

PANAL NIEUWS

Jaargang 27

juni 2024

Driemaandelijks tijdschrift

De aartsmoeilijke weg naar verzoening

Het zijn warrige tijden. Verkiezingen in Vlaanderen en België zijn net achter de rug. Politieke partijen willen zich profileren en willen scoren. Palliatieve zorg krijgt hopelijk een update – of wordt toch naar een volgende regeerperiode verschoven. In Europese context wordt het spannend afwachten wat de toekomst ons brengen zal. Oorlog in Oekraïne en in Gaza brengen de wereldvrede in gevaar. Ook elders in de wereld dreigen conflicten uit de hand te lopen. Er zijn meer en meer tekenen dat spanningen escaleren en diplomatie er niet inslaagt deze bij te leggen. Internationale vredesorganisaties of mensenrechtenorganisaties lijken niet bij machte om het tij te keren. We stevenen af op een omwenteling van de wereldorde en hoe die er gaat uitzien, is niet te voorspellen.

Zoals bij levenseinde past, is ook hier nood aan reflectie en aandacht voor achterliggende waarden. Wat zijn de fundamentele waarden waaruit we kunnen nadenken over de gebeurtenissen en hoe kunnen we genuanceerd oordelen en zo bijdragen aan verstandhouding

en bereidheid tonen, weg van polarisatie, onbegrip en vijandigheid?

Een eerste noodzakelijke vaardigheid is te leren luisteren naar de andere en dit zonder zich te laten meeslepen door eigen emoties. Luisteren betekent dan de andere voldoende bevragen naar zijn standpunt en dit ook zelf proberen genuanceerd te verwoorden zodat zijn waarheid duidelijk en verstaan wordt. Dat proces moet wederzijds gebruikt worden en heeft het voordeel gehoord en verstaan te zijn. Men zou dit een Socratische methode kunnen noemen.

Luisteren is ook zich goed informeren. Het betekent zich inwerken in de geschiedenis van het conflict. Zo verscheen in december 2023 in zes talen een reeks essays die vroeger reeds apart verschenen in de Standaard, geschreven door de bekende Joodse auteur David Grossman, met als titel "De prijs die we betalen" (Cossee, Amsterdam). Deze 9 essays geschreven tussen juni 2017 en november 2023 vertolken Grossmans commentaar als opposant van de huidige Israëlische

regering op de gebeurtenissen van 7 oktober 2023. De lectuur van deze essays toont de complexiteit van de problemen en de aartsmoeilijke weg naar verzoening.

Een andere broodnodige vaardigheid is deze van vergeving. Voorbeelden hiervan zijn de genocide in Rwanda en de apartheid in Zuid-Afrika, waar vele mensen erin geslaagd zijn vergeving boven wraak te verkiezen. Vergeven moet onderscheiden worden van vergeten. Vergeten is het probleem niet erkennen en onopgelost begraven. Vergeven is het bespreken en bevrijden.

Een naderend levenseinde is een uitgelezen moment om zich te bezinnen over het geleefde leven. De opdracht is tweërlei: enerzijds heb ik mijn waarden proberen te beleven en door te geven en anderzijds heb ik het leven in liefde achtergelaten.

Dr. Dominique Dewilde
Voorzitter Panal vzw

Pijn bij dementie

Pijn (h)erkennen en behandelen bij mensen met (gevorderde) dementie of bewustzijnsdaling

Een veelgeciteerde definitie van pijn luidt: "Pijn is dat wat de persoon die pijn ervaart, zegt dat het is, en is aanwezig wanneer hij of zij zegt dat het aanwezig is." (Margo McCaffery 1968)

Een dergelijke pijndefinitie veronderstelt intacte cognitieve en communicatieve vaardigheden. Een goede pijnanamnese wordt echter bemoeilijkt als de verbale communicatie tussen zorgverlener en patiënt ernstig is beperkt of volledig wegvalt. Dit kan voorkomen bij aangeboren of verworven cognitieve beperking, een gevorderd dementieproces of bij verminderd bewustzijn, zoals wij regelmatig zien bij patiënten in de stervensfase. Evenals personen met een zwaar psychiatrisch ziektebeeld lopen deze mensen risico op onderdetectie en onderbehandeling van pijn.

Diverse onderzoeken tonen aan dat de pijnbestrijding bij dementie duidelijk minder goed is dan bij mensen met behouden cognitieve vaardigheden. Zelfs bij patiënten met een heupfractuur is vastgesteld dat zowel pre- als postoperatief mensen met dementie slechts een derde van de dosis morfine krijgen in vergelijking met mensen zonder dementie. Concluderend kan worden gesteld dat pijn bij dementie over het algemeen niet adequaat wordt behandeld.

Hoe kunnen wij toch zorgen voor een adequate erkenning en behandeling van pijn bij deze groep mensen?

Oorzaken van pijn en pijnbeleving

Bij mensen met dementie komen evenveel aandoeningen voor die pijn kunnen veroorzaken als bij mensen zonder dementie. Een belangrijk gegeven is echter dat de neuropathologische veranderingen bij dementie de beleving van pijn kunnen veranderen.



Veel voorkomende oorzaken van pijn bij ouderen zijn onder andere artrose en degeneratieve rugklachten, neuropathische pijn in kader van diabetes, postherpetische neuralgie, CVA, trauma of amputatie, ischemische pijn in het kader van doorbloedingsstoornissen en pijn geassocieerd aan kanker.

Er zijn geen aanwijzingen dat de perifere nociceptieve respons of de transmissie van pijnprikkels verandert bij dementie. De interpretatie van de pijn prikkel (en de affectieve respons) kan door de neuropathologische afwijkingen bij dementie echter wel degelijk veranderen, ofwel verminderen of versterken. Vanwege afwijkingen in de prefrontale cortex moet rekening worden gehouden met het verlies aan endogene verwachting en het placebo-mechanisme van pijntherapie, waardoor mogelijk hogere dosissen nodig kunnen zijn voor compensatie.

Juist omdat ze de ervaren pijn niet goed onder woorden kunnen brengen, kan pijn zich bij mensen met dementie in "probleemgedrag" uiten. Daarom is het belangrijk om vóór het geven van bijvoorbeeld antipsychotica of sedativa ook te overwegen of pijn een mogelijke oorzaak kan zijn van onbegrepen gedrag of delier.

Diagnostiek en meten van pijn

De basis van een goed pijnbeleid omvat anamnese en lichamelijk onderzoek: klinische beoordeling van het bewegingsstelsel, de spieren, de doorbloeding, mogelijke wonden en het neurologisch onderzoek. Het is ook belangrijk om het dagelijks functioneren, de cognitie en een mogelijke depressie in kaart te brengen.

Pijn is een subjectief ervaren symptoom dat geobjectiveerd kan worden met behulp van pijnschalen. Het wordt aanbevolen om kwetsbare ouderen regelmatig naar pijn te vragen en om bij mensen met cognitieve/communicatieve beperkingen alert te zijn op signalen van pijn. Bij de meeste ouderen kan pijn op dezelfde manier worden vastgesteld en gemeten als bij jongere mensen, namelijk door middel van zelfrapportage, zelfs bij mensen met milde tot matig ernstige cognitieve stoornissen. Dit kan worden ondersteund door een gebruikelijke pijnschaal, zoals een numerieke schaal (NRS) of de visuele analoge schaal (VAS).

De validiteit van al deze instrumenten neemt echter af bij toename van functionele en cognitieve problemen. Bij patiënten met een sterk verminderde cognitieve functie of bewustzijnsdaling is deze schaal niet bruikbaar. In plaats daarvan speelt de observatie van gedragsitems zoals lichaamstaal, gelaatsuitdrukking en onrustgeluiden door de zorgverlener een belangrijke rol. Deze kunnen worden geobjectiveerd met behulp van verschillende aangepaste pijnobservatieschalen die specifiek zijn ontwikkeld voor deze groep, zoals de **Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)**, zie figuur, de **PACSLAC-D** en de **REPOS**.

De PAINAD is een checklist die vijf categorieën omvat: gezichtsuit-

Pain Assessment (N Advanced) Dementia - PAINAD

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal.	Incidentele meezame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luïdruchtige meezame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheyne-Stokes-ademhaling.	
Ornastgehaltes, (negatieve gehaltes)	Geen.	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Heftig of angstig uitroepen. Luïd kreunen of kermen. Hallen.	
Gezichtsuitdrukking	Glanschend, of nietzeggend (neutraal, ontspannen).	Droevig. Bang. Baanen.	Grimen.	
Lichaamstaal	Ontspannen.	Gezpannen. Overmaat op en neer stappen, ijsheren. Zwaarschijg bewegen.	Verstard. Gebide vaizen. Opgeschrokken knieën. Wegtrekken of waghieren. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gestogesteld door stem of aanrakking.	Ornagelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
				Totaal

PAINAD (Finkel, Fleury, Valère, 2001) Dated version (translation) by the University of Maastricht (Zandbergen et al., 2006)

drukking, stemgedrag, ademhaling, lichaamstaal en troostbaarheid. Voor elke categorie kan een score van 0 tot 2 worden gegeven. Elk item dat als 1 of 2 wordt gescoord kan duiden op mogelijke pijn of ongemak.

Voordelen van het gebruik van een pijnschaal:

- Het geeft inzicht in het verloop van de pijn en het effect van de interventie.
- Het is een hulpmiddel in de communicatie over de pijnklachten tussen patiënt/naasten en zorgverleners of tussen de zorgverleners onderling.
- Het vermindert de kans op foutieve interpretaties door derden.
- Het kan ook worden gebruikt bij het meten van het effect van de medicatie voor doorbraakpijn.

De observationele pijnschaal voor het vaststellen van de aanwezigheid van pijn wordt bij voorkeur twee- tot driemaal daags uitgevoerd, waarbij de score geregistreerd wordt in het patiëntendossier. Vaak zien wij toegenomen pijn bij mobilisatie, zoals tijdens de verzorgingsmomenten.

Ook dit moet in kaart worden gebracht.

Bij een pijnscore van 4 of hoger, of wanneer er sterke aanwijzingen zijn dat de patiënt door pijn wordt gehinderd, wordt protocollaire pijnbehandeling toegepast en wordt het effect geëvalueerd.

Pijn behandeling

Het doel van de behandeling is om pijn tot een acceptabel niveau te verminderen met aanvaardbare bijwerkingen. Het effect van de behandeling op de pijn en de bijwerkingen ervan dienen regelmatig te worden geëvalueerd.

Bij de medicamenteuze behandeling van pijn gelden verschillende basisprincipes: de keuze van een middel dat past bij het mechanisme en de onderliggende oorzaak van de pijn, gebruik van een adequate toedieningsweg en opschalen volgens de WHO pijnladder. In het maken van een keuze in de farmacotheapeutische behandeling van pijn bij patiënten met dementie dienen voordelen, risico's en complicaties zorgvuldig te worden afgewogen. Er is sprake van een aan-

zienlijk ondergebruik van pijnmedicatie, wat ernstige gevolgen heeft voor het functioneren en het risico op probleemgedrag verhoogt. Daarnaast is deze groep ook gevoelig voor bijwerkingen met een verhoogd risico op een negatieve cognitieve invloed (verwardheid of hallucinaties) bij gebruik van opioïden en dient dus ook overbehandeling te worden vermeden.

Behandeling van doorbraakpijn

Bij de behandeling van chronische pijn en pijn in de palliatieve fase dient naast de langwerkende (of continue toegediende) basispijnmedicatie ook snelwerkende medicatie voor doorbraakpijn standaard te worden ingebouwd. Doorbraakmedicatie mag zo vaak worden toegediend als noodzakelijk, mits voldoende tijd is verstreken na de laatste toediening om het effect ervan te beoordelen.

Voor concrete adviezen over pijnbehandeling en de gebruikte medicatie verwijs ik graag naar de palliatieve richtlijn "pijnbestrijding bij palliatieve patiënten", te vinden op:

<https://palliatievezorgvlaanderen.be/palliatieve/richtlijnen/>



→ **Bijwerkingen**

Wees extra alert op mogelijke bijwerkingen van de pijnbehandeling, die op hun beurt weer kunnen leiden tot toegenomen onrust of onbegrepen gedrag:

- Constipatie treedt op bij 40-70% van de patiënten die opioïden gebruiken. Zodra een patiënt opioïden gebruikt, moeten laxativa worden opgestart.
- Sufheid en slaperigheid treedt op bij 14-29% van de patiënten, vooral in het begin van de behandeling met opioïden of na dosisverhoging. Deze bijwerkingen verdwijnen meestal na een aantal dagen door tolerantie.
- Cognitieve functiestoornissen zoals hallucinaties, verwardheid en delier kunnen optreden. De behandeling van eerste keuze is haloperidol. Als problemen worden verwacht, kan overwogen worden om preventief bij de start van de behandeling een lage dosis haloperidol toe te voegen en vervolgens terug af te bouwen.
- Droge mond tgv de anticholinergische werking van opioïden.
- Urineretentie kan leiden tot buikpijn, nachtelijke onrust en delier. Bij het starten of ophogen van opioïden moet het mictiepatroon zorgvuldig worden geobserveerd.

Ondersteunende zorg

De inzet van ondersteunende zorg door verpleegkundige en paramedische disciplines is van groot belang gezien de negatieve effecten van pijn op het functioneren en welzijn van de patiënt. Naast de klassieke medicamenteuze pijntherapie dient er daarom ook aandacht te worden besteed aan niet-medicamenteuze behandelingen. Deze interventies kunnen een positief effect hebben op pijn, op angst voor pijn of op gedragsverandering door pijn bij dementie.

Denk hierbij onder andere aan het toepassen van warmte of koude, massage, oefentherapie, luisteren naar muziek, afleiding, ontspanningsoefeningen of geestelijke ondersteuning, en schakel de gewenste discipline in. Het betrekken van een kinesitherapeut of ergotherapeut kan ook zinvol zijn voor adviezen over houding en beweging, ondersteuning bij functionele beperkingen en het gebruik van hulpmiddelen.

Continuïteit van zorg

Spreek af door wie, hoe en wanneer het effect van de pijnbehandeling wordt geëvalueerd en zorg voor snelle en volledige overdracht van het afgesproken beleid. Maak gebruik van een schriftelijk zorgdossier dat door alle betrokken zorgverleners wordt bijgehouden.

Voorlichting, heldere communicatie en continuïteit van zorg dragen in belangrijke mate bij aan het effect van de pijnbehandeling. In de zorg voor patiënten met een gevorderde dementie of verminderd bewustzijn spelen familie en mantelzorgers een belangrijke rol en worden zij meestal nauw betrokken.

*Dr. Katharina Lobisch
Equipe-arts Panal*

Bronnen:

- Prof. Dr. Wilco Achterberg, "Pijn bij dementie: van experiment tot betere zorg", *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, nummer 5, 2010.
- "Pijnbestrijding bij palliatieve patiënten - een richtlijn", september 2012. Toegankelijk via www.pallialine.be.
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie_2023/dementie_als_comorbiditeit_in_het_ziekenhuis/beoordeling_van_pijn_bij_dementie.html

Websites geraadpleegd in april 2024.

Wit-Gele Kruis Tienen

In de vorige edities van Panal Nieuws maakten jullie kennis met ons hele team. De mobiele begeleidingsequipe, het netwerk, de equipe-artsen en de vrijwilligers. Nu laten we onze partners uit het werkveld aan het woord. Wie zijn ze? Hoe ervaren ze de samenwerking met Panal? We vertellen het jullie graag. De spits wordt afgebeten door de thuisverpleging.

Dag dames, fijn dat ik jullie mag interviewen. Laten we meteen van start gaan.

Begeleiden jullie vaak palliatieve patiënten? Hebben jullie het gevoel dat dit aantal toeneemt?

Kizzy: Het aantal palliatieve patiënten dat we begeleiden stijgt verhoudingsgewijs ten opzichte van het verleden. Ik denk dat nu ongeveer 9 à 10 % van onze patiënten een palliatief statuut hebben. Tegenover een aantal jaren geleden is dit percentage significant gestegen, al hebben we wel het gevoel dat dit vooral komt door een hogere alertheid. Palliatieve zorg werd vroeger soms pas opgestart wanneer een patiënt richting een terminale setting evolueerde, of eerder bij patiënten met een oncologische problematiek. De PICT-schaal ondersteunt ons in het tijdig detecteren van palliatieve patiënten, ongeacht hun aandoening. We zijn er misschien nog niet helemaal, maar hebben al héél grote stappen vooruit gezet.

Kaat: Dat kan ik zeker bevestigen. Met de PICT zijn we al een langere tijd actief aan de slag, en je voelt dat er binnen het team een grotere bewustwording is. De collega's zijn hier veel aandachtiger mee bezig. Ik merk op dat ze bijvoorbeeld frailty bij oudere of kwetsbare personen veel beter herkennen, en dat is een positieve evolutie. Wat mij vooral opvalt is een toegenomen complexiteit. Patiënten die vroeger in het ziekenhuis bleven omwille van pijn of symptomen die moeilijk onder controle te krijgen waren, komen nu wel naar huis. De verpleegkundige vaardigheden die we uitoefenen worden ook veel complexer. Het is fijn dat de zorgverleners in de ziekenhuizen zien wat de thuiszorg allemaal kan. Palliatieve patiënten hoeven niet opgenomen te zijn om goede zorg te krijgen. Al is er natuurlijk ook een veel grotere bekendheid. Patiënten zijn beter op de hoogte van wat er mogelijk is en zijn misschien mondiger?

Heb jullie het gevoel dat de bevolking goed geïnformeerd is over de mogelijkheden thuis? Weten patiënten al bij opstart welke ondersteuning jullie kunnen bieden?

Kizzy: Er is een groep patiënten die heel goed weet dat 'thuisblijven' kan, en dit ook heel expliciet wil. Dit wordt dan vaak bij het eerste contact al kenbaar gemaakt. We proberen de patiënt zo optimaal mogelijk te ondersteunen, om dit ook mogelijk te maken. Al zijn er toch nog heel wat patiënten die het palliatief landschap helemaal niet kennen. Deze patiënten komen bij ons in zorg terecht en ontdekken gaandeweg de verschillende mogelijkheden. Het is dus zeker onze taak om de mensen te informeren maar ook om te luisteren en actief hun wensen te bespreken.

Kaat: We willen patiënten graag ondersteunen in hun wens om thuis te sterven maar we beseffen heel goed dat iedereen het recht heeft om zich te bedenken. Als een patiënt en zijn naasten op een bepaald moment de beslissing maken om toch te kiezen voor een opname op een ziekenhuisafdeling of de palliatieve eenheid, zullen we deze keuze respecteren. En gaan we de nodige stappen zetten zodat er een opname kan plaatsvinden.

Kizzy: Wij gaan mee in het verhaal van de patiënt, en soms is er ineens een onverwachte plottwist. Het is ook niet evident om te beslissen waar of hoe je de laatste maanden, weken en dagen van je leven wil doorbrengen. We proberen door goede vroegtijdige zorgplanning te ontdekken wat de wensen zijn van de patiënt, en eventueel al wat te anticiperen. Voor bepaalde zorgondersteuning is er een wachtlijst en is het zinvol om tijdig een aanvraag te doen. Maar soms lukt dit door omstandigheden niet: een patiënt is hier nog niet klaar voor of er is heel plots een sterke achteruitgang. Daar heb je geen invloed op. En dat is ook oké.

Kaat: De tijd die we krijgen om met de patiënt op weg te gaan is vaak afhankelijk van de aandoening of de ziekteprogressie. Soms is de tijd beperkt. Dan is het nodig om elk moment goed te benutten: de patiënt informeren, wensen exploreren, mogelijkheden verkennen,... Het is



Kizzy Clinckx

startte 21 jaar geleden haar carrière als verpleegkundige bij Wit-Gele Kruis. Eerst als thuisverpleegkundige met een zorgondersteunende functie op het provinciaal secretariaat, nu is ze al vele jaren aan het werk als adjunct-zorgkwaliteit in afdeling Tienen.

fijn als je als zorgverlener beseft: 'Wij hebben er samen voor gezorgd dat aan de patiënt zijn of haar wensen voldaan zijn.' Maar dat vraagt van ons ook de nodige inspanning: we evalueren elke dag en flexibiliteit is nodig. Mensen hebben het recht om zich te bedenken. Organisatorisch is het dan soms even uitdagend, maar als alles duidelijk is en goed is afgesproken merken we dat collega's graag een extra steentje bijdragen. Ze halen hier zelf ook veel voldoening uit.

Hoe ervaren jullie de samenwerking met Panal?

Kaat: We zijn heel tevreden over de samenwerking. Jullie zijn 24u/24u bereikbaar. We contacteren jullie vaak om samen af te stemmen. Dat kan gaan over communicatie, maar evenzeer over pijnbestrijding in een terminale fase. We hebben ondertussen zelf heel wat kennis opgebouwd maar het is fijn om bevestiging te krijgen of elkaar aan te vullen. Soms heeft een patiënt een symptoom waar we nog niet zoveel ervaring mee hebben, dan is het heel nuttig om samen met jullie de verschillende mogelijkheden te bespreken. We zien jullie ook als een klankbord: 'Zien jullie dit ook zo? Zou ik het anders kunnen aanpakken?' Zeker in complexe terminale situaties ervaren we dit als een grote meerwaarde. Wat veel collega's ook appreciëren is de emotionele opvang bij langdurige of intensieve begeleidingen. Achteraf samen kunnen debriefen: 'Wat is er goed gelopen? Wat is er minder goed gelopen? Hadden we iets anders kunnen doen?' Soms ook de

wit-gele kruis 



Kaat Morris

heeft verschillende jaren ervaring als verpleegkundige op de afdeling neurologie, hier ontstond haar interesse in palliatieve zorg. Nu is ze al 6 jaar werkzaam als adjunct-zorgkwaliteit bij Wit-Gele Kruis afdeling Tienen, en sinds september neemt ze ook de functie van referent palliatieve zorg en oncologie op.

Kizzy: We vinden het ook fijn dat jullie al vroeg in het traject kunnen instappen en hopen dat de hervormingen binnen palliatieve zorg dit nog steeds mogelijk zullen maken.

Kaat: Bij sommige patiënten is het moeilijk om 'binnen' te raken: er is net geen fysieke muur. En dan gebeurt het dat het bij jullie wel lukt om die connectie maken. Dat maakt het zo fijn, we zijn geen concurrentie. We vullen elkaar aan. Patiënten hoeven niet per sé met mij gesprekken te hebben rond hun levenseinde maar hebben nood aan iemand waarmee het misschien wel kan. En lukt het bij jullie wel? Top, want dat wil zeggen dat ze van iemand de juiste informatie of ondersteuning krijgen. Soms is het net omgekeerd, en hebben de mensen geen nood aan een 'extra' contactpersoon. Dan nemen wij deze rol op maar weten we dat we altijd bij jullie terecht kunnen voor advies.

Bedankt voor dit hele fijne interview.

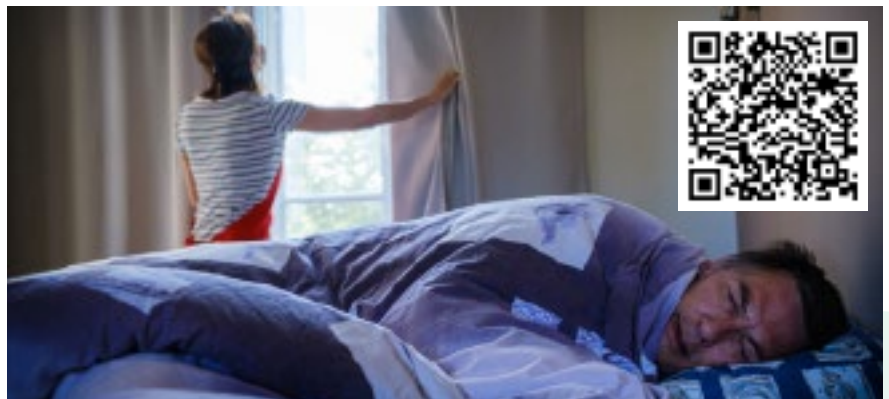
Ellen Cumps
Vormingsverantwoordelijke Panal

Zorg als waakvlam: **palliatieve nachtzorg**

Voor wie zorgt voor een persoon in een palliatieve situatie is 'een groot probleem waarover niemand wil praten' vaak: de tijd. Tijd die je graag nog wil delen, tijd die het neemt om te zorgen en daar het evenwicht tussen zoeken. Zorgen is iets wat je als mantelzorgger graag wil, maar ook vol moet houden. Vooral 's nachts geeft dat soms tweestrijd: je gevoel zegt dat je wil waken, maar je hebt ook je rust nodig. Zorg uitbesteden voelt soms aan als een grote stap, maar kan wel helpen om langer thuis te blijven in een moeilijke of veeleisende situatie. Nachtzorg geeft ademruimte aan mantelzorgers, die de zorg zo langer vol kunnen houden.

Linda is nachtverzorgende bij Fern Thuiszorg en vertelt:

"Nachtzorg in een palliatieve situatie is iets bijzonders. Je gaat heel bewust om met de tijd die er nog rest. Ik let vooral op de details. Of iemand goed ligt, of je pijn kunt verlichten. Of je iemand nog eens goed kunt laten



lachen. Ik hoor van mantelzorgers dat ze diep durven slapen omdat ze weten dat ik waak. 's Nachts heb ik heel mooie gesprekken met mensen: over waar ze bang voor zijn, hoewel ze de familie niet ongerust willen maken. Luisteren en geruststellen, geen onderwerp uit de weg gaan, ook dat is een deel van mijn job."

Net omdat tijd gelimiteerd en dus eens zo waardevol is, gebeurt de

match tussen verzorgende en cliënt met zorg. Wanneer je ervoor kiest om thuis te blijven, wil je dat alles zo vertrouwd mogelijk aanvoelt.

Heb jij nood aan ondersteuning 's nachts? Nachtzorg kan van 22u tot 7u en kost 36 euro per nacht. Aanvragen kan op het gratis nummer 0800 112 05 of via samenferm.be/diensten/thuiszorg/nachtzorg.

BOEKEN IN DE KIJKER

Bubbels en mattentaarten: De troostende kracht van vriendschap. **Anne De Maeseneer. Willems Uitgevers.**

Auteur Anne De Maeseneer verloor haar man Jan aan een zeldzame vorm van hersenkanker. Met dit boek, wil ze de lezer meenemen in haar persoonlijke beleving van dit voor haar dramatische gebeuren en daarbij de kracht tonen van de troostende aanwezigheid van anderen rondom haar.

"Dit boek gaat in de eerste plaats over wie en wat mij getroost heeft tijdens de ziekte van Jan, in de rauwe maanden na zijn dood, en tot vandaag. Over de verbindende kracht van vriendschap. Mijn vrienden hebben me recht gehouden -en dat doen ze nu nog- en dat zal ook altijd nodig blijven. Elk blad, elk woord is een uiting van grote dankbaarheid aan alle mensen op mijn pad, rouwenden en troosters, ongeacht de band die ik met ze heb of had. Ik draag van elk iets moois met me mee."

Anne schrijft vooral vanuit haar eigen ervaringen, maar heeft ook heel wat gelezen over rouwen en troosten. Wat haar heeft geholpen, deelt ze in het boek

in de vorm van citaten en bondige samenvattingen. De mooie illustraties, foto's en gedichten, bieden rustpunten doorheen het lezen. Om even bij stil te staan en de troostende kracht ervan te laten binnenkomen.

Een boek voor al wie geconfronteerd wordt met het (nakende) pijnlijke verlies van een dierbare. En dat zijn we tenslotte allemaal, vroeg of laat. Een boek voor wie gelooft in de kracht van vriendschap. Een hoopvol boek dat mensen vertrouwen geeft om met mekaar in verbinding te gaan bij afscheid, verlies en rouw.

"Bubbels en mattentaarten" is te koop in de boekhandel.

Interesse om een boek uit te lenen?

Neem contact op met Karen De Meerleer, psycholoog Panal. kdemeerleer@panal.be of 016/23 91 01 (tijdens de kantooruren)



VERPLEEGKUNDIGE TECHNIEKEN IN PALLIATIEVE ZORG

Donderdag 12 september 2024 van 10u00 tot 16u00
Vaardigheidscentrum UCLL, Herestraat 49, 3000
Leuven

In deze vorming oefenen we enkele veel voorkomende technieken in zoals het plaatsen van een blaassonde, het plaatsen van een maagsonde, het prikken van een perifeer infuus, het aanprikken van een poortkatheter,... Er is ruimte om ervaringen en tips uit te wisselen en we bespreken enkele complexe casussen. We baseren ons hiervoor op de richtlijnen van palliative.

De vorming is bedoeld voor verpleegkundigen en artsen en wordt verzorgd door Sofie Claes, Petra Heremans en Patricia Lerat, verpleegkundig-consulenten van Panal.

De kostprijs bedraagt 125 euro (broodjeslunch inbegrepen).

Accreditering voor artsen: 1 CP in rubriek 6 – ethiek en economie.

OVER HET OVERLIJDEN: informatief drieluik

Donderdag 10 oktober 2024 van 13u30 tot 16u30
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

In deze infosessie willen we de cursist informeren over verschillende mogelijkheden vóór en na een overlijden.

Lieve Verbiest, pastor in UZ Leuven, zal je vertellen over het nut en de kracht van rituelen. Je maakt ook kennis met **Karen Vanacker** van Gemoedsrust, een uitvaartonderneming die gespecialiseerd is in thuisopbaring. We sluiten deze infosessie af met een uiteenzetting door het **Vaardigheidscentrum Anatomie** van de KU Leuven. Zij leggen uit hoe het precies in zijn werk gaat als je na je overlijden je lichaam wil schenken aan het Vesalius Instituut in Leuven.

De kostprijs bedraagt 30 euro.

WERKEN MET EEN SUBCUTANE SPUITAANDRIJVER

Donderdag 19 september 2024 van 13u30 tot 15u30
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

Tijdens deze vorming vertellen we je alles wat je moet weten over het gebruik van een subcutane spuitandrijver. Wat zijn de indicaties om op te starten? Hoe gebruik je een spuitandrijver? Welke medicatie kan er gebruikt worden en welke niet? We starten met theorie en voorzien daarna voldoende tijd om alles goed in te oefenen.

Panal vzw werkt met de Micrel MP 101+ van Arseus Medical.

De vorming is bedoeld voor verpleegkundigen en artsen en wordt verzorgd door Sofie Claes, verpleegkundig-consulent van Panal.

De kostprijs bedraagt 55 euro.

Accreditering voor artsen: 1 CP in rubriek 6 – ethiek en economie.

MEER INFO INSCHRIJVEN

Voor meer informatie over deze opleidingen kan u onze vormingsbrochure raadplegen op www.panal.be of bellen tijdens de kantooruren op het nummer 016-23 91 01.

Inschrijven voor bovenstaande vormingen kan bij voorkeur online op onze website www.panal.be/vormingen/ of via mail aan vragen@panal.be.



DIENTVERLENER VOOR DE KMO-PORTEFEUILLE

Panal vzw is een geregistreerde dienstverlener voor opleidingen in het kader van de KMO-portefeuille (registratienummer DV.0245206).

Is je onderneming een kmo of je beoefent een vrij beroep, dan kan je mits bepaalde voorwaarden subsidies aanvragen voor het volgen van onze basis- en verdiepingmodule. Voor meer informatie zie <https://www.vlaio.be/nl/subsidies-inanciering/kmo-portefeuille>.



Vormingsbrochure 2024

Check onze website www.panal.be/vormingen voor het vormingsaanbod van 2024!

VOLG ONS OP FACEBOOK!

