatregelen meer zullen plaatsvinden.
- Geef desgewenst ruimte en gelegenheid voor persoonlijk afscheid en rituelen. Vraag hierbij zo nodig ondersteuning van een geestelijk verzorger.
- Bespreek de zaken die nog moeten worden geregeld (bezoek, afscheid, wettelijke en/of financiële regelingen, rituelen, lichamelijke zorg na overlijden, crematie, begrafenis, …).
- Stop zo nodig kunstmatige vocht- en voedseltoediening.
- Bij pijn: geef opioïden transdermaal (fentanyl) of subcutaan (morfine, oxycodon). Geef extra pijnstilling bij voorspelbare doorbraakpijn (bij verzorging, wisselligging).
- Bij misselijkheid en braken: geef metoclopramide rectaal, s.c./i.v. of haloperidol buccaal, s.c./i.v., bij onvoldoende effect aangevuld met dexamethason s.c.
- Bij ileus: maaghevel of octreotide 3 dd 100-300 µg/ 300-900 µg continu/24 uur (s.c./i.v.) of scopolamine 40-120 mg/24 uur s.c./i.v.
- Maak met iedereen de afspraak dat er niet naar de 112 wordt gebeld bij plotse achteruitgang.
- Patiënt en naasten worden meerdere keren per dag door de verpleegkundige gezien. Overweeg bij verblijf thuis ook de inzet van nachtzorg.
- Leg in een thuissituatie vast wie de naasten kunnen bellen bij achteruitgang of overlijden.
- Beperk medische en verpleegkundige handelingen tot het strikt noodzakelijke. Stop zo nodig lopende afspraken ten aanzien van verpleegkundige interventies zoals routinematig bloeddruk meten, glycemie meten, wisselligging, …
- Beoordeel welke lichamelijke zorg er nog gewenst en mogelijk is, zoals wassen, aankleden, …
- Stop de niet strikt noodzakelijke medicatie in overleg met de huisarts, zoals antihypertensiva, insuline, cholesterolverlagende medicatie, …
- Pas de toedieningsweg aan van de nog belangrijke medicatie inzake pijn- en symptoomcontrole.
- Zorg ervoor dat er medicatie in huis is die zo nodig kan worden gegeven ter verlichting van de meest voorkomende symptomen, zodat er direct kan gehandeld worden wanneer er zich klachten zouden voordoen.
- Bespreek wat naasten zelf kunnen en mogen doen.
- Overweeg de inzet van vrijwilligers.
- Maak voldoende tijd voor de nazorg.

GERAADPLEEGDE BRONNEN:

– https://nvkvv.be: De stervensfase: Marc Mercher en Sarha Hauspie
– www.pallialine.nl: de stervensfase
– www.azturnhout.be, patiënteninformatie: verloop van de stervensfase
– https://www.oncoline.nl/stervensfasefolder

Samenvatting onderzoek:
De impact van het gebruik van palliatieve thuiszorg ondersteuning op de kwaliteit en de kosten van de levenseindezorg.

End-of-Life Care Research

Arno Maetens
End-of-Life Care Research Group at the VUB

Inleiding

Mensen leven gemiddeld steeds langer en sterven op oudere leeftijd. Vaak worden deze extra jaren echter doorgebracht in een situatie van verminderde gezondheid. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de kans op het leven met één of meer chronische ziekten dan ook aanzienlijk toe. Hierdoor is er een toenemende nood voor kwaliteitsvolle zorg, vanaf het moment van diagnose tot aan het levenseinde. Toch zien velen hun behoeften niet vervuld: naar schatting krijgt wereldwijd slechts 14% van de mensen die nood hebben aan palliatieve zorg dit ook daadwerkelijk.

Om tegemoet te komen aan de wensen van patiënten, die meestal zo lang als mogelijk thuis willen verzorgd worden en zo mogelijk ook daar sterven, werd de afgelopen decennia uitdrukkelijk ingezet op het ontwikkelen van ondersteunende beleidsmaatregelen voor palliatieve thuiszorg. Zo werden in België het palliatief forfait, de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE), en de palliatieve thuisverpleging in het leven geroepen om mensen te ondersteunen die palliatieve zorg in de thuisomgeving willen geven. De doelstelling van dit proefschrift was om het gebruik en de impact van het gebruik van deze maatregelen te beschrijven en te evalueren op populatieniveau.

Het gebruik en factoren die verband houden met het gebruik van beleidsmaatregelen ter ondersteuning van palliatieve thuiszorg in België

We hebben in onze studie 87,007 volwassenen opgenomen die in 2012 zijn overleden en tijdens het laatste levensjaar thuis woonden. Van deze populatie gebruikte 18% minstens één van de bovengenoemde ondersteuningsmaatregelen (d.w.z. het forfait voor palliatieve thuispatiënten, multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE), palliatieve thuisverpleegkundige zorg of kinesitherapie voor palliatieve thuispatiënten). Een mogelijke verklaring voor de relatief lage opname van deze maatregelen houdt verband met het op prognose gebaseerde criterium rond deze maatregelen: er dient namelijk een verwachte levensduur van maximaal drie maanden te worden geschat alvorens mensen recht hebben op dergelijke ondersteuning. Daarnaast toont voorgaand onderzoek aan dat de behoeften aan of voordelen van palliatieve zorg onder niet-kankerpatiënten nog te weinig herkend en erkend worden.

Multivariabele logistische regressieanalyses toonden verder aan dat het gebruik van palliatieve thuiszorgmaatregelen verschilt tussen verschillende groepen in de populatie. Deze maatregelen werden voornamelijk gebruikt door kankerpatiënten en jongere personen. Over het algemeen werden palliatieve thuiszorgmaatregelen het minst vaak gebruikt door mannen, door mensen die alleen woonden, of door mensen die in het Brussels hoofdstedelijk gewest woonden. Deze bevinding lijkt te suggereren dat de opname van ondersteunende maatregelen voor palliatieve thuiszorg, afgezien van aspecten die verband houden met de prognose, beïnvloed worden door specifieke omgevingsfactoren, zoals het voorhanden hebben van mantelzorgers.

Tussen 2010 en 2015 steeg het gebruik van de palliatieve thuiszorgmaatregelen van 32% tot 35%. Onder dege-

nen die palliatieve thuiszorgondersteuning gebruikten, veranderde de timing van de initiatie van een mediaan van 40 dagen vóór overlijden tot 45 dagen vóór overlijden. Ondertussen daalde het aandeel van mensen voor wie de palliatieve thuiszorg in de laatste week van het leven werd geïnitieerd van 15% naar 14%. Deze trends tonen aan dat er relatief weinig evolutie is in het aantal mensen dat palliatieve thuiszorgondersteuning ontvangt en dat een substantieel aandeel personen nog steeds (zeer) laat in het ziektetraject palliatieve thuiszorg ontvangt.

De impact van palliatieve thuiszorg op de kwaliteit en kosten van zorg aan het levenseinde

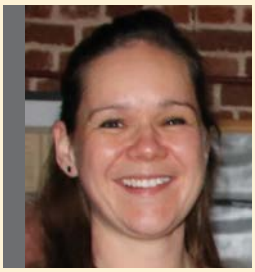
Om de impact te evalueren van het gebruik van palliatieve thuiszorg op de kwaliteit en kosten van zorg in de laatste twee weken van het leven, hebben we 8837 volwassenen die thuis woonden en palliatieve thuiszorg gebruikten ("interventiegroep") vergeleken met evenveel personen die thuis woonden en geen gebruik maakten van dergelijke ondersteuningsmaatregelen ("controlegroep").

De kans om thuis te overlijden lag vier keer hoger bij degenen in de interventiegroep die wel palliatieve thuiszorgondersteuning hadden ontvangen (56%), vergeleken met de controlegroep die deze niet had ontvangen (14%). Gemiddeld hadden degenen in de interventiegroep daarentegen negen contacten met een zorgverlener (huisarts of verpleegkundige zorg) en drie contacten met een huisarts in de laatste twee weken van het leven, vergeleken met een gemiddelde van twee contacten met een zorgverlener en één huisartscontact voor degenen in de controlegroep. Van degenen in de interventiegroep stierf 39% in het ziekenhuis, vergeleken met 74% van degenen in de controlegroep. Minder mensen in de interventiegroep werden opgenomen in een ziekenhuis (27% versus 61%), op een afdeling intensieve zorgen (18% versus 40%) of op een spoedafdeling (15% versus 28%) in de laatste twee weken van het leven, en de totale gemiddelde zorgkosten in de laatste twee weken van het leven (zowel binnen als buiten het ziekenhuis) lag 52% lager voor degenen in de interventie- versus de controlegroep (ofwel €1617 lager). Kosten van palliatieve thuiszorgondersteuning die werd voortgezet in de laatste twee weken van het leven werden tevens in de berekening opgenomen.

Het volledige artikel kan u terugvinden via https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e025180

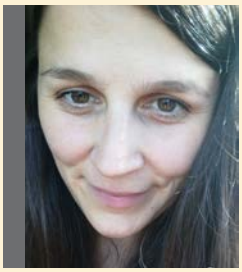
Het team van PHA bestaat uit 10 verpleegkundigen, 2 equipeartsen, 1 vrijwilligerscoördinator, 3 administratieve medewerkers, 1 klinisch psychologe, 1 communicatiemedewerker en 1 algemeen coördinator.

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.



Claudia Deckx
Verpleegkundige

Claudia is een van onze verpleegkundigen/deskundigen in palliatieve zorg. Naast haar opleiding tot verpleegkundige behaalde ze ook het getuigschrift van Postgraduaat Palliatieve Zorg.
In oktober 2017 begon haar loopbaan bij PHA. Claudia's grootste troef is de enorme rust die ze uitstraalt. Deze rust maakt van haar een zeer aangename gesprekspartner, zowel in het team als bij patiënten en hun families. Claudia zal voor alle patiënten steeds klaarstaan met een luisterend oor en een groot hart. Ze houdt van familie en vrienden en geniet van de kleine dingen van het leven.



Isabel Heylen
Communicatie-medewerker

Isabel is nieuw in ons team. Sinds juni vult zij een gloednieuwe functie in op PHA: 'communicatiemedewerker'.
In 2009 behaalde ze haar Masterdiploma in de Communicatiewetenschappen. Met haar kennis en ervaring in andere sectoren zal Isabel een grote meerwaarde betekenen voor ons netwerk. Ze zal zich vooral richten op de pijlers informeren en sensibiliseren. PHA uitdragen en bekend maken bij alle hulpverleners en de bevolking zal 1 van haar grootste doelen zijn.
Isabel is een gedreven iemand die met veel enthousiasme aan haar opdracht begonnen is. Ze houdt van heldere, duidelijke communicatie en brainstormen.

ACTIVITEITEN MBE 2018

Wat deed de multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) van PHA in 2018?

Tine De Vlieger, algemeen coördinator PHA en
Dr. Noël Derycke, equipearts PHA

Opdracht van een MBE

De MBE ondersteunt de zorg van de palliatieve patiënten thuis in overleg met de huisarts en de andere betrokken hulpverleners.

Wie zijn de patiënten?

Iedereen die ongeneeslijk ziek is en binnen afzienbare tijd zal overlijden en hiervoor in de eigen vertrouwde omgeving (thuis) wenst te blijven.

Wie is de directe omgeving?

De familie en de naasten kunnen een beroep doen op de expertise van de MBE. De MBE ondersteunt deze mantelzorgers zodat ook voor hen het traject (op-)volgbaar en haalbaar blijft. Samen met de professionele hulpverleners worden afspraken gemaakt: eenduidig beleid, gegarandeerde continuïteit van zorg, bereikbaar- en betrokkenheid?

Holistische mensvisie

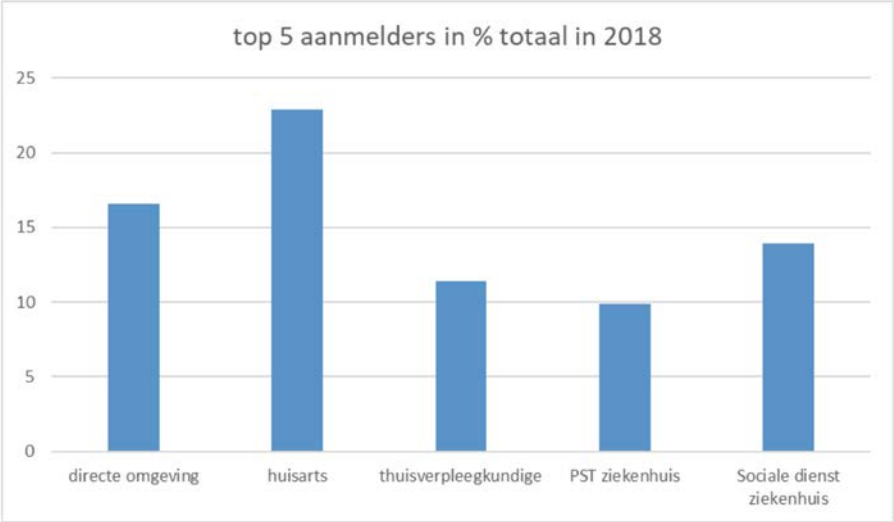
Door actief te luisteren worden de (zorg)noden van de zieke in kaart gebracht. Hierbij is er niet alleen aandacht voor de fysieke symptomen, maar krijgen zowel de psychische problemen, de sociale noden en zingevingsvragen de nodige aandacht.

De MBE faciliteert het gesprek tussen patiënt, zijn naasten, de huisarts en de andere hulpverleners om, op basis van de gedetecteerde zorgnoden, de zorgdoelen voor deze patiënt te bepalen. Absolute prioriteit wordt hierbij gegeven aan het bereiken van een maximale levenskwaliteit.

Aanmelding / aanvraag tot ondersteuning van de MBE

De aanmelding bij de MBE kan door patiënt, zijn naasten, hulpverleners en huisarts maar ook door het ziekenhuis (voorafgaand aan ontslag).
Zie tabel ① hieronder: top 5 aanmelders in % totaal in 2018.

Na deze aanmelding wordt een huisbezoek door een verpleegkundige van de MBE afgesproken. Dit huisbezoek wordt enkele dagen tot een week na de aanmelding afgelegd. Urgente situaties worden zo vlug als mogelijk bezocht.



①

De MBE ziet de huisarts als de eindverantwoordelijke van de palliatieve zorg thuis en daarom wordt hij voorafgaand aan het bezoek van de MBE steeds in kennis gesteld van het geplande bezoek.

Welke informatie verwacht de MBE bij de aanmelding van een nieuwe patiënt?

- ✅ aanmelder: naam, functie, telefoon, instelling
- ✅ patiënt: naam en voornaam, geboortedatum, woonplaats en/of verblijfplaats, aanwezige mantelzorg, de diagnose, de prognose en alles wat relevant kan zijn voor deze patiëntsituatie
- ✅ huisarts: voornaam, naam,
- ✅ thuisverpleegkundige: voornaam, naam, telefoon / gsm,
- ✅ gekende aandachtspunten

De equipe in werking

Iedere patiënt wordt binnen de MBE aan 1 verpleegkundige toegewezen. Deze volgt de patiënt en het dossier op en rapporteert tijdig belangrijke wendingen aan de collega's. Door deze nauwkeurige vastlegging in het individuele patiëntdossier en de regelmatige overlegmomenten kunnen de collega's van de MBE gemakkelijk elkaars patiënten adviseren als de toegewezen verpleegkundige afwezig is.
Onze verpleegkundigen en de artsen van de MBE nemen geen taken over van de professionele hulpverleners, zoals thuisverpleegkundigen en huisartsen.
Een vervolg huisbezoeken komen er op vraag en de aanleiding is meestal een wijziging in zorgnoden. Door bij de patiënt ter plaatse te gaan kan de verpleegkundige zelf een inschatting maken van de gewijzigde zorgsituatie.

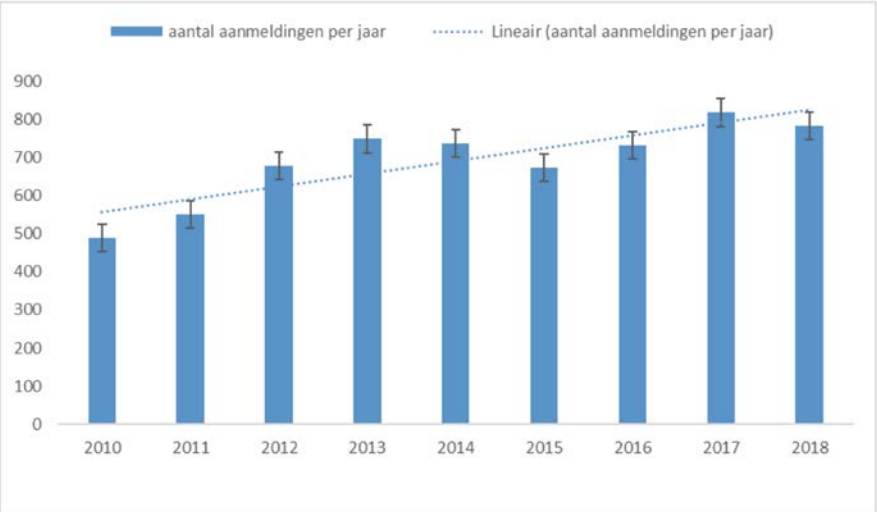
Cijfers 2018

In 2018 werden 1.065 patiënten begeleid: 783 nieuwe aanmeldingen; de overige patiënten werden op 01-01-2018 overgedragen van 2017. Zie tabel ② hieronder.

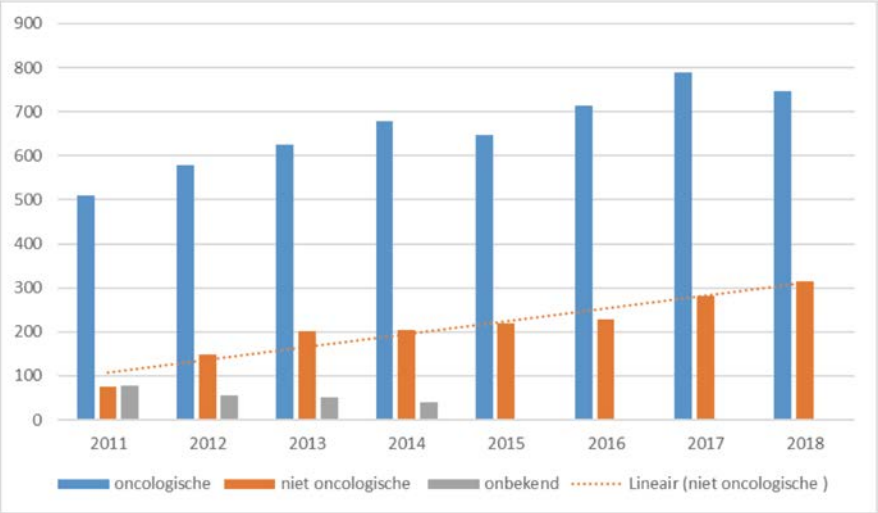
De Leeftijd:

leeftijd	aantal	%
0-19	1	0.10
20-39	12	1,10
40-59	108	10,10
60-79	426	40,10
80-99	500	47,00
100 en >	6	0,60

Van de patiënten gevolgd door de MBE was 87% tussen de 60 en 99 jaar oud (1/3 is tussen de 80 en 89 jaar oud).

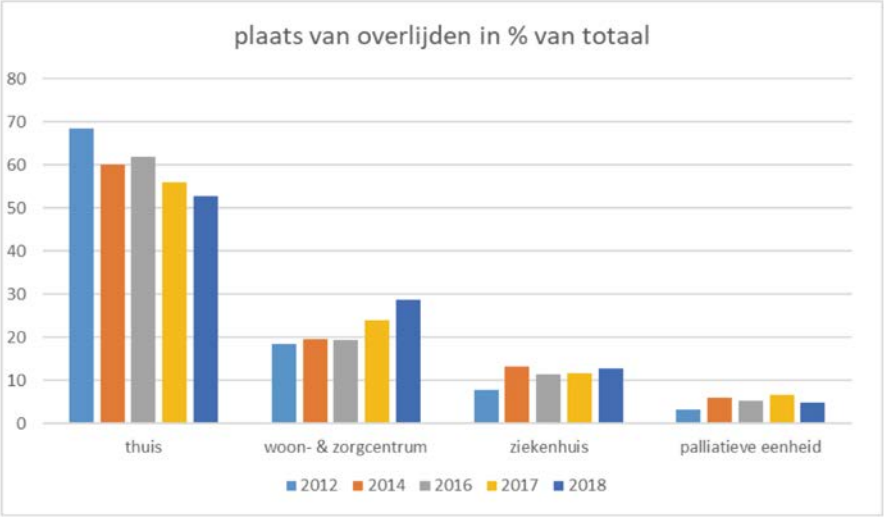


②

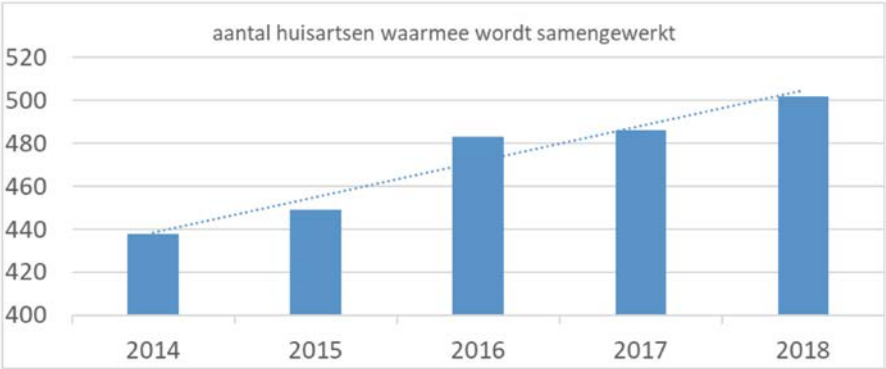


③

De aandoening van de begeleide patiënten:
De hoofddiagnose bij aanmelding was kanker bij 745 patiënten. We zien verhoudingsgewijs wel een toename van patiënten met een niet-kanker diagnose (ALS, Dementie, multi orgaan falen, ...). Er waren 315 patiënten met een nietkanker aandoening (2018: 29.30% / 2011: 11,8%). Zie tabel ③.



④



⑤

De meeste (679) patiënten verbleven thuis bij aanmelding. Twee patiënten verbleven in een psychiatrische instelling.

De equipeleden namen 10.701 keer een persoonlijk contact op met de palliatieve patiënt. Ze legden 1.097 bezoeken af van gemiddeld 2 uur per bezoek. Er werd deelgenomen aan 110 vergaderingen over zorgafstemming en -advies. Ook na een opname van een patiënt of diens overlijden blijft de equipe contacten onderhouden, in 2018 zo'n 1.429 persoonlijke contacten. Er werden nog 139 bezoeken afgelegd en aan 24 overlegmomenten deelgenomen. Nabestaanden ondersteunen in hun rouwproces door het geven van erkenning en tips en zo nodig een juiste en efficiënte doorverwijzing is ook een opdracht van de equipe.

Plaats van overlijden:
In 2018 stierven 552 van de opgevolgde patiënten (totaal 1060). Van deze 552 patiënten stierven 286 thuis, 156 in een woon- en zorgcentrum en 26 op een palliatieve eenheid. Zie tabel ④.

Van de opgevolgde patiënten stierf er ± 80% thuis of in woonzorgcentra en dit over verschillende jaren. Er is een minimale stijging van het aantal overlijdens in het ziekenhuis. Opname en overlijden op palliatieve eenheden wisselt over de vermelde jaren.

Huisartsen:
In het werkingsgebied van de MBE waren er 635 huisartsen actief in 2018. Met 502 van hen werd er samengewerkt of met bijna 4 op 5 van de huisartsen (78%). Zie tabel ⑤.

Andere hulpverleners: naast de huisartsen is er samenwerking met vele partners zoals de thuisverplegingsdiensten, gezinszorgdiensten, poetsdiensten, apothekers, kinésitherapeuten, Nachtzorg, MOPA, sociale diensten en diensten patiëntenbegeleiding, palliatieve support teams en palliatieve eenheden, ... Omwille van haar expertise in samenwerken bij chronische zieke patiënten claimt de MBE terecht een plaats in de toekomstige eerstelijnszones.

Een week uit het leven van … een MBE verpleegkundige

Frank Desmet
Verpleegkundige / deskundige palliatieve zorg van de multidisciplinaire begeleidingsequipe van PHA

Alle hieronder vernoemde feiten, namen en plaatsen zijn fictief. Ze zijn gebaseerd op actuele ervaringen en feiten maar dusdanig uit hun context gehaald en verwisseld, dat herkenning niet mogelijk is. Gelijkenissen met bestaande personen en feiten is puur toeval.

Maandag

08:51 uur

Wat kunnen weekends een mens uitwringen. Als je schoonouders (schatten, trouwens!) aan zee wonen, je toch weer te zwaar hebt gegeten en je daarna op zondagavond tot 's nachts mee in de file hebt gestaan, kan een maandagochtend al eens wegen …

Het regent, en geen klein beetje. Één na één komen de collega's binnengedruppeld en slaan zich, als een natte hond, droog aan de voet van de trap. We begroeten elkaar hartelijk. Na een weekend is er altijd veel te vertellen, maar het zal vandaag toch moeten wachten tot aan de middagpauze.

De collega van wacht is te laat. Ze kreeg nog een oproep juist voor haar vertrek thuis. Het telefoonnummer van PHA wordt 24 uur op 24 beantwoord. Tijdens onze wachtdienst neemt de alarmcentrale van het Wit-Gele Kruis de oproepen aan. Hun medewerkers kunnen onderscheid maken tussen de dringende zaken en de niet dringende infovragen. Alle dringende zaken en vragen worden door hen via onze wacht GSM aan ons gemeld. De oproeper wordt zo vlug als mogelijk door ons gecontacteerd. Snel, discreet, werkbaar én efficiënt. Bon, die is dus nog even bezig.

09:02 uur

We hebben de beste koffie ter wereld. Alleen al daarvoor wil je hier werken. Naast een king-size Espresso ga ik mijn toetsenbord te lijf.

Eerst klik ik mijn lopende patiëntendossiers open. Alles wat dit weekend aan telefoons is binnengekomen (en welk gevolg eraan is gegeven), heeft de collega van wacht in ons elektronisch patiëntendossier (e-dossier) 'gevlagd'. Zo kan ik in een oogopslag zien welke situaties ik zeker moet opvolgen. Voor de patiëntsituaties waarvan ik de eerste begeleider ben, zijn er geen meldingen geweest dit weekend.

09:17 uur

Ik vertrek naar Nadine, een 40-jarige vrouw met pancreaskanker. Ze is nog relatief mobiel en heeft weinig klachten. Haar oncoloog heeft ons gecontacteerd toen duidelijk werd dat genezing niet meer mogelijk was. Tijdens een eerste huisbezoek, 14 dagen geleden, hadden we het onder meer over vroegtijdige zorgplanning. Dit leverde verbijsterde blikken op bij haar man. We spraken af dat ze me zouden laten weten of en wanneer ze klaar waren om er met mij verder over te praten. Vandaag dus. Ik verzamel nog wat documentatie. Geen folders, Nadine is geen lezer. Dit kan hooguit dienen om na ons gesprek een houvast te hebben.

Het is gestopt met regenen. Dat is meegenomen wanneer je met een zware motor rijdt. Het verkeer in ons werkingsgebied is altijd druk. Ik rijd intussen al 18 jaar met de motor en, op voorwaarde dat je je ultra-defensief gedraagt, kan ik het alleen maar aanraden: ik win alvast flink wat tijd.

Nadine, haar man en ik praten meer dan anderhalf uur over vroegtijdige zorgplanning. De negatieve wilsverklaring, de wilsverklaring euthanasie, euthanasie bij een actueel verzoek, de wilsbekwaamheid en de wilsonbekwaamheid, de palliatieve zorg met zijn aandacht voor de kwaliteit van het leven door pijn- en symptoomcontrole en soms de palliatieve sedatie … De woorden vliegen je als patiënt rond de oren: probeer het maar allemaal in je leven te passen. We nemen de tijd; het gaat hier immers niet om een boodschappenlijstje voor de supermarkt. Het gaat diep, zo'n gesprek. Als ik me dan bedenk dat er hulpverleners zijn die dit als een commerciële dienst aanbieden, en patiënten hiervoor laten *betalen* (en niet weinig ook) …

Nadine is meter van twee kinderen (5 en 8 jaar oud) van haar zus. De band met haar zus, én bij uitbreiding met haar gezin, is intens. De twee nichtjes zijn nog niet op de hoogte van wat Nadine te wachten staat. Nadine weet niet goed hoe ze dat moet aanpakken. Ik vertel dat de zus van Nadine altijd bij PHA mag aankloppen voor info en hulp, en dat onze psychologe eventueel kan ingeschakeld worden. Tevens hebben we kinderboeken, die ouders en anderen ondersteunen bij het bespreekbaar maken van terminale ziekte en overlijden met kinderen en jongeren. Nadine vindt het prima; ze zal er zeker met haar zus over spreken.
Kort voor de middag ben ik terug op kantoor. Enkel de collega die intake doet is er, ze is druk aan het bellen. Omdat de telefoon blijkbaar nog niet heeft stilgestaan, volstaat het universele "wil jij drinken?" gebaar om af te spreken dat ik voor haar een glas water ga halen. We verstaan elkaar, ook non-verbaal.

13:00 uur

Ik neem de intake (telefoonpermanentie) over voor de rest van de werkdag. Ik vul alvast mijn thermos met verse gemberthee.
Tussen de binnenkomende telefoons (makkelijk, met zo'n headsetje, ziet er ook lekker professioneel uit) lukt het om mijn verslagen in ons intern e-dossier te noteren. Het dossier up-to-date houden is belangrijk ook voor de andere collega's.

14:50 uur

Er zijn drie nieuwe aanmeldingen binnengekomen. Twee van een woonzorgcentrum, één van de sociale dienst van een Antwerps ziekenhuis. Ik werk daarbij zo goed mogelijk onze interne checklist af om een zo goed mogelijke start te maken. Vaak gaan mensen die iemand aanmelden zó op in hun verhaal dat soms de simpelste dingen vergeten worden, een telefoonnummer bijvoorbeeld.
Voor het vastleggen van kennismakingsbezoeken kan de persoon van intake de agenda's van de collega's inkijken en bewerken. Hierbij houden we rekening met de werklast, de afstand en de hoogdringendheid. Belangrijk hierbij is dat de collega's elkaar voldoende vertrouwen en soepel omgaan met de aanpassingen en de wijzigingen in hun werkschema. Ik verdeel de nieuwe aanmeldingen onder mezelf, Claudia en Dries. En de dag is nog niet voorbij …

15:05 uur

Een huisarts belt: graag dringend een medicatiepomp voor een palliatieve sedatie bij een 91-jarige dame in

een woonzorgcentrum. Meteen na de eerste paar vragen merk ik dat deze huisarts het moeilijk heeft met de druk van de familie. De patiënte heeft COPD, het ademen valt haar moeilijker, ze heeft er nu gewrichtsklachten bijgekregen en wilde ze het afgelopen weekend niet eten. Ze heeft toch al een mooie leeftijd bereikt en ze moet toch niet afzien, zegt de familie. De arts is aan het eind van zijn latijn wat betreft medicatie en ziet geen andere uitweg dan te sederen. Na een intens gesprek (je praat al gauw een halfuur) blijkt dat de situatie toch niet zo zwart-wit is dan aanvankelijk ingeschat. Ik zie mijn collega Annemie (die straks van wacht is en mijn gesprek mee kon volgen) teken doen: ze kan over een uur nog op dringend zorgoverleg. Of dat de huisarts zou uitkomen? "Graag" antwoordt hij. Iedereen kan er zijn: verpleging, arts en familie. Mooi.

16:22 uur

Een huisarts in opleiding belt: ze zag in haar praktijk een patiënt van 60 jaar die levensmoe is, de patiënt heeft een wilsbeschikking ingevuld en ze wil graag meer weten over de wetgeving euthanasie. Ik ga eerst dieper in op de situatie van de patiënt: of er sprake is van ondraaglijk lijden, en wat dat dan betekent voor de patiënt. Pas daarna ga ik in op het verschil tussen een voorafgaande wilsverklaring euthanasie versus een *actueel verzoek* euthanasie. Uiteindelijk blijkt dat de HAIO dat allemaal wel wist, maar eerder bevestiging zocht.

Dinsdag

09:15 uur

Onze equipe-arts springt van zijn speedpedelec en begroet enthousiast de dingen. We passeren (weer) langs de espressomachine en we starten aan het wekelijkse patiëntenoverleg. Zo goed als iedereen is er: coördinator Tine, psychologe Inne, 8 verpleegkundigen en vrijwilligerscoördinator Lieve. Iedereen kan patiëntensituaties aanbrengen. Medische vragen, moeilijke situaties, creatieve oplossingen, uitwisselen van tips, geven van advies en steun. Het is ongetwijfeld de meest waardevolle (en vaak meest leerrijke) halve dag van de week: het begrip *multidisciplinair overleg* krijgt hier echt wel zijn volle betekenis. *Out-of-the-box*-denken is bijna een reflex geworden. Soms wordt er best wel pittig gediscussieerd. In de pauze harken we dan de spaanders bij elkaar en

daar maken we dan heksensoep van (grapje).
De dames van het onthaal filteren intussen de binnenkomende gesprekken. Als het kan wachten, nemen we de oproepen aan in de pauze; als het dringend is dan wordt de betrokken dossierbeheerder uit de vergadering gehaald.

13:45 uur
Afspraak in woonzorgcentrum Noorderlicht bij Jef, 90 jaar. Hij, met een gekend thoracaal mesothelioom, was vorige week aangemeld door de hoofdverpleegkundige wegens snelle achteruitgang. Hij is zuurstofafhankelijk, krijgt behoorlijke dosissen Durogesic, Morfine, Medrol, Buscopan en een beetje Midazolam. Hij mag niet meer uit zijn kamer komen daar hij drager is van MRSA (Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus, een variant van de stafylokok die niet meer gevoelig is voor de gewone antibiotica). Jef wil sterven en heeft zijn ster-venswens tegenover de huisarts geuit. De arts twijfelt: wil de patiënt niet meer leven, of wil de patiënt *zó* niet meer leven? Hij vraagt advies.
Jef zit in zijn kamer in een rolstoel. Hij is cachectisch, krijgt 2 liter O_2 /min. Hij heeft spitse trekken in zijn gelaat, is bleek en kijkt angstig voor zich uit. Hij is aanspreekbaar maar zijn antwoorden zijn warrig. Hij wil "dat het gedaan is". Ik tracht met open vragen te achterhalen wat hij daarmee precies bedoelt, maar Jef blijft vaag. Als ik vraag: "Jef, wil je sterven?", haalt hij zijn schouders op. Naar de verpleging dan. Ik lees het dossier, ik stel vragen over de toegediende medicatie en de observaties van de laatste dagen. Geen familie gezien, hoewel die er wel is. Moeilijk te achterhalen waarom; ze kunnen niemand bereiken.
Ik zet me apart, neem mijn gsm en bel de arts. Ik deel mijn bevindingen: ik zie duidelijke tekens van terminaliteit, ik hoor echter geen verzoek om euthanasie. Mijn advies luidt: op korte termijn zie ik kansen voor het verbeteren van het comfort door het aanpassen van het pijn- en symptoombeleid en als dat niet snel naar verbetering leidt (m.a.w. het symptoom zou toch *refractair* worden) blijft de optie voor palliatieve sedatie open. De arts geeft telefonische orders aan de verpleging voor het onmiddellijk aanpassen van het beleid. Samen met de verpleegkundige plaatsen we een spuitdrijver met de aangepaste medicijnen. Leve de noodkast van het woonzorgcentrum. Ik blijf nog een halfuurtje bij de patiënt. Zowel de dyspnoe als de angst nemen zienderogen af. Jef slaapt en ademt rustig.

De volgende ochtend overlijdt Jef. De nacht is rustig verlopen, hij heeft nog een keer om drinken gevraagd. Niemand heeft zijn familie nog gezien.

Woensdag

09:30 uur
Ik zit samen met de vrijwilligerscoördinator en een vrijwilliger die al een half jaar bij een patiënt komt. Elke 3 maanden plannen we een overleg om te evalueren hoe de begeleiding verloopt, hoe de vrijwilliger zich daarbij voelt en of er redenen zijn om ons beleid te wijzigen. Het betreft een patiënt, een alleenwonende 84-jarige man, met langzaam verlopende prostaatkanker en botmeta's. De vrijwilliger (een 50-jarige vrouw) deelt zijn passie voor de boekdrukkunst. Ze zijn samen naar het Plantin-Moretusmuseum geweest. Zijn passie voor boeken is een beetje afgedwaald naar een passie voor haar en dit wordt mogelijks een gevoelige situatie. Samen bespreken we hoe de vrijwilliger zich daarbij voelt, welke tekens zouden kunnen meegespeeld hebben en vooral hoe we daarmee zullen omgaan. Niet altijd simpel.

12:30 uur
Middagpauze. De collega's nemen me intussen al niet meer op de korrel als ik weer eens een rauwe paprika in stukken snijd en naar binnen speel. Het gaat 'm niet om de paprika, het gaat 'm schijnbaar om het *lawaai* dat dat maakt … Zolang *ik* niks zeg over de *stank* van de opgewarmde visschotel van gisteren, leven we nog lang en gelukkig.

13:10 uur
Een patiënt die ik sinds kort begeleid, belt me. Hij vraagt of hij zelf de *Transsex* klever om de drie dagen mag wisselen. Met licht toegeknepen billen, zeg ik hem dat het misschien toch beter is de thuisverpleging de Transtec klever om de drie dagen te laten vervangen.

14:43 uur
Op vraag van Gerd, de intaker van de namiddag, haast ik me naar een thuissituatie waar de huisarts snel wil sederen. We kennen de situatie. Ward, een vijftiger met longkanker, heeft zojuist bloed opgehoest en het stopt niet. Ward is uitbehandeld (wat een eufemisme, trouwens), weet dat het risico bestaat dat één van de tumoren een groot pulmonair bloedvat bereikt, en dat een massieve longbloeding mogelijk zijn einde kan betekenen. Ward

wil thuis blijven. Midazolam ligt klaar. Hij is bewust en angstig. Het zijn geen grote hoeveelheden bloed, zegt zijn partner, maar we nemen het zekere voor het onzekere. Ze legt alvast de donkerblauwe handdoeken gereed, de huisarts en de thuisverpleging zijn ook onderweg. Ik neem nog snel twee spuitpompen mee en vertrek onmiddellijk. Gelukkig is het maar tien minuutjes hiervandaan.
Tegen de tijd dat ik aanbel, staat al een ziekenwagen en MUG voor de deur. Er is paniek. Ward is, zoals gevreesd, plots massief arterieel beginnen bloeden, en verloor binnen de minuut het bewustzijn. Zijn partner belde in de verwarring dan maar naar het nummer 100 ondanks de afspraken die er waren in de negatieve wilsverklaring om dat niét te doen. Ik denk: als het mij zou overkomen, weet ik ook niet of ik op dat ogenblik het hoofd koel zou kunnen houden. De MUG-arts heeft de situatie echter onmiddellijk doorzien en is gelukkig niet gestart met reanimeren. Ik ontferm me over de partner en ben er de rest van de namiddag mee bezig.

Donderdag

09:00 uur

Deze ochtend heb ik even de tijd voor het bijwerken van het e-dossier. Ik kijk ook mijn mails na hoewel we vooral werken met telefonische contacten. Nogal wat collega zorgverleners gebruiken nog steeds mailverkeer, maar op die manier loop je het risico van mislopen van evoluties als die MBE-medewerker net in verlof is. Bovendien is mail niet GDPR-proof.
Ik bel een paar patiënten op met wie ik een langlopend contact heb; soms gebeurt er maanden niks en plots komen de dingen in een stroomversnelling. We kúnnen namelijk snel schakelen als het moet, maar ik ben toch graag op de hoogte van ontwikkelingen als onze expertise nuttig kan zijn. Het lukt echter niet zo goed vandaag: van de 3 patiënten zijn er bij 2 niemand thuis, en mijn *voice-over-IP* ("bellen via internet") gooit me er vandaag geregeld uit. Het kost me moeite om niet als Statler en Waldorf (de cynische opa's in de Muppet Show) te grommen op de *moderne technologie*.

10:30 uur

Afspraak in een woonzorgcentrum, waar een bijscholing werd gevraagd voor verpleegkundigen over onze spuitdrijvers. Ik kom binnen in een zaaltje, waar de ambiance er al stevig inzit: er is iemand verjaard. Ik laat het niet aan mijn hart komen en eet gewillig een stuk taart mee. En aangezien praten met een volle mond niet beleefd is moét ik wel doorspoelen met een grote tas koffie.
Het valt toch op hoe veel misverstanden er over spuitdrijvers bestaan. Vaak begint het al bij de nààm: *pijnpomp, morfinepomp,* … Het zet vaak mensen op het verkeerde been én zorgt voor onrust bij de patiënt en zijn omgeving. Veel verpleegkundigen zweten ook al peentjes bij het vooruitzicht dat een spuitdrijver wordt gebruikt. Geruststellen en *in hun eigen kracht zetten* is vandaag de boodschap. Het is niet moeilijk als je maar even de tijd neemt om stap voor stap te werk te gaan. En ik heb er alle begrip voor als je als verpleegkundige in een WZC voortdurend overal tegelijk moet zijn, en *tijd* een luxe lijkt. Florence Nightingale op speed. Ik neem afscheid van deze vrolijke bende.
Door het goede weer zitten de meeste residenten naast de hoofdingang op het ruime terras dat uitgeeft op de straat. Met mijn fluo-oranje helm oogst ik de nodige aandacht. Ik stap, pseudo-stoer, op mijn motor, zet me neer en schuif vervolgens met één voet uit op de losse kiezels. Ik val zonder geluid, traag en onstuitbaar, om. Beeld het u in. Inmiddels op het terras: diegenen die nog kunnen, veren als één man recht als ware het een Belgisch doelpunt tijdens een wereldbeker. De "*ooo*'s en *aaa*'s" klinken vaag door mijn helm en nog voor ik kan bekomen van *'t verschieten*, staan er al twee jonge zorgkundigen in witte schort bij me om me te redden. Ik mompel iets als "het gaat wel", en we trekken dit 280 kg zware blok recht, zonder dat ik in de tribune kijk. Een kras op de carrosserie en op mijn trots.

14:06 uur

Huisbezoek bij Arne, 19 jaar en een inoperabele hersentumor. Arne is de oudste van 4 kinderen. PHA begeleidt hem en het gezin al een kleine 6 maanden, onze psychologe Inne heeft in die tijd met alle leden van het gezin al een gesprek gehad over het feit dat hun oudste zoon, grote broer, niet lang meer te leven heeft. We zijn uiteraard lang niet de enige instantie die dit gezin ondersteunt. Het is inmiddels mijn derde bezoek.
Twee weken later is Arne thuis overleden. De sereniteit waarin dat gebeurde én het feit dat ik zelf ook kinderen heb, maakt dat dat nog lang op mij zal blijven kleven. Gelukkig is er niet lang daarna een intervisie-moment met mijn collega's. Hier kunnen we onze eigen gevoelens, voor zover daar behoefte aan is, op een professioneel begeleide manier ventileren en kaderen. Top.

Vrijdag

08:40 uur

Of ik uit mijn bed gevallen ben, vraagt de dame die 's ochtends bij ons poetst, zo vroeg als ik ben. Ik neem een tas en maak me ervan af met een grapje.

Vooraleer ik mijn intake begin wil ik vandaag graag nog even de tandarts van Raymond bellen om te vragen of het niet mogelijk is het gehemelte van zijn kunstgebit zodanig bij te slijpen dat hij niet telkens meer moet kokhalzen als dat tegen zijn gehemelte drukt. De tandarts zal het straks bekijken als Raymond op consultatie komt.

Drukke intake vandaag: weer 4 nieuwe aanmeldingen die ik netjes verdeel onder de collega's.

Dan belt er een huisarts om te vragen of we toevallig iemand kennen die Noord-Koreaans spreekt. Niet echt een palliatieve patiënt, maar hij is ten einde raad. En wie bel je dan, als niémand je meer kan helpen? Juist. *Quick thinking* zet me op het spoor naar de FOD Buitenland en zo naar de Zuid-Koreaanse ambassade in Brussel. Na een paar minuten heb ik al naam en adres van een mogelijke tolk Zuid-Koreaans. Ik ben geen linguïst, maar hopelijk is het verschil niet groter dan tussen Noord-Nederlands en Vlaams. Niet echt onze kernopdracht, maar graag gedaan.

Never a dull moment.

Raymond laat me de volgende week weten dat het heeft gewerkt: er is een stuk uit zijn kunstgebit geslepen en hij kan terug eten zonder kokhalzen. Het voelt voor mij super: een simpel *trucje van de foor* – en het hélpt! Ik moet misschien tandtechniek gaan volgen.

Deze namiddag kan ik, dankzij de bereidwilligheid van mijn collega's, een halve dag overuren terugnemen. Fijn. Ik ga van mijn weekend genieten. Mijn collega is van wacht; ik ben gerust in een goeie continuïteit. Volgende week is het mijn beurt.

Signing off.

Met het einde in zicht, communiceren in de palliatieve zorg
Dr. William Slort en Jeroen Wapenaar
2019, Lannoo Campus, 247 pagina's

Gelezen en besproken door *Dr. Noël Derycke*
Equipearts PHA

In het boek passeren 29 levensechte verhalen over palliatieve zorgsituaties. Deze verhalen illustreren hoe cruciaal goede communicatie is in de palliatieve zorg. Hoe zorgverleners communiceren met palliatieve patiënten met kanker, nierfalen, hartfalen, dementie, COPD ..., en met hun naasten en nabestaanden bepaalt zowel het welbevinden van de patiënt als deze van zijn naasten en ook de hulpverleners zelf. De verhalen tonen hoe waardevol en ontroerend gesprekken in de laatste levensfase kunnen zijn, maar laten ook zien hoe schrijnend het is als de communicatie niet goed verloopt.

Het boek is onderverdeeld in een twintig thema's die tijdens een palliatief zorgtraject kunnen aan bod komen. Hierbij worden niet alleen de verhalen van de hulpverleners maar ook de verhalen van nabestaanden gepresenteerd. Op het einde van ieder verhaal doet de schrijver een aantal suggesties en worden deze door de auteurs van het boek aangevuld met hun eigen professionele suggesties.
Deze narratieve benadering van de palliatieve zorg laat toe dat meerdere aspecten van deze zorg aan bod kunnen komen. Bijzonder is ook dat de stem van de (inmiddels overleden) patiënten en van nabestaanden ruime aandacht krijgt.

Een waardig en informatief boek dat professionals geen strak of theoretisch kader opdringt, maar dat je daarom van kaft tot kaft moet lezen om juist de praktijk te leren. En alhoewel geschreven voor professionals kunnen ook patiënten, naasten en andere geïnteresseerden gemakkelijk deze verhalen lezen en beter begrijpen wat echte palliatieve zorg kan betekenen.

PHA

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

www.facebook.com/PalliatieveHulpverleningAntwerpen

Om goede zorg te kunnen bieden heb je een goed zorgnetwerk nodig. Daar zijn we ons bij PHA ten volle bewust van. We geven jullie met deze rubriek graag een inkijk in een organisatie waarmee we nauw samenwerken. Dit keer neemt de **palliatieve eenheid van ZNA** het woord.

Voorstelling en visie van de palliatieve eenheid ZNA

Op de palliatieve eenheid binnen ZNA proberen we een serene **huiselijke sfeer** te creëren waarin het palliatief team meer tijd kan besteden aan de noden van de palliatieve patiënt en zijn omgeving. Zowel het verpleegkundig team als de behandelende artsen proberen lichamelijke ongemakken, spirituele, psychologische en sociale belasting te verlichten. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met een psycholoog, een maatschappelijk werker, een kinesist en levensbeschouwelijke begeleiders, verbonden aan de eenheid.

De palliatieve eenheid van ZNA bevindt zich op de gelijkvloerse verdieping van **ZNA Sint-Erasmus**, gelegen in Borgerhout.

De eenheid beschikt over **12 eenpersoonskamers** die sfeervol en gezellig ingericht zijn. Elke kamer biedt alle comfort voor de gast en zijn bezoek. Naast de kamers beschikt de eenheid over een woonkamer, een keuken, een badkamer en een stille ruimte. De eenheid heeft een mooie, aangelegde tuin die toegankelijk is voor onze gasten en hun bezoek.

Palliatieve zorg is 'zorg op maat'

De palliatieve patiënt is een cliënt met een evolutieve en ongeneeslijke ziekte in een vergevorderd stadium, waarvoor geen effectieve curatieve behandeling meer mogelijk is. De palliatieve eenheid biedt hem/haar **individuele, aangepaste kwaliteitszorg** met als doel de **levenskwaliteit te optimaliseren**, het levenseinde te begeleiden zonder te vervallen in therapeutische hardnekkigheid.

Een multidisciplinair team focust zich op het verlichten van de fysieke, psychologische, sociale, spirituele en existentiële noden van de gast. Ook zijn/haar naasten worden hier ondersteund.

Het uitgangspunt van palliatieve zorg is: eerbied voor het leven en het sterven, gekoppeld aan de kwaliteit ervan. De mens in zijn totaliteit staat centraal. **Niet de ziekte, maar de mens is belangrijk**, met respect voor de eigen sociale en culturele achtergronden.

De kwaliteit van de zorg staat voorop met de controle en behandeling van de symptomen, alsook aandacht voor de andere pijlers. Het team begeleidt en bevordert een goede relatie tussen de gast en zijn omgeving, zodat allen op weg kunnen gaan naar een aanvaardbaar afscheid. Het palliatief team biedt de naasten ondersteuning, zowel tijdens de opname van hun geliefde als na het overlijden.

In de eenheid wordt gestreefd naar een harmonieuze teamwerking met interdisciplinaire communicatie, waarbij de gast **een volwaardige gesprekspartner** is. Het multidisciplinair team kan immers niet functioneren zonder de medewerking en bijdragen van de gast en zijn/haar naasten. De gast bepaalt zijn eigen ritme en beslist zelf en zijn/haar autonomie wordt gerespecteerd. Een eventuele terugkeer naar huis of een zorginstelling kan ook een optie zijn.

Palliatieve zorg aanvaardt sterven als een natuurlijk proces

Het palliatief team

Het palliatief team bestaat uit:

- artsen
- een afdelingshoofd
- een verzorgend team (verpleegkundige en zorgkundige)
- een psycholoog
- een maatschappelijk werker
- medewerkers van levensbeschouwelijke zorg
- een kinesist
- een diëtist
- andere paramedici op vraag, zoals een logopedist,…
- onderhoudspersoneel
- vrijwilligers

Dagindeling

Bij de dagindeling en verzorging wordt er rekening gehouden met de individuele noden en wensen van onze gasten.

Wanneer iemand bijvoorbeeld wat langer uitslaapt, houdt het team hier rekening mee. Elke dag opnieuw bekijkt het team de noden van onze gasten en passen de zorg hieraan aan. 's Nachts creëren we een rustige omgeving om zo een goede nachtrust te verzekeren.

Ontbijten kan voor of na de hygiënische zorg. Hier krijgt de gast de keuze om samen in de keuken te eten of op de kamer. Wanneer het weer het toelaat, kan hij/zij ook buiten op het terras eten. Er is een ruim keuzeaanbod voor ontbijt, middag- en avondmaal. 's Vrijdags wordt er uitgebreid in de keuken van de eenheid gekookt.

Overdag kunnen onze gasten lezen, een film bekijken, muziek beluisteren, … De eenheid beschikt over een badkamer waar men kan genieten van de geuren van etherische oliën. De woonkamer mag steeds door de gast en zijn bezoekers gebruikt worden voor een gezellige babbel, een gezelschapsspel, enzovoort. In het ziekenhuis kan de gast ook met zijn bezoek naar de cafetaria in de inkomhal gaan. Het is onze wens dat onze gasten en hun naasten zich zo vlug mogelijk thuis voelen op onze eenheid. Het team van de palliatieve eenheid probeert in deze levensfase kwaliteit en comfort te bieden, aangepast aan het ziek zijn en met respect voor ieders' persoonlijkheid.

Praktische info

Adres:
Palliatieve eenheid ZNA
ZNA Sint-Erasmus
Luitenant Lippenslaan 55
2140 Borgerhout

Telefoon: 03 270 86 54
Afdelingshoofd: Guy Davidson

World Hospice and Palliative Care Day

Op **zaterdag 12 oktober 2019** is het World Hospice and Palliative Care Day. Mensen van over de hele wereld die geconfronteerd werden met een palliatieve situatie laten deze dag hun stem horen.

De boodschap van deze bijzondere dag luidt: ***Palliative Care: it's "My Care, My Right."***

Dit thema, "mijn zorg, mijn recht", wil vooral duidelijk maken dat iedereen van de bevolking recht heeft op palliatieve zorg en dat iedereen die er mee te maken krijgt, invloed kan hebben op de overheid om van deze zorg een prioriteit te maken.

Het thema legt ook accent op het belang van 'communities', en vooral van vrijwilligers, om mee de zorg op te nemen.

World Hospice and Palliative Care Day is een wereldwijde actie die wordt georganiseerd om palliatieve zorg te ondersteunen. De doelen zijn: de beschikbaarheid van palliatieve zorg wereldwijd verbeteren door de mogelijkheid te creëren om erover te spreken; het bewustzijn en begrip verhogen van de noden die palliatieve patiënten en hun families hebben (medisch, sociaal, praktisch, spiritueel); en fondsen vinden die palliatieve zorgdiensten kunnen ondersteunen en ontwikkelen over heel de wereld.

World Hospice and Palliative Care Day wordt georganiseerd door een commissie van the Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, een netwerk van palliatieve zorgorganisaties die de ontwikkeling van palliatieve zorg wereldwijd ondersteunen.

MY CARE My Right. World hospice & palliative care day
12 OCTOBER 2019 #WHPCD19
www.thewhpca.org/world-hospice-and-palliative-care-day

Meer lezen?
http://thewhpca.org/about

GIFTEN / SPONSORS

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

LIONS INTERNATIONAL

International Women's Contact Antwerp

Steun PHA

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

Giftenrekening PHA:
IBAN BE42 7310 4624 7854 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

PHA

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

organiseert een **gratis informatieavond**

Regie houden over eigen leven en behandelingen

Wat zijn je mogelijkheden als patiënt?

Donderdag 24 oktober 2019

19.30 – 21.30 uur

Waar heb je recht op als patiënt en als naasten? Kan je een medische behandeling weigeren? Wat houdt een wilsverklaring in? Kan euthanasie op voorhand geregeld worden? Wat is palliatieve sedatie? Welke zorgen kan je krijgen als je ongeneeslijk ziek bent? Tijdens deze infoavond komt u meer te weten over vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en beslissingen bij het levenseinde.

Locatie:	UA - Campus Drie Eiken - Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk Gebouw R – lokaal R1 - Parking P3
Voor wie:	Alle geïnteresseerden
Spreker:	Inne Leuris - Klinisch psychologe PHA
Inschrijven:	Deelname is gratis Vooraf inschrijven via pha@uantwerpen.be of 03/265 25 31

NIET TE JONG VOOR VERLIES

Kinderen en jongeren betrekken bij 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. Ze hebben recht op zorg en informatie op hun maat. Wij wensen met dit aanbod (o.a. hechting, loyaliteit, veerkracht, creatieve werkvormen, communicatie, …) hulpverleners te vormen omtrent het belang van kinderen te betrekken in een palliatieve zorgsituatie.

7 en 8 november 2019

09.30 – 16.30 uur

Locatie: CM Mechelen Noord
Antwerpsesteenweg 261
2800 Mechelen
Zaal Den Brink

Voor wie: Alle hulpverleners
Maximum 25 deelnemers

Sprekers: Eveline De Blauwer en Inne Leuris
- klinisch psychologen van PNM en PHA

Prijs: € 100
(incl. broodjesmaaltijd, drank, syllabus, vormingsattest)

Georganiseerd door: Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA), Palliatief Netwerk Mechelen (PNM), Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout (PNAT) en Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen (NPZN)

SYMPOSIUM ARTSEN EN PALLIATIEVE ZORG 12 OKTOBER

Het Dagcentrum Palliatieve Zorg (GZA), Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw (PHA) en de UAntwerpen organiseren op de Werelddag Palliatieve Zorg (zaterdag 12 oktober 2019) een symposium voor artsen met als thema:

Behandelingen bij palliatieve patiënten: *op het scherp van de snee.*

...of toch nog chirurgie, radiotherapie, chemo– en of immunotherapie wanneer alle hoop op herstel voorbij is?

Sprekers:

- Prof. Dr. Dirk Ysebaert (UZA), abdominale heelkunde
- Dr. Toon Van den Mooter (GZA), oncologie
- Dr. Reinhilde Weytjens (GZA), radiotherapie

Locatie:

UAntwerpen, Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk

Auditorium: S 001

Aanvang: 09:00 uur / **Einde:** 12:30 uur

Deelname en inschrijving:

Vooraf inschrijven via Pha@uantwerpen.be.

Inschrijving is pas definitief na betaling van de deelnameprijs van € 25,00 op rekening BE47 4099 5863 5280 van PHA met vermelding

Symposium Artsen 2019,

naam en RIZIV nummer.

Accreditering aangevraagd; rubriek economie en ethiek.

GZA Ziekenhuizen GasthuisZusters Antwerpen Sint-Augustinus - Sint-Vincentius - Sint-Jozef

PHA

Universiteit Antwerpen

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw organiseert een themanamiddag

Delier & Morfine in de palliatieve fase

Donderdag 17 oktober 2019
13.30 – 17. 00 uur

Delier **13.30 – 15.00 u**

Delirium of delier is een ziektebeeld dat ontstaat in korte tijd, waarbij de aandacht wisselend verstoord is en de patiënt meestal verward is, vaak met hallucinaties en waanbeelden. Zowel voor de patiënt als voor de naasten kan een delier erg beangstigend en stresserend zijn. Ook voor de behandelende arts en het verzorgend team kan het ziektebeeld verwarrend zijn. Tijdens deze concrete en praktijkgerichte opleiding krijg je meer duidelijkheid over wat delier is, hoe het kan herkend worden, hoe een goede diagnostiek te doen en de behandelmogelijkheden.

Morfine **15.30 – 17.00 u**

Morfine en andere opioïden zijn de meest gebruikte geneesmiddelen in de palliatieve zorg bij pijn- en symptoomcontrole. De spreker brengt een overzicht van actuele visies rond opioïdengebruik bij palliatieve patiënten met uitleg over de meest gebruikte vormen, de indicaties, het opstarten en de nevenwerkingen.

Sprekers: Dr. Koen Herweyers en Dr. Noël Derycke
- Equipeartsen Palliatieve Hulpverlening Antwerpen

Locatie: UA – Campus Drie Eiken
Universiteitsplein 1 2610 Wilrijk
Parkeren mogelijk op P2

Doelgroep: Alle professionele hulpverleners

Praktisch: Inschrijven tot 10 oktober 2019 via website PHA
Prijs: € 20
op voorhand te betalen op rekening BE47 4099 5863 5280 van PHA
met vermelding van: naam + themanamiddag 17/10/2019.
Na betaling bent u ingeschreven en ontvangt u een toegangscode per mail.
Het inschrijvingsgeld kan niet worden terugbetaald.
Accreditering is aangevraagd.

PHA

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

03/265 25 31 www.pha.be

Uw eerste aanspreekpunt voor palliatieve zorg