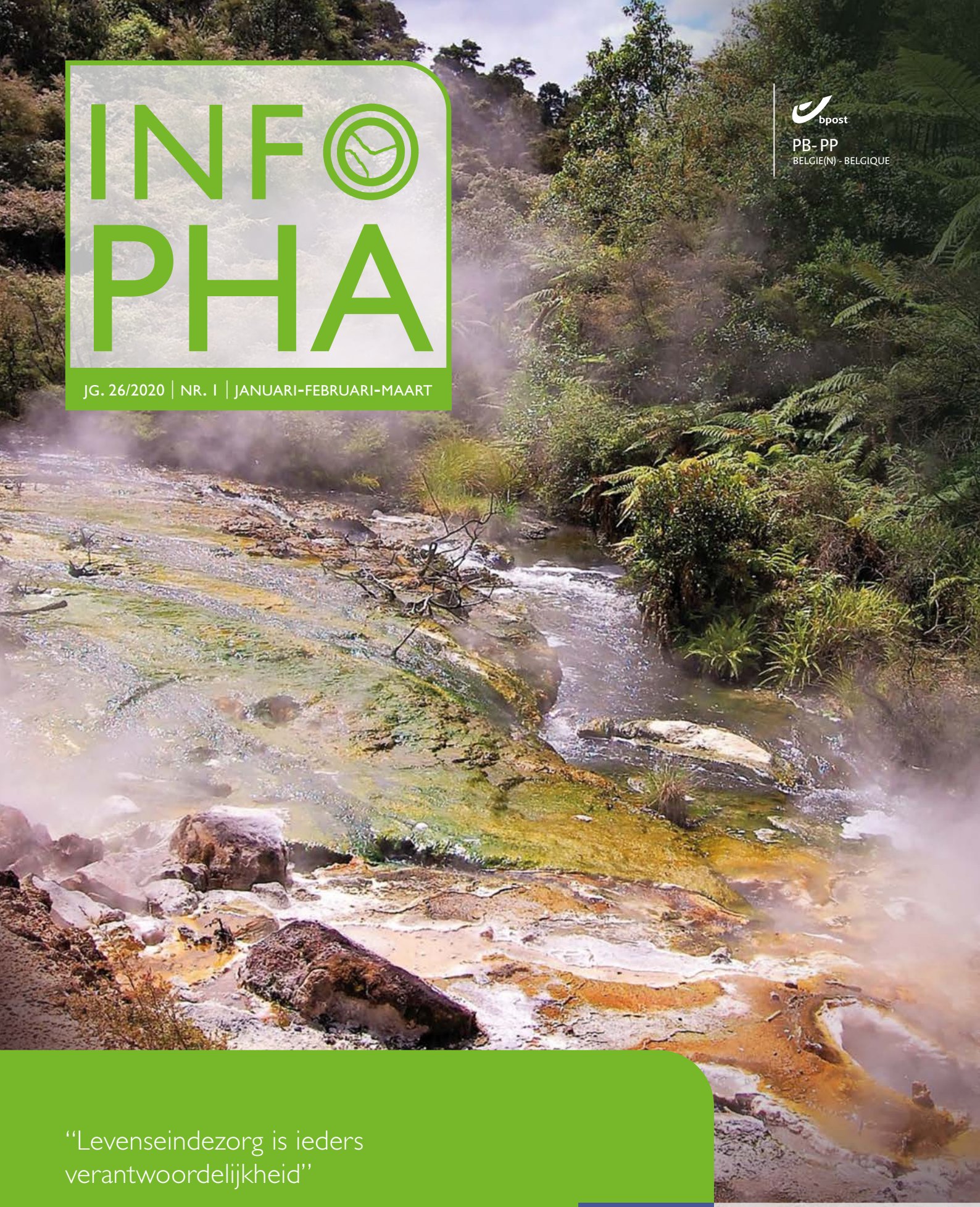
INFO PHA

JG. 26/2020 | NR. 1 | JANUARI-FEBRUARI-MAART

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE



"Levenseindezorg is ieders verantwoordelijkheid"

Tussen rouw en werk

Vrijwilligers, onvervangbaar in de palliatieve zorg

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

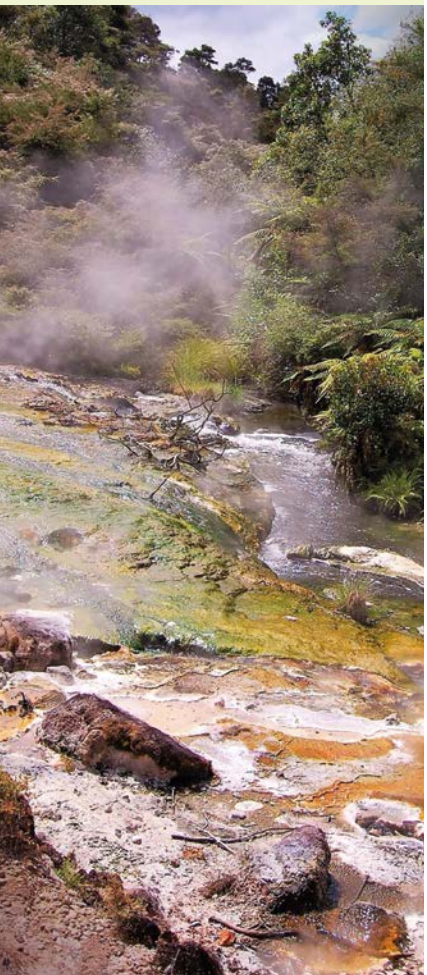
REDACTIERAAD
Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Dries Robbens
Isabel Heylen
Inne Leuris

WERKTEN MEE AAN DIT NUMMER
Tine De Vlieger
Dr. Noël Derycke
Dries Robbens
Isabel Heylen
Inne Leuris
Dr. Bert Leysen
Claudia Deckx
MOPA

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

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

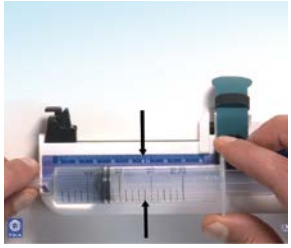
De redactie behoudt zich het recht om ingezonden teksten aan te passen en eventueel in te korten. Iedere auteur blijft verantwoordelijk voor het artikel dat hij of zij ondertekent. Geheel of gedeeltelijke reproductie is toegelaten mits vermelding van de bron. Auteurs schrijven artikels in eigen naam. Deze geven niet per definitie de visie van PHA weer.



INHOUD

5 **"LEVENSEINDEZORG IS IEDERS VERANTWOORDELIJKHEID"**

11 **STUDIEDAG TUSSEN ROUW EN WERK: EEN VERSLAG**



18 **INSTRUCTIEFILM MEDICATIEPOMPEN**

25 **VRIJWILLIGERS, ONVERVANGBAAR IN DE PALLIATIEVE ZORG**

verder in dit nummer

INFO PHA

3 Voorwoord
4 Insomnia
10 Wie is wie
15 Boekbespreking
16 Partner aan het woord
19 Giften en sponsors
20 Terugblik: december 2019
22 Een dag uit het leven van ...

VACATURE
Vrijwilligers-coördinator
zie pagina 26

Een boeiend jaarbegin…

Noël Derycke
equipearts PHA

Het is een boeiend jaarbegin geweest voor de levenseindeproblematiek. Voor het eerst sedert de goedkeuring van de Wet Euthanasie op 28 mei 2002 werd een casus voor een volksjury gebracht.

De wetgever heeft het het openbaar ministerie niet gemakkelijk gemaakt door in de wet na te laten het soort misdrijf te omschrijven wanneer één van de grondvoorwaarden of de procedure-elementen niet is nageleefd. Gifmoord dan maar; iets wat we kenden uit de verhalen van Agatha Christie.

Ik herinner me één van de eerste navormingen over de wet euthanasie waar een professor in de rechten stelde dat het ontbreken van de omschrijving van het misdrijf en de eventuele strafmaat vroeg of laat zou leiden tot problemen. Bij de opeenvolgende (ondertussen 6!) wetswijzigingen kwam dit echter nooit aan bod.
Ook in haar doctoraatsonderzoek, Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde (2011), stelt E. Delbeke: "*De huidige kwalificatie van euthanasie die niet volgens de voorwaarden van de Euthanasiewet wordt uitgevoerd, is vergiftiging met levenslange opsluiting als strafmaat* (pag 287).
Verontwaardiging over de beschuldiging van gifmoord is wellicht terecht. Maar het ontbreken van enig nadere omschrijving in de wet zou evenzeer verontwaardiging moeten uitlokken bij ieder die met een euthanasie uitvoering betrokken wordt.

Ondertussen wordt het debat over de uitbreiding van de euthanasiewet voorbereid door politici, de media en *the usual experten*. Er is geen bezinning nodig, geen evaluatie van de huidige praktijk. De groep mensen die "lijden aan het leven" en de personen lijdend aan dementie zullen mogelijks de eerste beneficianten zijn van een toekomstige wetsuitbreiding.

Ondertussen heeft onderzoek in Nederland aangetoond dat onder meer eenzaamheid, aftakeling, financiële zorgen, anderen niet tot last willen zijn, bij ouderen verstergkende factoren zijn van hun doodswens. Tevens is hun vraag ambivalent: de doodswens en de wens om te leven wisselen elkaar af. Moeten we dan niet eerst de vraag stellen: hoe "zorgen" wij voor onze ouderen? Kunnen we als samenleving niet beter doen? Is de vraag om euthanasie voor deze groep niet de kanarie in de koolmijn die wijst op dreigend gevaar?

In dit nieuwe nummer van INFO-PHA wordt uitgebreid aandacht besteed aan de "compassionate communities". De principes van *compassievolle gemeenschappen* zijn toepasbaar op zowel de zorg aan het einde van het leven als op de gezondheidszorg in het algemeen. Netwerken ter ondersteuning van familie, vrienden, buren, de leefgemeenschap, vormen de basis van wat het belangrijkst is voor degenen die ervaringen hebben met dood, verlies en zorg. Dit geldt zowel voor de persoon met de ziekte als voor degenen die deel uitmaken van het zorgnetwerk. Deze ervaringen zijn niet het enige domein dat door professionele gezondheids- en sociale zorgdiensten wordt verzorgd. Ze zijn sociaal en cultureel, betrekken ons allemaal en maken deel uit van ons cultureel erfgoed.

Laat ons met z'n allen eerst hierin investeren, met alle energie die we anders dreigen te verspillen in een weer dovemansdebat.

Cursiefje

Langzaam, millimeter voor millimeter, schuift de afstandsbediening geruisloos door zijn behaarde hand. Het is een smalle, dunne, zwarte, gladde afstandsbediening. Het contrast met de brede, gegroefde, bleke hand die ze vasthoudt, kon niet groter zijn. Je denkt: zo dadelijk helt de afstandsbediening over en valt ze op de koud betegelde vloer. Het gebeurt niet.

Op de televisie: een langzaam draaiend beeld van één of ander skioord zonder sneeuw. Witte toppen in de verte, stippen die koeien zouden kunnen zijn, mistig. De skilift komt in beeld. Trekt onverstoorbaar baantjes naar boven, de ankertjes leeg. Niemand te zien. Onderaan het beeld trekt, veel sneller, een tekstband nerveus voorbij, trachtend zijn aandacht te vatten met ogenschijnlijk onsamenhangende cijfers en letters. Beurscijfers? Weerbericht? Hij ziet het niet. Plots wisselt het beeld: breed glimlachend, de tanden bloot, houdt een pseudo-atletisch jong veulen in maatpak een staafmixer in de hand alsof het een pasgeborene is. Trots bekijkt het veulen de mixer, lost dan één hand en gaat ermee opzichtig op zoek naar een niet-bestaand snoer. Tast hij in het ijle? Wil hij de draadloosheid benadrukken? Hij praat de hele tijd, houdt niet op om met prozaïsch geformuleerde volzinnen de mixer te bewieroken. Ratelt en ratelt maar door. Als de man wat langer zou kunnen opletten, zou hij zien dat het geflapper van de mond niet helemaal spoort met de woordenvloed die uit de luidsprekers komt. Net als de vrije hand de aan-af-knop gaat strelen, verspringt het beeld opnieuw.

Kwetterend loopt Bumba achter een banaan met benen aan. De banaan lijkt te winnen. Maar Bumba geeft niet op. Hij blijft dapper hollen, de korte haast onzichtbaar malende beentjes in een speed-carrousel ronddraaiend. Een vrolijk nerveus deuntje spoort beiden aan vooral niet te stoppen terwijl het gestileerde landschap de achtergrond in een rotvaart van links naar rechts dendert.

Al weken gaat dat zo, elke nacht. Overdag te moe om uit de zetel te komen, 's avonds de slaap niet kunnen vinden. Om de angst van de kleine uurtjes te verdoven, kijkt hij naar TV. Hij weet dat hij binnenkort geen last meer zal hebben van zijn slapeloosheid.

De afstandsbediening valt kletterend op de grond. Hij ligt er niet wakker van.

Sabine

"Levenseindezorg is ieders verantwoordelijkheid"

Interview met Allan Kellehear (foto)
door Frederique Vanneuville

"Palliatieve patiënten brengen slechts 5 procent van hun tijd door bij artsen en verpleegkundigen. Wat met de overige 95 procent?" Voor Allan Kellehear (Bradford University, UK) kan de palliatieve sector niet om die vraag heen. Tevens vraagt hij een juister beeld van het stervensproces. "Heb oog voor de ervaringen van vriendschap, moed, zingeving en transformatie en boor die aan in het opmaken van een volksgezondheidsbeleid ter zake."

Nooit gedacht dat er zoveel kon worden gelachen tijdens een lezing over palliatieve zorg, maar de praktijkverhalen en kwinkslagen van rasverteller Allan Kellehear ontlokten de 180 deelnemers aan de Vlaams-Nederlandse Wetenschapsdagen meer dan eens een smakelijke lach. *Tertio* luisterde mee en sprak achteraf met de man wiens *public health*-benadering van palliatieve zorg tot in Australië en Japan weerklank vindt.

Kellehear zit niet verlegen om straffe uitspraken. "We denken in palliatieve zorg dat sterven het grootste probleem is en dat alles daarom draait, maar het grootste probleem zijn de nevenaandoeningen die met ziekte, sterven en rouwen gepaard gaan: angst, depressie, eenzaamheid, verloren school- of werkdagen, niet meer seksueel kunnen functioneren, in sommige gevallen zelfs zelfmoord. Die sociale epidemiologie is de olifant in de kamer. Palliatieve patiënten brengen slechts 5 procent van hun tijd door bij palliatief artsen en verpleegkundigen. Als de klinische weg de enige is om aan levenseindezorg te doen, zijn we einde verhaal. Wereldwijd stagneren of verminderen de budgetten voor gezondheidszorg. Continuïteit van zorg kan je niet realiseren door een leger van artsen, verpleegkundigen en therapeuten op de been te brengen. Voor meer van hetzelfde is er geen geld. Daarom hebben we nieuwe modellen nodig en een andere kijk op levenseindezorg. We moeten af van de '*medical rescue mentality*', de opvatting dat er voor ieder gezondheidsprobleem een medische oplossing is en dat de artsen je zullen redden. Dat is niet zo. Het geheim van een gezond hart is niet een goede cardioloog maar stressmanagement, gezonde voeding, lichaamsbeweging, een juist lichaamsgewicht. Pas als het toch misloopt, ga je naar de huisarts en zo nodig naar de cardioloog. Dat is waarom zoveel mensen op straat gaan joggen. Ik wil het equivalent daarvan in levenseindezorg ook zien gebeuren. Levenseindezorg gaat slechts voor 5 procent over palliatieve zorg. Als je werkelijk interesse hebt voor de zorg voor stervenden, moet je de vraag stellen: wat doen we in die overige

► *"De voorbije 50 jaar is het eenzijdig negatieve beeld van sterven steeds meer gaan overheersen", stelt Allan Kellehear vast. "Maar zolang je sterven alleen als rampzalig voorstelt, laat je belangengroepen toe dat beeld te misbruiken en is het moeilijk een onpartijdig levenseindedebat te voeren.*

95 procent? Het antwoord is zowat overal hetzelfde: amper iets."

Voor u ligt het antwoord in de openbare gezondheidszorg. Waarom?

"Net vanwege die 95-procentregel. *Public health* is overal aanwezig waar mensen zijn en heeft geen patiënten. Volksgezondheidsbeleid gaat uit van preventie en schadebeperking. Denk aan de aanleg van rioleringen en drinkwaterleidingen. Dat is geen geneeskunde, maar het effect op de volksgezondheid is fenomenaal. En als mensen vandaag veel minder roken, beter op hun voeding letten en regelmatig sporten, dan is dat niet omdat hun dokter hen daartoe verplicht, maar omdat jaren van publieksvoorlichting tot die cultuurverandering rond gezondheid hebben geleid."

"Welnu, net zoals er overal mensen zijn die dik worden omdat ze te veel stilzitten, zijn er overal mensen die oud worden en sterven, en mensen die rouwen. Ieder van ons wordt er vroeg of laat mee geconfronteerd. Vandaag is het beleid daarrond minimaal. Als je partner of kind overlijdt, krijg je van je werkgever een dag of drie verlof en dan moet je weer aan de slag. En wat als je vader of moeder dement wordt? Bijna alle werkgevers hebben een beleid tegen pesten, discriminatie en grensoverschrijdend gedrag. Waarom niet ook een levenseindebeleid? Het ondertekenen van een arbeidscontract garandeert toch niet dat je niet zal sterven of nooit met ziekte en dood te maken zal krijgen? In de bescherming van gezondheid en welzijn is beleid noodzakelijk, want anders ben je afhankelijk van de vriendelijkheid van wie het goed met je voorheeft en van de genade van wie jou niet gunstig gezind is. Maar net zoals we het ons als samenleving niet kunnen permitteren het tegengaan van discriminatie, pesten en grensoverschrijdend gedrag te laten afhangen van de goodwill van individuen, moeten er rond levenseindezorg algemene richtlijnen zijn in scholen, bedrijven, sportclubs, kerken, gevangenissen..."

Is het resultaat een cultuurverandering in de omgang met ziekte, sterven en rouw?

"Zeker weten. Een degelijk volksgezondheidsbeleid kan de 'levenseindegeletterdheid' aanzienlijk verhogen. Als iedereen aangeleerd krijgt hoe je best omgaat met mensen die ziek zijn of rouwen, zullen zij – als non-professionals – wezenlijk bijdragen aan de continuïteit van zorg en aan het helpen voorkomen en beperken van de eerder genoemde nevenaandoeningen."

Maar blijven mensen spontaan niet het liefst ver weg van alles wat met sterven te maken heeft?

"Dat mensen angst hebben voor de dood en om te sterven, is niet verwonderlijk. Meestal hebben ze het idee dat doodgaan een ramp is. Het zijn die negatieve beelden van afhankelijkheid, aftakeling en kwetsbaarheid die ze vrezen, meer dan de dood zelf. Je kan het ze niet kwalijk nemen. Zelfs in publicaties over palliatieve zorg wordt de dood voorgesteld als een verschrikkelijke tragedie. Ik heb de test gedaan via *content analysis*: woorden als 'angst' en 'ontkenning' domineren. In een seculiere samenleving wordt die angst bovendien nog versterkt door een gebrek aan perspectief voorbij de dood. Voor de religies ligt daar een uitdaging om mensen daar opnieuw handvatten voor aan te reiken. Niet om ze te bekeren, wel om ze te helpen voor zichzelf uit te klaren hoe ze hun bestemming begrijpen – en dat kan ook gewoon 'het niets' zijn."

> "Werkgevers hebben een beleid tegen pesten. Waarom niet ook een levenseindebeleid?"

"Werken aan levenseindegeletterdheid is in die context een belangrijke en grote opdracht. Het is aangewezen mensen al vanaf een vroege leeftijd vertrouwd te maken met het natuurlijke gegeven van sterven en dood en met een evenwichtig beeld dat de realiteit van het stervensproces recht doet. Ik voerde als doctoraatsstudent gesprekken met ruim honderd mensen met een levensverwachting onder de zes maanden. Ik leerde al snel dat de meesten meer dan ooit tv-keken, simpelweg omdat ze meestal bedlegerig waren. Probeer zo'n onderzoeksresultaat maar eens te publiceren in een gezaghebbend wetenschappelijk tijdschrift als *The Lancet*. Dat interesseert hen gewoon niet. Ik leerde ook dat meer dan 50 procent van de geïnterviewden er nieuwe vrienden bijkreeg, maar ook zoiets krijgen we daar niet te lezen. De meeste stervenden ervaren meer nabijheid van mensen, meer vriendschap en liefde, zingeving, transformatie, moed, maar *The Lancet* wil dat niet weten. Die wil alleen de problematische kanten tonen – de 10 à 12 procent die wel sociaal geïsoleerd geraken – want dat is waarin artsen gespecialiseerd zijn: in het oplossen van die problemen. Die bias heeft er wel voor gezorgd dat

▲ *Carpenter Hospice*

de voorbije 50 jaar het eenzijdig negatieve beeld van sterven steeds meer is gaan overheersen."

Wordt uw vraag om de positieve kanten van het stervensproces meer te belichten soms begrepen als een pleidooi tegen euthanasie?

"De euthanasielobby is inderdaad afhankelijk van een deprimerend beeld van dood en sterven om zijn diensten te kunnen doordrukken. Maar dat is ook zo voor de palliatieve zorg! Alleen als de dood een moeilijke, gecompliceerde strijd is, is palliatieve hulp noodzakelijk. Vandaar mijn wedervraag aan zowel pleitbezorgers van euthanasie als aan palliatief zorgverleners: op welk onderzoek rond de ervaring van sterven baseer je je? Welk onderzoek heb je zelf gedaan? Vanwaar je aannames over hoe vreselijk sterven is? Bijna niemand van hen kan daarop antwoorden. De complexiteit van het stervensproces vind je nochtans wel terug in studies binnen andere domeinen dan palliatieve zorg – gerontologie, militaire geschiedenis, rampenstudies, intensieve zorgen, traumageneeskunde. Daar lees je wel hoe mensen en situaties evolueren, zes maanden, zes dagen, zelfs zes minuten voor het overlijden. Positieve dingen gebeuren en ze zijn beschreven in academische literatuur. Maar zolang je sterven alleen als rampzalig voorstelt, laat je belangengroepen toe dat beeld te misbruiken en is het moeilijk een onpartijdig levenseindedebat te voeren."

"Die eenzijdigheid geldt trouwens ook de beeldvorming rond het rouwproces. Rouwende mensen stellen we ons altijd voor als huilend en depressief. Bovendien spreekt de DSM-IV over een ziekte wanneer rouwen langer dan zes weken duurt. Wel, als je in zes weken klaar bent met rouwen voor iemand wiens dood voor jou een groot verlies betekent, dan is dat in mijn ogen het equivalent van speeddating. Hoeveel tijd vraagt rouwen? Zes weken? Zes maanden? Zes jaar? Nonsens. Mensen die zeggen dat rouw voorbijgaat na pakweg zes maanden, hebben het niet over rouw, maar over trauma. Het trauma van het verlies slijt inderdaad, maar het verdriet blijft. Als ik hier en nu mijn ogen sluit en denk aan wie ik heb verloren in mijn leven, dan is het verdriet daar weer alsof het afscheid pas gisteren was. Rouw blijft altijd duren en dat moeten we begrijpen, alsook dat sommige omstandigheden dat verdriet verergeren:

alleen zijn, feest- of verjaardagen… Wie dat ontkent, verkoopt praatjes en zou je wellicht liefst medicatie verkopen. Maar dat betekent niet dat er ook goede dingen kunnen gebeuren. Uit verlieservaringen komt soms een enorme drive voort, ambitie, vastberadenheid, inzet voor een goede zaak. Rouw moet ook cultureel begrepen worden. Niet iedereen wil zijn kwetsbaarheid tonen. In sommige culturen wordt dat simpelweg niet aanvaard. Maar het gaat er niet om dat mensen hun kwetsbaarheid moeten leren tonen. Het punt is dat rouwende mensen op de juiste wijze moeten worden ondersteund door de mensen rond hen. Veel minder mensen zullen nog een therapeut nodig hebben als we erin slagen die gevoeligheid te integreren in het dagelijkse leven, in scholen, bedrijven, clubs, sociale media enzovoort. Voor mij is de vraag die steeds terugkeert: welke zijn onze strategieën vanuit openbare gezondheidszorg rond het levenseinde en rouw? Als je oog leert te hebben voor de positieve kanten daarvan – en vergis je niet, natuurlijk hebben sterven, dood en rouw negatieve kanten – en die ernstig neemt, kan je die positieve component aanboren voor het ontwikkelen van de noodzakelijke *public health*-strategieën om de eerder genoemde nevenaandoeningen terug te dringen."

> "Mensen vrezen de negatieve beelden van de dood meer dan de dood zelf."

Hoe gaat dat in uw model praktisch in zijn werk?

"Door de gemeenschap als een volwaardige partner te zien in de lange, complexe taak van kwaliteitsvolle levenseindezorg. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie benadrukt dat gezondheid – en dus ook alles wat bij levenseindezorg komt kijken – 'ieders verantwoordelijkheid' is. Dat begint bij het aanmoedigen van zeer diverse bottom-upinitiatieven die bijdragen aan het creëren van wat we *compassionate communities* zijn gaan noemen: een gemeentelijke bib die kindertekeningen over een mooie ervaring rond sterven tentoonstelt, een bierproducent die bierviltjes laat drukken met tips voor het ondersteunen van mensen in rouw, een dierenarts die bijzondere zorg aan de dag legt voor mensen wier huisdier overlijdt, een school die met zelfdoding wordt geconfronteerd en dat aangrijpt om met de hele schoolgemeenschap aan de slag te gaan rond het thema, het inrichten van een rouwcafé, de oprichting van 'waakzame wijken' waar mensen elkaar informeren over wie in de buurt met ziekte, sterven of rouw te maken krijgt, zodat mensen kunnen nadenken over hoe ze concreet iets voor die buren kunnen betekenen. Lokale overheden kunnen dat alles helpen realiseren door top-down gebruik te maken van beproefde methodes voor publieksvoorlichting en gemeenschapsopbouw. Dat is wat we beogen met het *Compassionate City Charter*. Daarmee engageert een lokaal bestuur zich om een *public health*-beleid rond levenseindezorg te ontwikkelen waarbij er top-down en bottom-up wordt samengewerkt. Dat beleid omvat echt alle inwoners, dus ook daklozen, gevangenen, vluchtelingen en nieuwkomers – immers: iedereen sterft, niet alleen wie officieel als patiënt geregistreerd staat. Het *Compassionate City Charter* staat niet in concurrentie met bijvoorbeeld dementievriendelijke initiatieven. Het fungeert veeleer als een paraplu waar veel andere labels onder passen. Dat het model werkt, is al te zien in onder meer Ottawa, Keulen, het Engelse Plymouth en de Indiase stad Kozhikode."

Hoe kijkt de sector van de palliatieve zorg daarnaar? Wat is hun rol daarin?

"De sector begrijpt zeer goed waar dat sociale zorgmodel over gaat: niet over het verplaatsen van hun klinische praktijk naar plekken buiten het ziekenhuis om te werken 'aan' mensen, wel over spreken 'met' mensen en voortbouwen op hun ervaring rond sterven en rouwen om de juiste partnerschappen te sluiten. Palliatief artsen en verpleegkundigen erkennen het belang daarvan en gaan vlot mee in dat verhaal, zelfs al moeten ze daarvoor uit hun comfortzone. Van hen verwachten we namelijk dat ze de telefoon nemen, contacten leggen buiten het ziekenhuis, anderen helpen hun verantwoordelijkheid op te nemen, allianties aangaan met scholen, lokale besturen, bedrijven enzovoort. Dat is wat we van hen vragen: leiderschap, geen geld. In de praktijk komen lokale besturen en bedrijven bij het sluiten van partnerschappen trouwens regelmatig op de proppen met projectfinanciering. Het implementeren van zo'n sociaal levenseindezorgmodel is op die manier voor de samenleving uiteindelijk kostenneutraal."

"Het is voor alle duidelijkheid geen model waarbij je als overheid door een shift van verantwoordelijkheden de last voor levenseindezorg op individuen en families

legt met de uiteindelijke bedoeling zorg goedkoper te maken – waar in de praktijk vrouwen de dupe van zijn. Het gaat om het creëren van de juiste allianties waardoor je met dezelfde middelen een beter systeem bekomt. Mensen die informele zorg op zich nemen, krijgen ondersteuning via de werkgevers, de scholen, de geloofsgemeenschappen, de verenigingen, de buurt enzovoort. Zonder die ondersteuning worden mensen gewoon het slachtoffer van kostenreductie."

Nog meer info: **www.phpci.info**

Interview met Allan Kellehear door Frederique Vanneuville, gepubliceerd in TERTIO, 11 december 2019, 2-3. Overgenomen uit TERTIO met toestemming van de uitgever en de auteur.

Allan Kellehear (1955) (Bradford University, UK) is socioloog, gespecialiseerd in gezondheidszorg en volksgezondheid. Hij behaalde zijn PhD aan de universiteit van New South Wales in Sydney (Australië). Zijn onderzoek spitst zich toe op gedrag in de laatste levensfase en levenseindezorg. Hij bepleit een betere organisatie en integratie van de zorg voor stervenden, nabestaanden en zorgverleners in de openbare gezondheidszorg. Onder meer in Australië, Canada, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en India krijgen Kellehears modellen voor compassionate communities en compassionate cities navolging. Hij gaf les aan universiteiten in het Verenigd Koninkrijk, Australië, Oostenrijk, Canada, Hongkong, en de Verenigde Staten en is (mede-)auteur van ruim twintig boeken.

PHA

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

www.facebook.com/PalliatieveHulpverleningAntwerpen

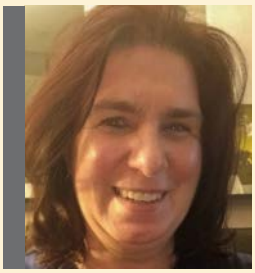
Het team van PHA bestaat uit 10 verpleegkundigen, 2 equipeartsen, 1 vrijwilligerscoördinator, 3 administratieve medewerkers, 1 klinisch psychologe, 1 communicatiemedewerker en 1 algemeen coördinator.

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.

Noël Derycke

Equipearts

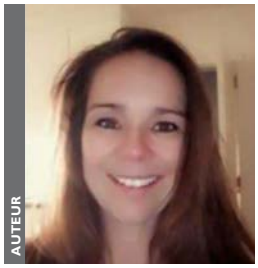
Noël is 1 van de 2 equipeartsen van PHA. In 1974 behaalde hij het diploma van Dokter in de genees-, heel- en verloskunde aan de KULeuven. Op 2 januari 1975 startte hij een huisartspraktijk te Willebroek (of all places?!). Hij was er jaren gemeenteraadslid en lid van de OCMW-raad, bestuurder en voorzitter van de huisartsenkring. In 1977 werd hij voorzitter van het toen opgerichte Centrum Algemeen Welzijnswerk (tot 2014). Van 1982 tot 2012 was hij stagemeester-coördinator bij het ICHO.
In de jaren '90 volgde hij de basisopleiding palliatieve zorg en de interuniversitaire opleiding palliatieve zorg. Samen met Koen, onze andere equipearts, werd hij referentiearts palliatieve zorg van PHA (1997). Vanaf juni 2002 is hij aangeworven als equipearts bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) van PHA. Op 1 januari 2017 opteerde hij voor het statuut "huisarts met/op rust". Hij vindt de functie van equipearts in ons team zo boeiend en verrijkend dat hij dit nog meerdere jaren wil opnemen.
Zijn door de jaren heen verworven expertise en kennis zet hij verder in: afgevaardigde voor PHA in de stuurgroep Ethiek van de FPZV; redactielid pallialine.be; medeauteur van enkele richtlijnen palliatieve zorg; organisator van de Wetenschapsdagen Palliatieve Zorg 2019 te Antwerpen.
Wat we bijna vergaten: Noël is vader van vier kinderen (Erik, Evelyn, Martijn en Michiel); plus-vader van Louisa-Anne en Sapho; en ondertussen grootvader van 6 kleinkinderen.
Zijn devies: doe wel, maar zie af en toe eens om.



Carla Haagdorens

Verpleegkundige

Carla maakt deel uit van het team verpleegkundigen. Voor haar start in 2011 bij PHA was ze jaren werkzaam op de dienst oncologie. Palliatieve zorg lag haar altijd al zeer nauw aan het hart. Het jaar daarna behaalde ze haar getuigschrift van het Postgraduaat Palliatieve Zorg.
Carla heeft veel interesse in pijnbehandeling en voltooide de opleiding "Verpleegkundig Pijnspecialist". Ze vindt cultuursensitieve zorg erg belangrijk en volgde het postgraduaat "Interculturele Hulpverlening".
Carla gaat al jarenlang met steeds dezelfde rustige uitstraling naar patiënten op huisbezoek en ze vindt het erg belangrijk om altijd op het tempo van de mensen zelf te werken.
Verder houdt ze van koken, lezen, muziek, gezelligheid en family time.



STUDIEDAG: Tussen rouw en werk Een verslag

Rouwen op de werkvloer: een, twee, drie dagen… En dan?

Bert Leysen, huisarts, Doctorandus UA
Claudia Deckx, verpleegkundige – deskundige palliatieve zorg PHA

Wat voorafging

Op het symposium van 29 november 2018 in het Elzenveld Antwerpen bracht Dr. Julian Abel, palliatief arts en vicevoorzitter van 'Public Health Palliative Care International' een keynote rond de praktische voorwaarden en gemeenschapsvormende effecten van een maatschappelijk geïntegreerde palliatieve zorg. Hij daagde de deelnemers uit om te reflecteren rond de noden en mogelijkheden van een Compassionate City. *"Wat kan ik betekenen voor mijn buurman die binnenkort zal sterven? Ik wil wel, maar weet niet hoe. Als hulpverlener wil ik graag het levenseinde teruggeven aan de mensen, maar hoe doe ik dat dan? Als leerkracht zie ik een kind treuren wegens het sterven van zijn opa. Wat moet ik hier nu mee?"*
Het concept van Compassionate Cities/Communities dwingt ons ook om na te denken over de draagkracht en veerkracht van onze gemeenschap. Ook al ben je geen professionele hulpverlener, toch kan je veel betekenen voor mensen die het moeilijk hebben.
Zo ook op de werkvloer. "Wat kan ik betekenen voor een collega die rouwt om een groot verlies?" We willen allemaal helpen maar men weet soms niet hoe. Als werkgever zie je soms een werknemer niet goed functioneren tijdens een rouwproces. Wat moeten we hiermee en hoe gaan we hier mee om als collega en als werkgever? Welke ondersteuning heb je nodig om iets te kunnen betekenen voor collega's die rouwen? Welke suggesties zijn er voor het personeelsbeleid in een organisatie inzake rouwverwerking op de werkvloer? Ook al ben je geen professionele hulpverlener, toch kan je veel betekenen voor mensen die het moeilijk hebben.

2de symposium

"Tussen rouw en werk" was het thema op het symposium van 19 december 2019. Het beloofde, na kritische reflectie, antwoorden te formuleren op de interactie tussen rouw en werk. Er werd kritisch gereflecteerd en mogelijke antwoorden werden geformuleerd. Samen nadenken over de draagkracht en veerkracht binnen onze gemeenschap en dus ook binnen onze organisaties en bedrijven zowel klein dan groot.

De deelnemers:

Ondanks de staking bij het spoor waren er toch 70 deelnemers aanwezig op deze studiedag. Diversiteit van de deelnemers was door de organisatoren beoogt en dit was gedeeltelijk geslaagd. Van de deelnemers waren voor 92% vrouw; 44% was zorgverlener; 12% ervaringsdeskundige

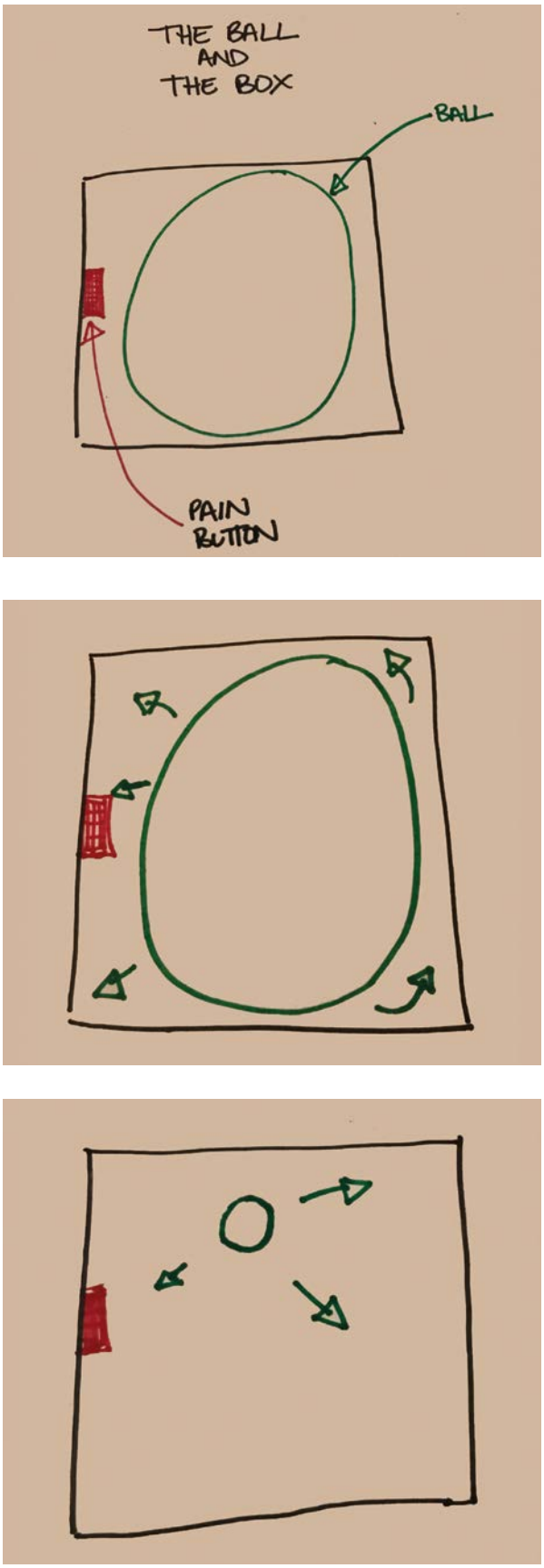
(o.a. rouwzorgvrijwilligers); slechts 9% werkgevers; 1 arbeidsgeneesheer en 1 preventieadviseur. Docenten en onderzoekers waren ook vertegenwoordigd (beide groepen 9%).

Verwelkoming

Stijn Latré, directeur van UCSIA, filosofeerde over hoe onze huidige focus op de autonomie van de persoon het des te pijnlijker maakt als er zaken gebeuren die niet door ons bepaald worden. Rouw treedt meestal op wanneer we dierbaren of zaken verliezen door gebeurtenissen waar we zelf geen vat op hebben.
Prof. dr. Johan Wens gaf een overzicht van de wetgeving en regelgeving over rouwverlof in diverse Europese landen. We leerden dat in heel wat landen geen wettelijke garantie op rouwverlof is.

Sprokkelronde 1: Rouwzorg vanuit het perspectief van de werknemer: ervaringen delen

Twee sprekers kwamen aan het woord die het standpunt van de rouwende werknemer belichtten. Telkens nadien volgde er een 'sprokkelronde' waarin per tafel de belangrijkste ideeën werden besproken.
De eerste spreker was een ervaringsdeskundige. Zij vertelde kwetsbaar haar eigen verhaal waarin haar levenspartner plots overleed en dit onder moeilijke omstandigheden. Zijn overlijden bracht veel rompslomp en kopzorgen met zich mee. Ze vertelde ons hoe frappant het was dat ze haar collega's en leidinggevenden moest 'onderwijzen' over hoe ze haar rouw beleefde en wat ze aanvoelde als de voor haar beste stap in haar verdere carrière. Ze voelde heel duidelijk dat veel van haar energie naar het rouwproces ging en dat ze haar job niet exact hetzelfde kon uitvoeren als voor het overlijden. Ze heeft steeds goed naar zichzelf geluisterd en zodoende veel onbegrip in haar werkomgeving bestreden.
De tweede spreker was Uschi Van den Broeck, klinisch psychologe, die doctoreerde over de psychologische begeleiding van koppels met een onvervulde kinderwens. Ze komt in haar dagdagelijks werk vaak in contact met rouw. Tijdens haar lezing "Verbinding in verlies" ging ze in op de vraag: rouwen, hoe werkt dat? Wat is helpend op dit moment in deze situatie? Ze gaf hierbij een uit het leven gegrepen voorbeeld aan de hand van het Lauren Herschel model: The Ball in the box.



▲ *Lauren Herschel model: The Ball in the box.*

Ieder zijn pijn en rouw is uniek, het kent geen eindpunt. In het begin is 'de bal', het verdriet, heel erg groot. Je kan de doos niet bewegen zonder dat de bal de pijnknop raakt. Je kan het niet controleren, het blijft pijn doen. De pijn wordt minder overheersend naarmate de tijd verstrijkt, maar een onverwachte gebeurtenis of moment kan aanleiding geven om de pijn, het verdriet terug te triggeren. De pijnknop kan terug geraakt worden op momenten wanneer je het het minst verwacht. Voor de meeste mensen gaat 'de bal' nooit weg.
De spreker gaf enkele tips voor collega's: neem tijd om te luisteren, ga in dialoog in plaats van te veronderstellen dat het goed of slecht gaat, vraag wat helpend is voor die unieke persoon in deze situatie en respecteer de privacy. Denk aan slechte dagen of belangrijke momenten zoals verjaardagen, dag van overlijden en dit ook als het beter gaat. Je hoeft het verdriet niet op te lossen, maar er gewoon zijn en ruimte creëren.

Tijd om per tafel sprokkels te verzamelen

Zowel op het werk als erbuiten is er een taboe rond rouw en verlies, want we hebben vaak niet geleerd om er over te praten. Veel mensen hebben ook niet geleerd wat rouwen eigenlijk is, er bestaan veel misvattingen over. Eerst en vooral zouden leidinggevenden en HR-personeel gevormd moeten worden inzake rouw.
Een mogelijke aanpak van dit probleem is multifactorieel:

- Op individueel niveau: individuen de kracht, de ruimte en de tijd geven om hun veerkracht te vinden.
- Relationeel niveau: als manager en collega de relatie aangaan met de rouwende werknemer en faciliteren waar nodig.
- Professioneel niveau: een rouwprotocol hebben klaarliggen en dit levend maken.
- Structureel niveau: aanpassen van de wetten en rouwverlof: hoeveel dagen en wanneer op te nemen.
- Maatschappelijk niveau: belang van rituelen, verhalen en balans vinden tussen werken en rouw.

Na de lunch en middagpauze: **Rol van arbeidsgeneesheer en preventieadviseur**

Rouwzorg op bedrijfsniveau werd toegelicht vanuit het perspectief van de diensten voor preventie en bescherming op het werk. Dr Kristien Van Hoof, hoofdgeneesheer bedrijfsgezondheidsdienst Agfa Materials en voorzitter Vereniging voor Interne Bedrijfsartsen, nam ons mee in *rauwe verhalen uit het bedrijfsleven*. Ze vertelde ons hoe in samenwerking met het HR-departement en de afdelingshoofden er een goede ondersteuning en opvang kan geboden worden aan rouwende werknemers. Ze liet ons aan de hand van casussen zien dat er veel diversiteit is in hoe mensen omgaan met verlies. Rouw is nooit helemaal gedaan en kan wel degelijk een grote impact hebben op het werk. Vanuit haar eigen ervaring pleitte ze ervoor om rouw-protocollen te gebruiken, op een wijze dat de eigenheid van de persoon (werknemer) gerespecteerd wordt.
Daisy Buttiens, preventieadviseur bij Mensura, schreef mee aan het rouwprotocol *"rouwen op de werkvloer"* van de werkgroep Verder (een organisatie die werkt rond suïcidepreventie en rouwverwerking na suïcide). Eén van haar taken is om bedrijven bij te staan in het ontwikkelen en onderhouden van een goed werkend beleid rond rouwzorg. Haar boodschap was dat je als werkgever een beleid moet hebben rond rouwzorg. Haar concreet voorstel bevatte twee krachtlijnen. Ten eerste is het belangrijk om formele opvolging te combineren met informele opvolging. Of enerzijds zijn er momenten in te plannen om het specifiek over het thema 'rouwen en werk' te hebben, en anderzijds blijft het belangrijk informeel te polsen naar dagelijkse omgang met wat er gebeurd is en hoe het leven dan verder gaat. Ten tweede stelt ze voor om rouwen in grote lijnen op te delen in drie fasen:

- de acute fase (het nieuws is net binnengekomen)
- de opvolging (weken/maanden erna)
- de lange termijn (jaren later: verjaardagen bvb).

Deze drie fasen hebben hun eigen kenmerken en hun eigen frequentie van in te plannen formele en informele gesprekken, uiteraard afgestemd op wat de rouwende werknemer zelf aangeeft nodig te hebben.

Verband tussen rouw en burn-out

De laatste spreker had het over rouwzorg op bedrijfsniveau vanuit het perspectief van de werkgever. Jakob Van Wielink, verliesdeskundige gespecialiseerd in verlies en verandering op de werkvloer, bracht zijn visie over het mogelijke verband tussen rouw en burn-out. Zijn stelling was dat elke burn-out verbonden is met rouw. Dit kan alleen als rouw breed gezien wordt als het verdriet dat je hebt om iets dat je verloren bent. Want niet alle werknemers die rouwen bv. om het overlijden van een

naaste, zullen een burn-out krijgen. En zeker niet bij alle mensen met een burn-out was de aanleiding te zoeken bij een rouwproces. Vanuit de duale procesleer is het wel goed te verstaan hoe iemand in een rouwproces te veel kan inzetten op het actief verder werken op de job terwijl het stilstaan en terugkijken wordt verwaarloosd en hij zichzelf op die manier voorbij zal lopen. Bij burn-out ben je steeds een stukje van je professionele identiteit verloren en dat op zich is ook een rouwproces.
Vanuit het duale leerproces wordt ook zijn antwoord opgebouwd op de vraag: en wat kunnen we doen om rouwende mensen te ondersteunen? Eerst moet er een plaats en een tijd gecreëerd worden waarin de rouwende zich gesteund en verzorgd weet (caring). Vanuit deze veilige basis kan de rouwende opnieuw leren durven om de confrontatie met de volle wereld aan te gaan (daring).

Afsluitende vragenronde

De deelnemers hadden een overvloed aan vragen aan de vijf sprekers. Eén van de meeste opmerkelijke vragen was naar het belang van rituelen en hoe we die kunnen vormgeven op het werk.

Met deze dag achter de rug stonden we toch weer stil van wat een impact een rouwproces heeft op een mens. Kunnen we dan na drie dagen wettelijk rouwverlof het werk gewoon hervatten en kunnen we het werk dat we deden dan even goed, even intens? Zou het tijd zijn om de wet eens te herzien? Bij wie kan ik terecht en wie ziet er dat ik het even moeilijk heb? Wie van mijn collega's durft het aan om mij te vragen: 'hoe gaat het vandaag met je'. Stof om over na te denken.

En dat doen ook onze federale politici: woensdag 19/2 werden in de namiddag welgeteld 4 wetsvoorstellen ter wijziging van het rouwverlof besproken. **https://www.dekamer.be/emeeting/?organ=comm_K219&status=final&date=2020-02-19&number=1**

Boek: *Dood doet leven*
Auteur: Terlingen, J.
Amsterdam: De Kring 2019, ISBN 978-90-8575-073-4

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

In *Dood doet leven* volgt Jeroen Terlingen patiënten en nabestaanden die te horen hebben gekregen dat ze niet meer beter kunnen worden. Tevens heeft hij heeft documenten en rapporten gelezen, interviews gehouden met filosofen en zorgverleners en dat vind je in de inhoudsopgave weerspiegeld: angst voor de dood, hospices, de uitvaartbranche, de opleiding van artsen, de bureaucratie in de palliatieve zorg, de surprise-kwestie.

Terlingen is ervan overtuigd dat mensen meer moeten praten over de dood. Zelf heeft hij het ondervonden toen hij ziek werd. Er werd bij hem kanker geconstateerd. Hij dacht dat zijn dood nabij was. Zijn behandelende arts leerde hem om te leven. En dat je je niet per se moet neerleggen bij de dood. Hij had in zijn omgeving nog nooit zoiets meegemaakt. Alleen oudere mensen gingen dood en daar kon hij zich bij neerleggen. Als je eerder met ziekte en de dood wordt geconfronteerd, ga je er ook anders over nadenken en praten.

Zijn stelling luidt dan ook: "Als het ontbreekt aan communicatie over de dood, is kwaliteit van leven ver weg"; of: "We weten allemaal dat we doodgaan. Maar we leven er niet naar. Als we ons meer bewust zouden zijn van onze sterfelijkheid, en ons meer gingen gedragen naar dat besef, werd het leven een stuk aangenamer."

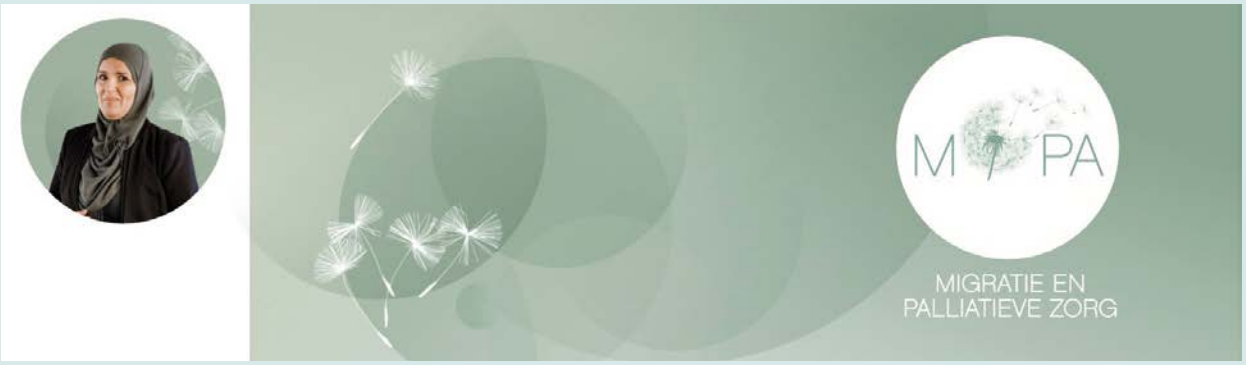
In onze 'maakbare' samenleving zijn mensen steeds minder bereid om het leven te nemen zoals het komt. De organisatie van de gezondheidszorg en de opleiding van artsen en verpleegkundigen dragen bij aan het grote zwijgen. *Dood doet leven* laat zien hoe het nadenken en praten over de dood wordt gestimuleerd door enthousiaste individuen ondanks de vele obstakels.

Maar er is blijkbaar meer nodig. Terlingen pleit voor een nieuwe functie in de gezondheidszorg: een doula. Een duizendpoot, die een patiënt terzijde staat in de laatste fase van het leven, die steun en toeverlaat is voor de naasten, complexe medische dilemma's overziet, de weg weet in de bureaucratie, thuis is in zingevingsvragen, en weet wat het is om afscheid te nemen en te rouwen.

Het boek lijkt geschreven voor de zorgprofessionals, maar kan ook de bewustwording van zieken en naasten bevorderen en daarmee een hulp zijn in de laatste levensfase. Kortom: aanbevolen voor iedereen die het leven belangrijk vindt en dientengevolge ook de dood.

Lees een fragment: **https://issuu.com/xedia/docs/dooddoetleven?mode=window**

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 MOPA het woord.



MOPA vzw biedt laagdrempelige, aanvullende kwaliteitsvolle ondersteuning aan palliatieve patiënten met een migratieachtergrond en hun naasten. Niet-westerse patiënten vinden in Vlaanderen nog moeilijk de weg naar palliatieve zorg. MOPA wil hen beter wegwijs maken in het bestaande zorgaanbod en een brug zijn tussen de patiënt en de zorgverleners.

MOPA vzw ontleent haar bestaansreden aan een maatschappelijke context waarin enerzijds de vraag naar palliatieve ondersteuning bij migranten groeit, terwijl anderzijds de drempels naar de reguliere zorg hoog blijven. De gezondheidszorg in Vlaanderen krijgt in toenemende mate te maken met migranten die palliatieve zorg nodig hebben.

Een ander element dat de groeiende vraag naar ondersteuning verklaart, is het krimpen van de mantelzorg bij patiënten met een migratie-achtergrond. Daardoor kunnen zij minder terugvallen op de informele zorg waar ze zo vertrouwd mee zijn. Bij de jongere generaties gaan immers beide partners uit werken, waardoor zij minder beschikbaar zijn. Ook nemen de jongere generaties meer en meer de Westerse visie op ouderenzorg over (Talloen, 2007:43).

Niet-westerse patiënten vinden in Vlaanderen nog moeilijk de weg naar de reguliere zorgverlening. Dit heeft te maken met drempels tussen de patiënt en het reguliere aanbod. Deze drempels bevinden zich :

- Bij de patiënt
- In de communicatie
- In het reguliere aanbod

David Talloen spreekt in dit verband over de vicieuze cirkel van wederzijdse onbekendheid in de zorg voor allochtone ouderen: geen vraag, geen aanbod. Wij zijn van mening dat die vicieuze cirkel ook een rol speelt in de zorg voor onze doelgroep.

"Om te beginnen is er de wederzijdse onbekendheid tussen de allochtone ouderen en de Vlaamse […] diensten. De allochtone ouderen kennen het diensten aanbod niet. De diensten zijn niet bekend met de specifieke noden en behoeften van de allochtone ouderen. Omdat de allochtone ouderen weinig of geen beroep doen op de diensten, voelen de diensten geen nood om het aanbod ook aan de noden en behoeften van de allochtone ouderen aan te passen. Hierdoor blijven de diensten onaantrekkelijk voor de allochtone ouderen en blijft het gebruik beperkt. Deze vicieuze cirkel is op dit moment moeilijk te doorbreken." (Talloen, 2007:42)

MOPA vzw neemt een actieve rol op in het doorbreken van de vicieuze cirkel in de zorg voor zwaar zieken met een migratieachtergrond en hun naasten. De professionele hulp is vandaag nog te weinig afgestemd op de behoeften van die gemeenschap. Er zijn heel veel aanwijzingen dat mensen met een migratieachtergrond de zorg heel anders willen invullen (belang van de man-

telzorgers, maar die staan ook in die gemeenschappen onder druk), waardoor ze vaak het reguliere zorgaanbod gewoon niet kennen.

Visie

Mopa vzw streeft naar een verbetering van de levenskwaliteit voor alle patiënten met een migratieachtergrond en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening.

Missie

MOPA vzw biedt psychosociale en spirituele ondersteuning aan migratie en palliatieve patiënten en hun naasten. Mopa werkt laagdrempelig, op maat, cultuursensitief en vanuit een holistisch (islamitisch) mensbeeld. Mopa is altijd complementair aan het bestaande aanbod, vervult een brugfunctie – wat veel verder gaat dan enkel tolken – en werkt transmuraal.

Aanbod

Vanuit een holistische invalshoek palliatieve (moslim) patiënten met een migratieachtergrond en hun familie ondersteunen en begeleiden.

- Brugfunctie tussen de patiënt, de familie, artsen, thuisverpleging enz.
- Een luisterend oor bieden aan de patiënt en familie
- Patiënten en familie informeren rond een vroeg zorgplan (inschakelen PST, sociale dienst, thuisverpleging, huisarts enz.)
- Stervensbegeleiding (rituelen, verzekeringen, repatrieringen)
- Matching met vrijwilliger
- De patiënt en zijn familie wegwijs maken in het bestaande gezondheidsnetwerk

MOPA helpt

Laagdrempelig en op maat

MOPA werkt outreachend vanop de 'nulde' lijn: we gaan naar de mensen toe. We zetten ACTIEF in op het leggen van contact met de doelgroep, op het onderzoeken van de context en op het motiveren van de doelgroep om beroep te doen op het bestaande aanbod aan zorg-, hulp- en dienstverlening.

Mopa biedt een luisterend oor, detecteert noden en verwijst door waar nodig. We geven aandacht. We nemen de tijd. Ongehinderd door afrekening per minuut of dienst, kunnen mensen in alle rust de aandacht krijgen die zij vragen en nodig hebben. Daarmee onderscheiden we ons misschien van de betaalde zorg.

Transmuraal

MOPA komt zowel in het ziekenhuis, woonzorgcentrum, als bij de patiënt thuis. Wij bieden een vertrouwde continuïteit door de inzet van goed opgeleide vrijwilligers. MOPA is aanvullend aan de bestaande initiatieven die palliatieve zorg intra- en extramuraal aanbieden.

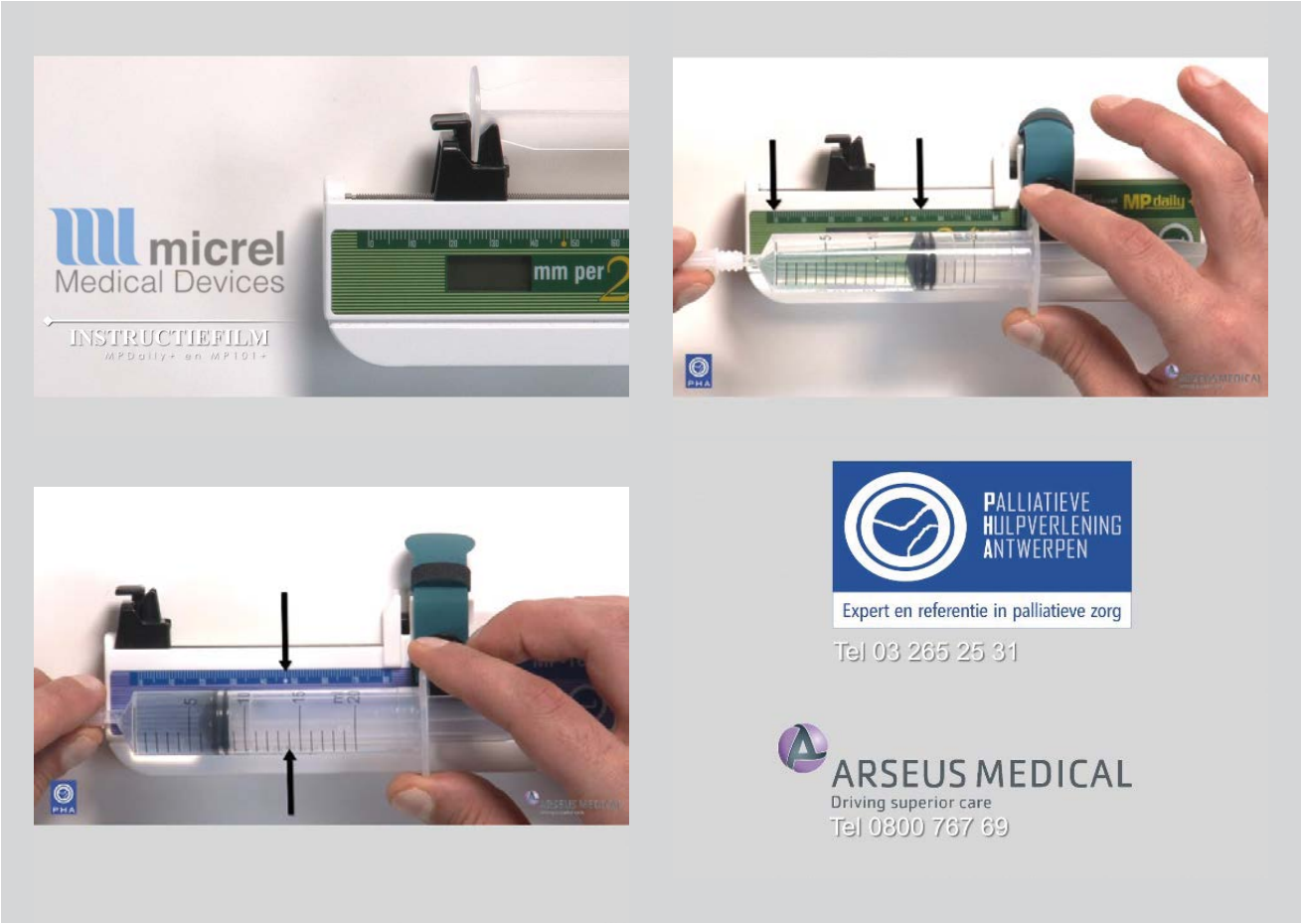
Taboedoorbrekend

Vanuit die cultuursensitieve houding wenst MOPA toch taboedoorbrekend te werken door palliatieve zorg bij het levenseinde bespreekbaar te maken voor niet-westerse patiënten, en hen wegwijs te maken in het bestaande palliatieve zorgaanbod.

Cultuursensitief

Een fundamenteel respect voor de culturele en/of religieuze referentiekaders van de patiënt en zijn naasten vormt de basis van onze werking, in een harmonieuze wisselwerking tussen alle betrokkenen (familie, ziekenhuis, medisch personeel en verzorgers, verzorgingstehuis, ...).

Cultuursensitieve zorg legt vooral de nadruk op het feit dat een hulpverlener zich van de cultuur van de eigen hulpverlening bewust is en vanuit dit bewustzijn in dialoog gaat met de hulpvrager. Het overstijgen van de cultuur van het Westerse zorgsysteem en zijn kennistheoretisch fundament is hierbij van het allergrootste belang. "Cultuursensitieve hulpverlening of zorg is geen specialisatie maar een basishouding." (Toon Gailly, 2008).



Instructiefilm medicatiepompen

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA) werkt met draagbare spuitaandrijvers. Deze pomp drijft een spuit aan waarin medicatie is opgetrokken. De spuit wordt bovenop het pompmechanisme geplaatst. Vanuit de spuit vertrekt een fijne verlengleiding tot aan de insteekplaats van de katheter, net onder de huid (subcutaan). Deze manier van medicatietoediening biedt de mogelijkheid om continu medicatie toe te dienen. De indicatie tot gebruik van een spuitaandrijver ligt steeds in het verlengde van een beleid rond pijn- en symptoomcontrole. Het verminderen van de slikfunctie waardoor orale medicatie niet meer kan worden opgenomen, of cachexie, waardoor de optimale transdermale opname niet meer ideaal is, zijn argumenten om parenteraal medicatie te gaan toedienen. Door het gebruik van een spuitaandrijver dient de persoon met palliatieve zorgnoden niet systematisch geprikt te worden en krijgt deze toch continu medicatie.

PHA leent nu spuitaandrijvers van het merk Micrel[1] uit. De mogelijke instellingen en het gebruik van deze verschillen nogal van de tot nu toe gebruikte Graseby spuitaandrijvers. Bij PHA zal de Micrel spuitaandrijver de Graseby spuitaandrijver volledig vervangen. De Micrel spuitaandrijver heeft druktoetsen en een controlescherm (verlicht Lcd-scherm). Met de Micrel spuitaandrijver kunnen grotere volumes toegediend worden en zijn een aantal alarmfuncties (foutmeldingen) geïnstalleerd om de continuïteit van toediening beter te garanderen. Druk door occlusie, een lege batterij, foutieve plaatsing van de spuit zijn enkele van deze meldingen. Geconfigureerde opties zijn steeds aanpasbaar aan een persoonsgebonden medicatiebeleid. Er zijn 2 modellen van deze nieuwe spuitaandrijver in gebruik: Micrel MP Daily+ mm/24h-NL en de Micrel MP 101+ mm/h- NL.

1 Micrel en Graseby zijn geregistreerde merknamen ®

Bij de opstart en plaatsing van een spuitdrijver, thuis of in een woon- en zorgcentrum (WZC), krijgt de verpleegkundige (en de arts zo die aanwezig is) een toelichting en een teaching over het correcte gebruik. In een uitgebreide meegeleverde documentatiemap wordt alle nuttige informatie gebundeld.

PHA wil de ondersteuning bij het gebruik van deze spuitaandrijvers optimaliseren. Met Arseus Medical, verdeler van de Micrel spuitaandrijver, werd er gebrainstormd over een educatietool voor verpleegkundigen zodat zij autonoom aan de slag kunnen met deze spuitaandrijvers. Een vlot toegankelijke instructiefilm werd het resultaat van dit denk- en zoekwerk.

Vandaag zijn er 5 instructiefilms klaar voor release: de volledige instructiefilm en een aantal onderdelen afzonderlijk. Onderwerpen hiervan zijn: de voorbereiding, het gebruik Micrel® Daily+, het gebruik Micrel® 101+ en tenslotte de alarmen.

Medio maart 2020 start de implementatiefase: bij de opstart van een Micrel spuitaandrijver krijgt men een unieke QR-code waarmee, via de website van PHA, toegang verleend wordt tot deze instructiefilmpjes. De gebruiker kan dan elk moment de instructie herbekijken. Tijdens deze eerste implementatiefase organiseren we een evaluatie. Met een vragenlijst willen we verschillende mogelijke effecten van deze tool evalueren en vooral: draagt deze tool bij tot een correct en beter (technisch) gebruik van de door PHA beschikbaar gestelde spuitaandrijver. Deze evaluatie zal ons toelaten de instructies nog meer aan te passen aan de noden van de gebruiker.
PHA dankt Patrick Celis en Thomas Daly die de ontwikkeling van de instructiefilmpjes mogelijk hebben gemaakt.

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:
Bestemmeling UA-Antwerpen
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

December 2019

December 2019 ligt al even achter ons. Doch blikken we heel graag even terug op deze drukke en gezellige maand. Naast de voorbereidingen voor Kerstmis en Nieuwjaar werden er tal van hartverwarmende activiteiten georganiseerd in het kader van De Warmste week.

Lopers Warmathon

Warmathon

Studio Brussel organiseerde naar goede gewoonte de Warmathon in zes Vlaamse steden. Het concept is gekend: lopers kiezen zelf voor welk goed doel ze wensen te lopen. Het aantal rondjes primeert niet maar een hoge fun factor, samenhorigheid en een gezellige sfeer is troef. Dit jaar was PHA samen met enkele vrijwilligers op post. Het weer zat mee, de benen waren ingesmeerd en uit de luidsprekers gonsden bruisende en motiverende beats. De ideale situatie dus voor een prachtige looptocht op Linkeroever met uitzicht op de stad Antwerpen.
We did it and we did it together!

Vrijwilligerswerking

Nieuw in 2019 was de vrijwilligerswerking die in de kijker werd gezet. Mensen konden zich kandidaat stellen om eens te proeven van het vrijwilligerswerk. Via de website van De Warmste Week plaatsten organisaties een vacature waarop mensen mochten "solliciteren".

Ook PHA stelde een "annonce" op en zette haar deuren open. Enkele geïnteresseerden kwamen met onze vrijwilligers praten over hun ervaringen en konden vragen stellen over wat hun werk juist inhoudt. Kortom ervaringen uit de eerste hand, wat het een leerrijke ervaring maakte voor iedereen.

Quiz

Op vrijdag 13 december 2019 organiseerde het Centrum voor Palliatieve Zorg Sint-Camillus van GZA een quiz ten voordele van de Wensambulance Volimus.
PHA wou dit initiatief graag steunen en ging mee quizzen. Het was een fijne avond met 30 enthousiaste ploegen die allemaal hun steentje wilden bijdragen aan dit goed doel. Een mooie afsluiter voor ons was dat PHA de quiz won. Bedankt aan de organisatie en ook aan de Wensambulance voor hun mooi werk!

Winnaars quiz

Warme initiatieven

Daarnaast willen we graag enkele initiatieven in de kijker zetten die tijdens De Warmste Week ten voordele van PHA een actie hebben georganiseerd:

- De organisatie Etion organiseerde een **aftelquiz**
- Lions Antwerpen Linkeroever liep mee **De Warmathon** in Antwerpen
- Eén van onze vrijwilligers, Ana Yaël, organiseerde **"Kunst for life"**, een avond vol kunst, dans, muziek en gedichten.

Band: #GrooveDaGente
Dans: #dedansendesamenleving + #yawarmisty
Artiesten: Misael Mejia / Reyna Avila / Suheir AbDul Rasol / Oskar González
Sponsors: Piano Noton / Bar TakeOff / MiAndes zilverjuwelen.

Nogmaals dank voor jullie fijne initiatieven en jullie steun!

Een dag uit het leven van ... de klinisch psychologe van PHA

Inne Leuris
klinisch psychologe PHA

5u30. Mijn 2 jarige zoon wordt wakker. En als hij wakker is, dan zal iedereen in huis het geweten hebben. Schaterend hoor ik hem tegen zijn knuffelwolf vertellen dat zijn tut is gevallen. Een minuut later hoor ik mijn dochter van 4,5 ook roepen dat ze wakker is. Voor ik kinderen had, sliep ik lang en graag. Die luxe stopte 4,5 jaar geleden. Maar een 5 vooraan op de klok, dat is echt té vroeg. Ik duw hun papa uit bed die tegen allebei gaat zeggen dat ze nog eventjes moeten rusten.

8u00. De rush om iedereen klaar te maken begint. Om één of andere reden denk ik elke keer opnieuw dat ik genoeg tijd heb, wat dan niet zo blijkt te zijn, waardoor ik mij dagelijks moet haasten en eigenlijk altijd en overal net te laat kom. Mijn familie en vrienden weten dit en proberen dit al jaren op te lossen door tegen mij een vroeger tijdstip te zeggen dan dat er effectief wordt afgesproken. Maar dit helpt niet meer, want nu weet ik dat ze dat doen en dus kom ik toch weer te laat. Ik kies kleren voor mijn kindjes uit de gigantische stapel (kleine verslaving van me), maak ze klaar en loop met hen naar de auto, richting kleuterschool en crèche.

9u05. Ik kom, uiteraard weer net te laat, aan op PHA. Ik loop de trap op en begroet mijn collega's. Deze fijne en zorgzame mensen waar ik dagelijks mee samenwerk, bepalen voor een groot stuk mijn werkvreugde. Eerst mijn mails bekijken en beantwoorden, een taak die elke dag toch wel wat tijd vraagt.

9u45. Binnenkort gaat er een themanamiddag door. De afspraken met de spreker zijn gemaakt, het is tijd om de uitnodiging te verspreiden. Ik finaliseer de lay-out en even later kan ik het plaatsen op onze website en op onze Facebookpagina. Het bericht wordt snel geliket en gedeeld. Hopelijk wordt het weer een groot succes met een opkomst van verschillende disciplines.

10u45. Ik krijg telefoon van een 16 jarige jongen. Zijn papa, die wij hebben begeleid, is een week geleden overleden. Hij vraagt zich af wanneer hij zijn 'klop' gaat krijgen. Zijn mama had me 2 weken geleden al gebeld om tips te vragen over hoe ze best kon omgaan met haar puberende zoon. De jongen vertelt me dat zijn mama haar dieptepunt al heeft gehad, maar dat het bij hem precies niet komt: "Ik moet toch wenen, boos worden, mijn klop krijgen en het komt maar niet en mijn mama vraagt ook heel de tijd wanneer het zal komen". Ik luister naar zijn zorgen en probeer hem gerust te stellen. Ik vertel hem hoe knap ik het vind dat hij, ondanks het verlies van zijn papa, functioneert, uit bed komt, naar school gaat en zijn leven laat doorgaan. Die zogenaamde 'klop' kan nog komen, ook nog na lange tijd, maar het hoeft ook niet persé. Er op zitten wachten heeft weinig zin. "Zo kan ik het ook bekijken", zegt hij. Hij vertelt me dat hij zich op school kan ergeren aan de onbenullige conversaties van zijn vrienden. Ik antwoord dat het perfect normaal is dat hij het nu niet belangrijk vindt welke schoenen op dit moment het meest hip zijn of naar welk café ze zaterdag zijn geweest. Hij heeft net zijn papa verloren. En dat is niet niks. Dat is heel wat. Hij bedankt me voor het gesprek en ik benadruk dat we altijd bereikbaar blijven voor hem. Dat stelt hem gerust. Ik maak een kort verslagje van het gesprek in ons patiëntendossier.

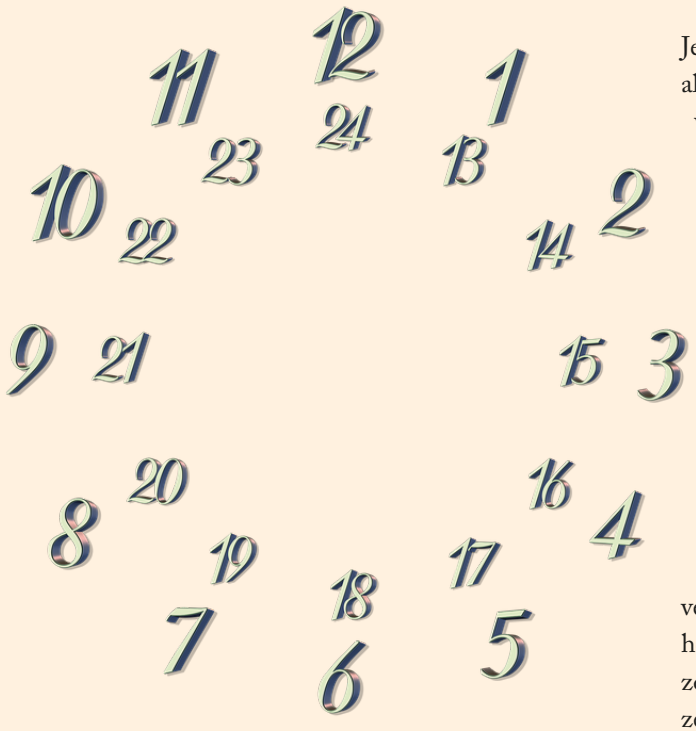
11u30. Eén van de verpleegkundigen komt terug van een huisbezoek. Ze loopt voorbij mijn bureau en ik zie meteen dat er iets is dat haar frustreert. Ze vertelt dat het een zwaar huisbezoek was. De patiënt is preterminaal en heeft pijn, maar de partner weigert alle zorg. Er kon niet gesproken worden over doodgaan en pijnmedicatie werd geweigerd. Onze verpleegkundige heeft met hand en tand proberen uitleggen wat ze allemaal konden doen maar de mensen wilden het niet horen. Ze gaat nu naar

de huisarts bellen die waarschijnlijk tegen dezelfde muur aanloopt bij de mensen. Hopelijk kunnen ze na overleg toch nog iets doen voor deze patiënt.

11u45. Er staat een vergadering gepland met de redactieraad van dit tijdschrift. Het is best een klus om 4 keer per jaar een kwaliteitsvol nummer uit te geven. We overleggen welke onderwerpen we graag in de volgende editie willen. We denken na over potentiële auteurs en wie de contacten gaat leggen. Ik benadruk dat ik alle tekstmateriaal tegen de deadline moet hebben zodat ik tijdig aan de lay-out kan werken alvorens het naar de drukkerij kan.

12u30. Tijd om te lunchen met de collega's. We proberen zoveel als mogelijk samen te eten. Ik ben niet echt een keukenprinses, dus ben altijd een beetje jaloers op de lekkere zelfgemaakte gerechtjes en verzorgde slaatjes die de anderen bij hebben. Er wordt gepraat en gelachen, dit zorgt voor de nodige ontspanning tijdens drukke werkdagen.

13u10. Ik vertrek samen met een collega verpleegkundige naar een rouwbezoek bij een mama en 2 jonge kinderen van 8 en 10 jaar. De papa, die mijn collega intens heeft opgevolgd, overleed enkele weken geleden. Het meisje vertelt dat ze eigenlijk helemaal niet wilde dat wij kwamen, maar als ze ons ziet, wil ze toch wel praten, omdat we er best wel lief uit zien. Het jongetje speelt met zijn auto's, maar luistert duidelijk naar elk woord dat gezegd wordt. Elk detail uit de laatste weken van hun papa wordt beschreven. Wat hebben ze het knap gedaan. De kinderen werden overal bij betrokken, kregen altijd eerlijke info en hebben uitgebreid de kans genomen om afscheid te nemen. Ik vertel hen hoe bijzonder dit is en hoe mooi ze dit allemaal samen gedaan hebben. De mama glundert, het is voor haar zo'n moeilijke tijd geweest en een beetje bevestiging krijgen doet haar duidelijk deugd. Ze maakt zich zorgen over de nachten omdat de kinderen regelmatig bij haar in bed kruipen. Ik luister naar haar en vraag aan de kinderen hoe zij de nacht beleven. Ik geef mijn mening en bekrachtig haar dat zij als mama het best zal aanvoelen waar haar kinderen op dit moment nood aan hebben. Extra liefde, aandacht, zorg en vooral veel knuffels zijn absoluut niet overbodig als je als gezin zoiets meemaakt. De mama vraagt me op het einde of ik nog even contact kan opnemen met de school. De juf van de jongste weet niet goed hoe ze met zijn soms storende gedrag moet omgaan. Ze had hem dan maar een stressbal gegeven. Ik spreek af dat ik de juf deze week nog zal contacteren.



15u00. Terug op mijn bureau zie ik nog wat mails van collega's die hun wachtweken willen ruilen en enkele verlofaanvragen. Ik bekijk in onze gezamenlijke weekplanning of er genoeg volk aanwezig is op de dagen dat er vakantie wordt gevraagd. De continuïteit van het werk moet immers elke dag opnieuw gewaarborgd blijven. Ik merk op dat enkele collega's hun gepresteerde uren van de voorbije maand nog moeten invullen en stuur hen hiervoor een herinnering. De post werd net opgehaald en de loonbrieven zijn gearriveerd. Ik deel ze nog snel uit.

15u30. Ik schrik dat het al tijd is om de kindjes op te halen. Ik haast me naar mijn auto en ben net op tijd aan de schoolpoort. Ik ben altijd de laatste mama (uiteraard) die opdaagt net voor de nabewaking begint. Dan nog een halte aan de crèche. Het enthousiasme van de kindjes als ze mij zien is altijd fijn. De knop van de werkdag wordt vlot omgedraaid van zodra ik hen zie.

18u30. Na het etensmoment, dat bij ons altijd lijkt op een circus, kruip ik gezellig met hen in de zetel. Ik zet een Disney film op en probeer wat rust te creëren. Opvallend is dat er in bijna elke tekenfilm iemand dood gaat. Je kan het thema niet uit de weg gaan. Mijn dochter is al zeker een jaar erg bezig met 'de dood'. Ze stelt er veel vragen over en gebruikt het vaak in haar fantasiespel. Ik observeer haar dan en geef duiding als dat nodig is. "Kom je dan echt nooit meer terug?", vraagt ze vaak. Vorig jaar stierven de kippen van de buren. Sindsdien linkt ze 'de dood' aan kippen. "Voke is dood… Was Voke dan een kip?". Nog honderd andere vragen. Heerlijk, dat magisch denken van een kleuter. Ik ga er elke keer open en eerlijk op in, zodat het thema bespreekbaar is en ze alle vragen die ze heeft durft te stellen. Mijn familie vindt het een beetje raar dat ik er zo regelmatig en open met haar over praat, omdat ze nog zo klein is. Mijn collega psycholoog van een ander netwerk vertelde me onlangs dat het bij haar kinderen exact hetzelfde is, het is een gewoon gespreksonderwerp, net zoals wat we gaan eten vandaag. Beroepsmisvorming zeker…

20u00. Tijd om naar een woonzorgcentrum in Berchem te rijden. Om 20u30 start daar een infoavond voor de bewoners en hun familieleden. De organisatoren zitten al nerveus op mij te wachten als ik arriveer. Er is een grote opkomst, het thema leeft hier erg. Ik pak de micro en start mijn verhaal over palliatieve zorg, PHA, vroegtijdige zorgplanning, de wilsverklaringen, de wet euthanasie en het verschil met palliatieve sedatie. Er worden veel vragen gesteld, iedereen wil er het fijne van weten. Ik doe mijn best om alles traag en duidelijk uit te leggen (ik heb nogal de neiging om erg snel te praten) en check regelmatig of iedereen mee is met het verhaal. Om 22u00 rond ik af, iedereen is verzadigd met informatie en ik word bedankt voor de uitleg. Toch weer een hoop mensen die nu de juiste informatie hebben gekregen, het blijft na al die keren nog altijd een gevoel van voldoening geven.

22u30. Nog even wat huishoudelijke taken doen en wat TV kijken, liefst iets ontspannend, voordat ik ga slapen. Mijn voornemen dat ik elke ochtend maak om vandaag eens op tijd in mijn bed te kruipen, vervalt elke keer opnieuw. Ik ben een avondmens, op tijd gaan slapen lukt me nooit. Ik hoop dat er morgenvroeg eens geen 5 vooraan op de klok staat…

Vrijwilligers, onvervangbaar in de palliatieve zorg

Bron: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

In het kader van de Warmste Week organiseerde Ana Yael zelf een cultuuravond ten voordele van PHA.

In december was er weer een editie van de Warmste Week. Opmerkelijk verschil dit jaar was dat mensen niet enkel werden uitgenodigd om acties te organiseren om goede doelen financieel te steunen, maar zich ook vrijwilliger konden stellen. Palliatieve zorg is bij uitstek een sector die leeft dankzij vrijwilligerswerk, en die meer dan 30 jaar geleden werd opgericht door vrijwilligers. Ook vandaag spelen ze nog altijd een onvervangbare rol. Wij zochten één van hen op.

"We zijn u heel erg dankbaar, en we bewonderen u om de lieve warmte waarmee jij met mensen omgaat." Wanneer Ana Yael Gonzalez deze SMS-boodschap leest, is ze zichtbaar ontroerd. Ze werkt sinds twee en een half jaar als vrijwilligster voor Palliatieve Hulpverlening Antwerpen (PHA), en dit soort berichten van naasten van palliatieve patiënten die ze heeft begeleid, zijn erg bemoedigend.

"Als je zoiets krijgt, dat maakt je dag en motiveert je om verder te doen," zegt ze. "En het toont ook aan dat dit vrijwilligerswerk belangrijk is."

Ana Yael gaat één keer per week op huisbezoek, en dat biedt ook haar een rustpunt in een jachtig leven.

"Het gaat erom naar de patiënt te luisteren, het gaat om hun existentiële en spirituele noden. Dat is een magisch moment, die 'communie' – niet noodzakelijk religieus – is voor hen nodig om sereen te kunnen vertrekken," zegt ze.

Op die manier vervullen vrijwilligers een essentiële rol in de palliatieve zorg – ze bieden patiënten een diep-menselijk contact, iets waar professionele zorgverleners met hun drukke agenda's niet altijd de tijd voor vinden.

Ana Yael geeft aan dat ze ook een andere belangrijke rol in de netwerken palliatieve zorg vervullen. "Wij zijn een knooppunt voor andere delen van de equipe. We scannen de omgeving van de patiënten, houden in het oog of alles in orde is; als dat niet zo is, waarschuwen we anderen in het netwerk."

▲ *Ana Yael*

En om haar appreciatie voor dat netwerk van collega's en vrienden te tonen, heeft Ana Yael in het kader van de Warmste Week een cultuuravond ten voordele van PHA georganiseerd.

Het vrijwilligerswerk in de palliatieve zorg is voor Ana Yael zelf ook erg verrijkend.

"Het heeft mijn perspectief op het leven veranderd. Nu wil ik elk moment laten tellen op een positieve manier. Ik ben me nu meer bewust van mijn innerlijke ruimte, alles draait rond de inhoud van zaken," zegt ze. "En als vrijwilliger zie je dat je veel kan betekenen, dat je aanwezigheid veel belang heeft."

Als FPZV sluiten wij ons graag bij deze observatie aan, en maken we van de gelegenheid gebruik om alle vrijwilligers in palliatieve zorg *warm* te bedanken voor hun onontbeerlijke toewijding en inzet.

PALLIATIEVE HULPVERLENING ANTWERPEN

Expert en referentie in palliatieve zorg

VACATURE

VRIJWILLIGERSCOÖRDINATOR

Contract van onbepaalde duur
80%

Palliatieve patiënten die thuis verzorgd worden, kunnen beroep doen op de gratis inzet van vrijwilligers van PHA. Vrijwilligers bieden een specifieke meerwaarde, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de naasten die de dagelijkse zorg voor de patiënt opnemen.
PHA zoekt een gedreven en gemotiveerde coördinator voor deze vrijwilligerswerking.

Werkopdrachten

- Het rekruteren van nieuwe vrijwilligers via allerlei kanalen
- Selectiegesprekken afnemen van kandidaat - vrijwilligers
- De basisopleiding van kandidaat - vrijwilligers organiseren
- Vrijwilligers opvolgen en ondersteunen in hun werk
- Werkbegeleidingen aan groepen van vrijwilligers geven
- Individuele gesprekken, functioneringsgesprekken, evaluatiegesprekken uitvoeren
- Het aanbieden van jaarlijkse bijscholing en verwenactiviteiten voor de vrijwilligers
- Juiste matchen zoeken tussen patiënten en vrijwilligers
- De brug zijn tussen de vrijwilligers en het team van PHA
- Ervoor zorgen dat de vrijwilligers goed gelinkt zijn aan de organisatie en voldoening halen uit hun engagement
- De visie en de missie van de organisatie PHA in al je contacten mee uitdragen
- Het vrijwilligersbeleid mee uitstippelen, op lange termijn mee nadenken over de ganse werking
- Vormingen en trainingen geven aan hulpverleners over onderwerpen die in je interesseveld liggen en gelinkt zijn aan het vrijwilligerswerk
- Administratieve taken die bij de vrijwilligerswerking horen, zoals verplichte en projectmatige rapportages

Profiel

- Je bent in het bezit van een relevant Bachelor diploma (bv. Sociaal Werk, Orthopedagogie, Toegepaste psychologie, …)
- Ervaring in de zorgsector, met vrijwilligerswerk en coördinerend werk is een pluspunt
- Je bent zeer contactvaardig en je hebt een empathische persoonlijkheid
- Je hebt sterke vaardigheden in coördinatie en organisatie
- Je bent een multidisciplinair ingestelde teamspeler en je kan ook goed zelfstandig werken
- Je werkt deontologisch en ethisch zorgvuldig
- Organisatietalent, initiatief nemen, besluitvaardigheid, creativiteit en samenwerken zijn voor jouw opdrachten zeer belangrijk
- Je bent leergierig en heel gemotiveerd om de vrijwilligerswerking van PHA verder uit te bouwen

Wij bieden

- Een organisatie met een enthousiast en gedreven team
- Een verloning binnen PC 330.04 met extralegale voordelen
- Relevante anciënniteit wordt overgenomen
- Een begeleide inwerkingsperiode: je krijgt de kans om te leren van de huidige vrijwilligerscoördinator (vlak voor pensionering)
- Bijscholingskansen
- Een arbeidsovereenkomst voor bedienden van onbepaalde duur, 80%
- Startdatum 1 oktober 2020

Interesse?

Gelieve uw sollicitatiebrief met CV op te sturen naar
Tine De Vlieger, algemeen coördinator: tine.devlieger@uantwerpen.be
en Inne Leuris, klinisch psycholoog: inne.leuris@uantwerpen.be

Voor meer informatie: www.pha.be of bel naar 03/265 25 31

PHA

Palliatieve Hulpverlening Antwerpen vzw

03/265 25 31 www.pha.be

Uw eerste aanspreekpunt voor palliatieve zorg