

In deze Netwerknieuwsbrief ...

Wat gaat de tijd snel. We hebben nog maar net het gevoel dat de vorige nieuwsbrief de deur uit is, of het is terug half-december; tijd om onze volgende uitgave van het jaar klaar te stomen en te versturen.

Onze tijd, inspanning en energie hebben wij de laatste maanden voornamelijk gespendeerd aan het organiseren van het 8ste Vlaams Congres palliatieve Zorg, dat plaats vond op 15 november te Gent. Zowel organisatorisch en inhoudelijk heeft het team van het Netwerk Gent-Eeklo, met de ondersteuning van de 3 andere Oost-Vlaamse Netwerken Palliatieve Zorg en de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, dit congres op touw gezet. We kunnen wel zeggen dat we met enige trots terugkijken op dit evenement. De nieuwsbrief zal dan ook grotendeels gewijd worden aan de inhoudelijke bespreking van dit congres.

Vervolgens wijden we ook de nodige aandacht aan de 'pas afgestudeerde' referenten palliatieve zorg die met veel verve de cursus hebben afgerond met de voorstelling van hun integratie-opdracht.

Met het afronden van deze nieuwsbrief, ronden we tegelijkertijd het jaar af met een knipoog naar het verleden via de registratie en de blik gericht op de toekomst met onze wensen voor het nieuwe jaar.

8^{ste} Vlaams Congres Palliatieve Zorg 'Kantelmomenten in palliatieve zorg'



Start palliatieve zorg ... donderslag bij heldere hemel ?

Gerda Okerman

De eerste voordracht bestond uit de verslaggeving van het werk van een werkgroep ad hoc, samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende zorgsettings, die op basis van wetenschappelijk onderzoek en vanuit hun ervaring binnen de palliatieve zorg, weergaven wat het kantelmoment voor de opstart van palliatieve zorg in hun setting betekent.

Dat het belangrijk is om palliatieve zorg op tijd te starten staat buiten kijf. Uit onderzoek is gebleken dat van zodra palliatieve zorg is opgestart, patiënten beduidend meer kans hebben om te sterven waar ze gewoonlijk verblijven. Daarnaast geven patiënten waarbij palliatieve zorg is opgestart, een betere levenskwaliteit en minder depressie aan.

Nochtans blijft hét moment bepalen om palliatieve zorg te starten heel complex én verschillend naargelang de zorgsetting waarin de patiënt zich bevindt. Daarvoor zijn verschillende oorzaken :

- Start palliatieve zorg betekent voor hulpverleners het begin van een holistische zorg op maat. Voor de patiënt en zijn familie is de betekenis meestal : "Er kan niets meer voor mij gedaan worden."
Voor patiënten en hun familie is het vaak alsof niet het stadium van de ziekte, maar wel de opstart van de palliatieve zorg, de oorzaak is van het overlijden.
- Heel wat Vlamingen weten niet wat palliatieve zorg precies inhoudt, of weten niet in welke zorgsetting het te vinden is.
- De patiëntenpopulaties, binnen WZC, ziekenhuizen of eerstelijns zijn heel erg verschillend op gebied van :

- Leeftijd : slechts 30% van de patiënten gevolgd door MBE en PST zijn ouder dan 81 jaar, terwijl deze groep van 80-plussers, 80 % van de bewoners die sterven in een WZC uitmaken.
- Diagnosestelling : 80% van de patiënten gevolgd door MBE, palliatieve supportteams of op palliatieve eenheden hebben oncologische diagnoses, terwijl in WZC 80 % van hun populatie sterft door orgaanfalen of als oudere frêle patiënt.
Hoe moeilijker het is om de evolutie van het verloop van de ziekte in te schatten en dus van de functionaliteit van de patiënt, hoe moeilijker het is om het kantelmoment te bepalen.

Tools om het kantelmoment te bepalen

Surprise Question (Lynn, 2005) : “Zou ik verwonderd zijn mocht deze patiënt binnen het jaar overlijden ?”

Indien “ja, ik zou verwonderd zijn”, dan verwacht men een prognose langer dan 12 maanden en is er in principe nog geen sprake van palliatieve zorg.

Indien “nee, ik zou niet verwonderd zijn”, dan verwacht men een prognose die korter is dan 12 maanden, en kan men beslissen om palliatieve zorg te starten.

Het is een heel simpel instrument, een vraag die intuïtief mag beantwoord worden, maar die zijn effectiviteit heeft aangetoond in verschillende studies bij zowel oncologische als niet oncologische patiënten.

Het is een instrument dat alert maakt, maar dat in praktijk best in combinatie kan gebruikt worden met een ander instrument. Vooral in WZC is een negatief antwoord op de surprise question niet voldoende om palliatieve zorg te starten : aangezien dan in heel veel instellingen meer dan de helft van de bewoners in aanmerking zouden komen.

The Palliative Performance Scale (PPSv2 : Victoria Hospice Society; Nederlands vertaling door Streffer, Waerenburgh en Van den Eynden).

Deze schaal bestaat uit de beoordeling van 5 parameters (mobiliteit, activiteit en ziekte tekens, zelfzorg, inname van voedsel en vocht, bewustzijnsniveau).

Een toelichting over hoe deze schaal te gebruiken, is vermeld bij de schaal.

PPS 100% betekent dat de persoon mobiel en gezond is. Bij PPS 60-50 % is er een prognose van minder dan 3 maanden en is dus een belangrijk moment om bv. binnen de thuiszorg het palliatief forfait aan te vragen. PPS 20% geeft het begin van de stervensfase aan en PPS 0% betekent dat de patiënt overleden is.

De prognostische waarde van deze schaal is in studies bevestigd. Het bijkomende voordeel van de PPSv2-schaal is dat er op basis van observaties kan beoordeeld worden. Er zijn geen ingrepen, labo-uitslagen of gedetailleerde dossierkennis nodig.

Deze schaal efficiënt gebruiken, vergt oefening, interpretatiezin en interdisciplinair overleg !

Supportive and Palliative Care Indicators Tool ((S)PICT : Boyd & Murray, 2010; Nederlandse vertaling door Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen)

Deze schaal bestaat uit 4 stappen : de eerste stap is de “Surprise Question”.

Indien men niet verwonderd zou zijn dat de patiënt binnen de 12 maanden overlijdt, kan men overgaan naar stap 2, de beoordeling van klinische

indicatoren. Als in de tweede stap 2 of meer indicatoren aanwezig zijn, gaat men over naar stap 3. In stap 3 worden ziektespecifieke indicatoren opgesomd.

Voor zowel kankerpatiënten, als voor patiënten met orgaanfalen (hart- en ademhalingsaandoeningen, lever- en nierziekten), maar ook voor de frêle oudere met dementie of met een neurologische aandoening zijn indicatoren aanwezig.

Als ook in deze 3^{de} stap, 2 of meer ziektegerelateerde indicatoren aanwezig zijn, wordt in stap 4 palliatieve zorg gestart.

Ook deze schaal is zinvol, maar misschien moeilijker te gebruiken in bepaalde zorgsettings, omdat de gebruiker van de schaal niet altijd tot in de details op de hoogte is van de ziektespecifieke indicatoren.

Besluit

Tools om kantelmomenten te bepalen zijn geen zaligmakende instrumenten. Voor de hulpverlener kunnen ze een zinvol hulpmiddel zijn om alert te blijven, maar het communicatieproces dat gegaan wordt met patiënt, familie en team zal in zorgsituaties steeds belangrijker zijn dan het gebruik van een tool.

Er is dan ook meestal geen sprake van een kantelmoment, maar wel van een kantelproces, waarbij “omgaan in waarheid”, systematisch invoeren van vroegtijdige zorgplanning, en geïntegreerde zorg, belangrijke waarden zijn.

De PPS en de SPICT zijn te vinden op www.palliatieve.org onder de rubriek ‘Documenten & Wetgeving - Palliatief Zorgdossier’



Arts over de streep.

Dr. Peter Pype

In alle zorgsectoren kennen verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers wel situaties waar zij vinden dat palliatieve zorg zou moeten worden opgestart, maar



waar de arts kiest voor (in hun ogen) “therapeutische hardnekkigheid”. Voor de opstart van palliatieve zorg is steeds de medewerking en toestemming van de arts nodig. Soms blijkt het onmogelijk om de arts te overtuigen om in dit verhaal mee te gaan en een veel gehoorde uitspraak is dan ook : **“de dokter wil niet mee”**

Dr. Pype vraagt om begrip voor de positie van de arts, en legt de verschillende redenen uit waarom een arts in bepaalde situaties niet zo gemakkelijk mee te krijgen is in de opstart van een palliatief dossier :

- **“De dokter kan niet mee”** : Een arts kijkt met een andere bril naar de patiënt dan de andere hulpverleners. Een arts moet steeds de beslissing nemen, de anderen zitten in vergelijking in een relatief comfortabele positie. Hij illustreert dit door een citaat uit “Journal of Advanced Nursing – 2001 : “Doctors are responsible for making decisions and nurses must live with these decisions.”

Dr. Pype nodigt de deelnemers van het congres uit om, vanuit een andere discipline dan arts, zich in de schoenen van de arts te verplaatsen en zich voor te stellen dat ze zelf de beslissing moeten nemen om bij een patiënt therapie te stoppen en palliatieve zorg te starten, en eens stil te staan bij het feit dat ook zij twijfels zouden kunnen hebben bij de beslissing om palliatieve zorg te starten.

- **“De dokter is niet mee”**: sommige artsen hebben gewoon geen interesse voor palliatieve zorg, of zijn niet voldoende bijgeschoold in de materie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een arts die goed is opgeleid vlugger doorstuurt naar gespecialiseerde palliatieve zorgverstrekkers. Een bijkomende moeilijkheid is het feit dat veel huisartsen “lonely riders” zijn, die het vaak moeilijk hebben met werken in een team.
- **“De dokter mag niet mee”**: soms is de familie of de patiënt zelf psychologisch niet klaar voor de start van de palliatieve zorg, en is het onmogelijk voor de arts om in waarheid met de patiënt om te gaan. Ook als de behandelende specialist de therapie nog niet wil stoppen, blijkt het heel wat moeilijker om palliatieve zorg te starten.
- **“De dokter durft niet mee”** persoonlijke ervaringen met palliatieve zorg zouden, professioneel en wetenschappelijk gezien, geen invloed mogen hebben op medische beslissingen van artsen, maar blijken toch een invloed te hebben.

“Omgaan in waarheid” vereist communicatievaardigheden die niet alle artsen bezitten en zelf niet kunnen omgaan met de dood betekent een drempel om palliatieve zorg te starten. Bij bepaalde diagnoses, zoals bv. hartfalen, is het heel moeilijk te bepalen in welk stadium van het ziekteproces de patiënt zich bevindt. De arts zal schrik hebben om “bad news” te brengen aan een patiënt die dan nog jaren leeft!

Dr. Pype vraagt dan ook dringend om de uitspraak **“De dokter wil niet mee”** bewust in te slikken en in de plaats daarvan eens stil te staan bij de manier waarop wijzelf als hulpverlener het best zouden te overtuigen zijn.

Met deze boodschap zijn we terug aan het uitgangspunt, waar dr. Pype een warm pleidooi houdt om met de betrokken arts te overleggen en deze negatief geformuleerde uitspraak om te buigen naar **“ik krijg de dokter niet mee !”** Ga ervan uit dat elke zorgverstrekker het beste wil voor deze patiënt. Sta dus niet tegenover elkaar, zeg wat dit voor jou betekent, bedenk wat dit voor de ander betekent en deel visie en informatie, dan heb je veel meer kans dat je binnen het team op dezelfde golflengte geraakt !

Familie mee in het verhaal.

Katlijn Willems geeft in een notendop weer welke de belangrijkste uitgangspunten zijn van het “contextuele denken”: de patiënt en zijn familie vormen één geheel. De pijn, het verdriet en de beleving van de patiënt raken nooit enkel het individu, maar zijn onlosmakelijk verbonden met de familie. Een familie is niet vertrouwd met de situatie, heeft slechts één kans om het goed te doen en staat onder zware druk.

Katlijn Willems



De manier waarop een familie met een palliatieve situatie omgaat hangt af van hun eigen geschiedenis, die de zorgverstreker in meerdere of (dikwijls) mindere mate kent, en van de eigen interactie. De interactie wordt bepaald door hoe de verschillende familieleden met elkaar communiceren, hoe de cohesie tussen hen is, en hoe hun conflictoplossend vermogen is. De familiegeschiedenis en deze interactie scheppen tussen mensen een **“balans van geven en ontvangen”**.

Mensen streven naar een billijke en rechtvaardige (geen gelijke !) balans en wie passende zorg geeft, bouwt krediet op. Op het moment dat iemand ziek wordt, komen de balansen op de voorgrond.

Bij balansen uit evenwicht kan je als zorgverstreker familieleden ontmoeten die teveel hebben gegeven en niet meer willen geven, die altijd ontvangen hebben en niet weten hoe ze moeten geven, die hun rug gekeerd hebben naar hun relaties, die aan de hulpverlener de rekening van geleden onrecht presenteren,

...

Wat doe je best als hulpverlener :

Informatie geven (waarheidsmededeling, uitleg over symptoomcontrole, hoe omgaan met de stervende, tekenen van het naderend einde, ...)

Deze informatie geduldig en op het tempo van familie en de patiënt herhalen.

Als families vragen om te zwijgen : informeer en sta stil bij de beleving. (cfr. “de olifant in de kamer trachten weg te steken!”)

Erkenning geven is noodzakelijk om de draagkracht van het systeem te verhogen. Erkenning zorgt voor bereidheid om mee te werken. Families die miskend worden in wat ze geven worden “moeilijke” families.

Het gebruik van genogrammen kan helpend zijn om families in beeld te brengen en om als hulpverlener beter zicht te krijgen wie de zwaarste last torst.

Ook familiebijeenkomsten organiseren bij kantelmomenten (bv. bij de start van de zorg, bij belangrijke beslissingen, bij het levenseinde, in de rouwfase, ...) kan een echte ondersteuning betekenen voor de familie. Bij deze bijeenkomsten is het belangrijk om enerzijds respect op te brengen voor hoe mensen met elkaar in relatie staan en met elkaar omgaan, anderzijds kansen en uitdagingen te blijven creëren om de balans van geven en ontvangen terug in beweging te brengen.

In elk contact met de familie is meerzijdige partijdigheid, de belangrijkste attitude. Partij kiezen voor deze of gene blokkeert het proces. Onpartijdigheid kan niet en werkt niet, beurtelings partijdig zijn zorgt ervoor dat alle partijen aandacht en krediet krijgen.

Wie meer wil weten over het contextuele denken binnen palliatieve zorg, het Netwerk organiseert een 2-daagse module met Katlijn Willems als docent op 17 en 24 januari 2012 !

Mensen sterven zoals ze geleefd hebben.

Dr. Marc Cosyns

Dr. Marc Cosyns geeft ons een geschiedkundig overzicht van de manier waarop de geneeskunde een ongelooflijke sprong gemaakt heeft in de laatste decennia : waarnemen binnen het lichaam kan maar sinds 150 jaar; genezen is pas 100 jaar oud; de ontdekking van de penicilline dateert van 1929; in 1940 kon men veel vaststellen, maar weinig doen; antibiotica, net zoals afdelingen voor intensieve zorg zijn nog maar één generatie algemeen beschikbaar.

De evolutie van de medische wetenschappen heeft heel wat positieve mogelijkheden gebracht. Reductie van de kindersterfte, verdubbeling van de levensverwachting, adequate diagnose en behandelingstechnieken, ... zijn maar enkele voorbeelden daarvan. Op een bepaald ogenblik leek alles wel mogelijk!
(Dr. Lecompte zou 1000 jaar worden.)



De andere kant van de medaille is dat door deze evolutie heel wat meer medische en ethische beslissingen moeten worden genomen : wanneer behandeling verlengen of stopzetten, wanneer niet opstarten van een behandeling, wanneer kiezen voor een experimentele chemokuur, die nog niet terugbetaald wordt door de ziekteverzekering, maar die zeer beloftevol is

Momenteel sterven 74% van alle Belgen in zorgvoorzieningen, meestal na chronische ziekten zoals beroerte, hartaandoeningen, diabetes, dementie, kanker of ziekte van ademhalingswegen, longen of nieren. Bij heel veel patiënten gebeuren in de laatste periode nog veel medische interventies die symptomen bestrijden, maar niet genezen. Meestal is er bij het overlijden een medische beslissing gemoeid. Nochtans is dit helemaal niet de manier waarop mensen willen sterven : velen willen zo natuurlijk mogelijk, in hun slaap, zonder afhankelijkheid van derden, ... sterven.

Dr. Cosyns geeft met voorbeelden aan dat leeftijd als belangrijke parameter om beslissingen te nemen heel relatief is (leeftijd als be(z)warende factor): waar in de medische wereld vooral de medische geschiedenis telt (welke ziektes/ingrepen heeft deze patiënt in het verleden doorgemaakt ?), zou men daarnaast evenveel aandacht moeten hebben voor wie deze persoon is, wat belangrijk is voor hem/haar, welke mensen er meetellen voor hem/haar, welke persoonlijke geschiedenis ze meegemaakt hebben, om dan samen met hen de zo juist mogelijke beslissing te nemen.

Een hele belangrijke boodschap bij deze voordracht was dan ook: “Doe je jas uit, neem een stoel en zet je bij... !”, “Leg die koortsthermometer opzij en kom even naast mij op bed zitten...”

Einde in zicht ... Start terminale zorg

Marc Merchier

Marc Merchier begint zijn voordracht met de herhaling van de WHO definitie van palliatieve zorg :

“Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.”

Deze definitie wordt herhaald om aan te tonen dat palliatieve zorg niet gelijk is aan terminale zorg. Bij terminale zorg spreekt men over de laatste 3 maanden (of korter) van het leven en moet er doorgedreven palliatieve zorg terug te vinden zijn.

De laatste fase van de terminale zorg is dan de stervensfase. Hierbij zijn er belangrijke veranderingen in het stervende lichaam :

- van slaperigheid tot sub-comateuze toestand,
- steeds minder eten en drinken,
- moeilijk slikken, (belang van adequate mondzorg!)
- terminale onrust en doodsangst met verwardheid,
- veranderende ademhaling (Cheyne-Stokes ademhaling),
- veranderende hartslag,
- doodsreutel
- verschijnen van doodsmasker en lijkvlekken.

In deze allerlaatste levensfase wordt de absurditeit van het registreren van de vitale parameters geduid. Het is veel belangrijker om als hulpverlener te weten in welke fase de patiënt zich bevindt en gepaste zorg te geven en de familie te ondersteunen door het duiden en uitleggen van deze terminale symptomen.



Intuïtie (inzicht zonder nadenken, maar wel gebaseerd op kennis en ervaring) is een heel belangrijk eigenschap van palliatieve zorgverstrekkers om binnen de eigen organisatie palliatieve zorg te implementeren en bij patiënten palliatieve of terminale zorg te starten. In vele gevallen is er ook moed nodig om tegen de algemene opinie in het palliatieve standpunt te verdedigen.

Zorgverleners moeten de kans krijgen om hun kennis en intuïtieve ervaringen door te geven aan jonger, pas afgestudeerd personeel. Veel van de pas afgestudeerde personeelsleden hebben nog nooit een terminaal persoon verzorgd, laat staan zien sterven. Door deze onervaren hulpverleners de mogelijkheid te geven om over hun emoties te praten, hen te betrekken in de zorg en kans te geven om samen met een “ancien” zorg te dragen voor de terminale patiënt en zijn familie, kunnen zij op hun beurt de zo noodzakelijke intuïtie opbouwen.

De powerpointpresentaties van het 8^{ste} Vlaams Congres Palliatieve Zorg zijn te downloaden op www.palliatief.be .

Netwerknieuws



Netwerk Palliatieve Zorg Gent-Eeklo vzw
Bilksken 36 9920 Lovendegem
T 09 218 94 06 - F 09 233 93 90
npz.genteeklo@palliatieve.org - www.palliatieve.org

Werkgroep RVT

Met deze open werkgroep RVT, die 4 keer per jaar samenkomt, bereiken wij telkens 20 à 25 WZC. Vele deelnemers komen regelmatig, anderen komen als het onderwerp hen meer interesseert. Elke referent of voortrekker in de palliatieve zorg van een WZC kan aansluiten.

Behalve een inhoudelijk gedeelte, waarbij steeds één of meerdere leden van de werkgroep een actieve bijdrage leveren, is deze werkgroep een ontmoetingsplaats voor onderlinge uitwisseling en contact. Interessante informatie of gevolgde bijscholingen worden zo op regelmatige basis met gelijkgestemden gedeeld.

Op 25 november 2011 kwam de werkgroep RVT voor de 4de en laatste maal voor 2011 samen. Het hoofdonderwerp, u raadt het nooit, was “de verdere inhoudelijke uitdieping van het congres en bespreking van de manier waarop het gegeven zinvol kan zijn voor het WZC.” Hierbij een weerslag van de voornaamste inhoudelijke bemerkingen :

Start palliatieve zorg ... donderslag bij heldere hemel ?

De verduidelijking van de grote verschillen in patiëntenpopulaties tussen WZC en ziekenhuizen en eerstelijns (diagnose, verlies van functionaliteit bij de verschillende diagnose, leeftijdsverschil) was verhelderend en bruikbaar voor de sector. Ook de voorstelling van de schalen was interessant. Eén belangrijke opmerking : in de (S)PICT-schaal was het “wonen in een WZC” opgenomen in de klinische indicatoren. Door de werkgroep werd dit als echt overdreven gevonden. Hun voorkeur gaat uit om deze indicator om te vormen naar “de patiënt woont in een WZC én heeft een C-profiel.”

Arts over de streep.

Deze voordracht blijkt een grote herkenbaarheid te hebben. Bij nader inzien vond de groep dat in de uitspraak “ de dokter wil niet mee” inderdaad veel kritiek is vervat. De groep staat stil bij hoe zij kritiek uiten, en op welke manier kritiek voor hen aanvaardbaar zou zijn. Dit zijn enkele van de opmerkingen die geformuleerd werden tijdens de bespreking :

- De relatie tussen arts en het personeel waarbij wederzijds respect bestaat, zijn doorslaggevend voor een goede communicatie.
- Rekening houden met de geschiedenis van de huisarts : ja, en hem laten voelen dat hij niet alleen staat. Veel informatie geven kan helpen.

- De eenzame positie die artsen hebben erkennen en positieve feedback geven.
- ...

Familie mee in het verhaal

Alhoewel de theorie heel mooi is, blijkt de omgang met vooral families in conflict heel moeilijk. Conflicten, waarbij families steeds mondiger en assertiever (soms agressiever ?) worden, bezorgen de hulpverleners stress en gevoelens van machteloosheid. Hiermee omgaan is en blijft een moeilijke taak.

Moraal van het verhaal : allen naar de module contextuele !!!!!

Mensen sterven zoals ze geleefd hebben

Hierbij werd kwam het onderwerp “vroegtijdige zorgplanning” aan bod. Het aanhoren van het levensverhaal van de bewoner kan binnen het WZC een niet bedreigende manier zijn om vroegtijdige zorgplanning te introduceren bij de bewoner en zijn familie. De leden van de werkgroep zijn het erover eens dat het belangrijk is om mensen te respecteren in hun “zijn” en dus ook in hun keuzes. Dat dit niet altijd zo vanzelfsprekend is, blijkt uit de opmerkingen die gemaakt worden over “hoe omgaan met bejaarden die weigeren deel te nemen aan de sociale activiteiten van het WZC.”

Einde in zicht ... Start terminale zorg

Bewust de eigen ervaring delen met de pas afgestudeerde hulpverleners is een heel mooi idee. Ook het gebruik van de “intuïtie” tijdens de voordracht was heel herkenbaar en wordt door de werkgroep gewaardeerd.

Het gebruik van een kwaliteitskaart zou binnen een WZC kunnen gebruikt worden voor de systematische evaluatie van de palliatieve zorg ná een overlijden. Nu gebeurt de evaluatie voornamelijk als er in een situatie iets negatief is gebeurd, maar ook van positieve situaties kunnen we leren.

Door Gerda Okerman, verantwoordelijke VTO

Een nieuwe lichting referenten

De referent cursus zit er weer op ! De cursus begon in het najaar van 2010 onder de vleugels van Veronique Cappaert. En ongeveer anderhalf jaar later, op 13 december 2011 sloot de cursus af met als apotheose : de voorstelling van de integratieopdrachten !



Het moet gezegd, er is nogal wat gezweet en gezwoeg aan te pas gekomen. Door de verschillende lesdagen en procesrollen heen werden de cursisten mee geloodst in het opzetten en uitwerken van een weloverwogen en uitgekozen veranderplan.

Het begon allemaal met het onderzoekswerk : het ontwikkelen van de foto van de instelling aan de hand van de niveaus van Dilts, waar menigeen zijn tanden op stuk beet (ikzelf niet in het minst). De 3 B's gaven een zicht op wat men wilde Behouden, Bannen en Bereiken binnen de eigen instelling.

Uit de lijst bij 'Bereiken werd, in overleg met directie en teamleden, het meest wezenlijke en actuele veranderthema gekozen. Hierover mocht men dan gaan dromen en zich de best mogelijke situatie voorstellen dat zijn vorm kreeg in het uitschrijven van een visioen. De visionair was geboren !

Maar dan begon pas het echte werk want het doel diende immers bereikt te worden. Daar kwam de strategie om de hoek kijken; die splitste zijn algemeen en groter veranderdoel uit in kleinere subdoelen, waar telkens acties werden voor uitgestippeld. Bij elk subdoel bekeek de strategie eveneens hoe het zat met de 3

M's : welke Menselijke competenties hij hierbij nodig had, welke Middelen er nodig waren en welke Mandaten hij kreeg om dit doel te bereiken.

Natuurlijk diende de ondernemer achteraf te evalueren of het doel bereikt was, zoniet diende men bij te sturen. De fameuze DAT's, weet je nog wel ... (Doel, Aanpak, Toetssteen). De ondernemer ervoer vaak dat het niet allemaal zo vlotjes verliep als de strategie gepland had en dat het doel misschien wel op een andere manier moest bereikt worden.

Tijdens de supervisiemomenten, die in kleine groepjes verliepen en doorheen de hele cursusperiode verdeeld werden, was ik meermaals getuige van het geworstel met de integratieopdracht. Gelukkig boden deze bijeenkomsten genoeg voeding door de uitwisseling onderling om er weer keihard tegenaan te gaan als men al eens dreigde te verslappen. En ook tijdens de supervisie werd er keihard gewerkt. Naast de integratieopdracht kwamen op deze momenten allerlei andere zaken aan bod zoals het eigen geploeter met de nieuwe functie, het zichzelf profileren hierin, overwinnen van eigen aarzeling en onzekerheid, hantering van conflicten in palliatieve zorgsituaties, niet alleen met bewoner of familie zelf maar ook met het eigen team en het omgaan met 'artsen die niet meewillen.' Het waren momenten waarbij men door de nodige ondersteuning weer de kracht vond in zichzelf te geloven als 'referent palliatieve zorg'.

En geloof me, ze mogen er zijn, onze nieuwe lichting. Pril en aarzelend begonnen, zijn zij allemaal ontloken als wondermooie bloemen die elk op hun eigen manier er echt 'staan' op het einde van deze cursus, assertief genoeg om er voor te gaan en de droom van de visionair waar te maken !

Deze prestatie mocht dan wel even speciale aandacht krijgen tijdens de laatste lesdag. De dag werd ingezet met een stevig ontbijt, inclusief bubbels ! Zo werden de zenuwen wat bedwongen tijdens het voorstellen van de integratieopdracht. Hierbij werden we geregeld verrast door de creativiteit die aan de dag werd gelegd. Dat doorheen de cursus een diepe verbondenheid was ontstaan in de groep was duidelijk voelbaar bij het afscheid op het einde van de dag. Enige nostalgie was voelbaar !

Gelukkig is het nog niet helemaal voorbij. De officiële overhandiging van de certificaten vindt plaats op 27 februari, uiteraard vergezeld van een hapje en een drankje, en in aanwezigheid van directies en CRA's van betrokken WZC's, docenten en directie van Balans en vertegenwoordigers van het Netwerk.



Wij wensen hen in elk geval alle succes toe bij het vervullen van hun opdracht ! Uiteraard kunnen zij hiervoor blijvend rekenen op ondersteuning vanuit het Netwerk.

Intervisie voor referenten in palliatieve zorg

Om de nieuwe lichten referenten de kans te geven hierbij aan te sluiten na de cursus, werd de intervisie uitgesteld tot begin 2012. De eerste intervisiesessie is gepland op dinsdag 17 januari 2012.

Een aantal nieuwe referenten schreven zich in. We kijken ernaar uit hen te verwelkomen. Geïnteresseerden kunnen zich nog inschrijven, er zijn nog een aantal plaatsen vrij.

Registratierapport 2010 - Registratie 2011

Het is waarschijnlijk eigen aan het verzamelen van cijfers, het verwerken en het in rapporten gieten ervan, dat het uiteindelijk resultaat even op zich laat wachten. Zo ook met de registratie die de netwerken palliatieve zorg verzamelen in opdracht van de Vlaamse Overheid. Maar het rapport met Vlaamse én regionale cijfers is af !

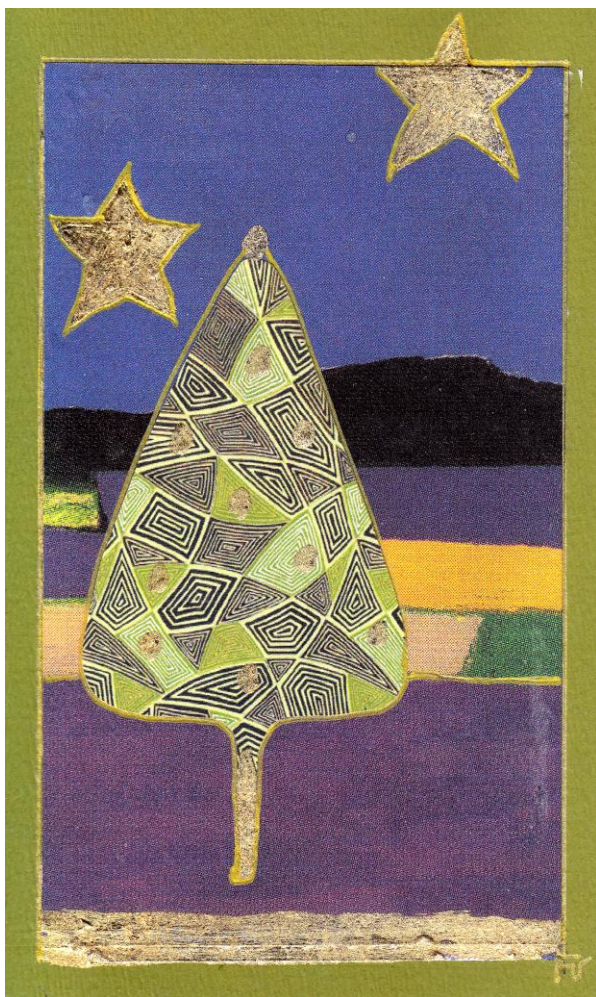
Het rapport omvat de cijfers m.b.t. de palliatieve zorgbegeleidingen 2010 voor WZC, ziekenhuizen, palliatieve eenheden en palliatieve thuiszorgequipes. Daarnaast is ook de verwerking van de in de loop van 2011 verzamelde informatie m.b.t. de palliatieve zorgstructuren opgenomen.

Nieuwsgierig naar de cijfers : het rapport is te downloaden op onze website www.palliatieve.org (site NPZ Gent-Eeklo) onder de rubriek 'Documenten & Wetgeving - Rapporten'.

Ondertussen zijn we gestart met de voorbereiding voor het inzamelen van de cijfers 2011. Binnenkort kloppen we weer aan bij alle WZC, palliatieve supportteams en palliatieve eenheden met de vraag naar de cijfers betreffende de palliatieve begeleidingen van het afgelopen jaar.

Daarom een warme oproep om cijfers aan te leveren. Zoals je uit de rapporten kan opmaken, is een duidelijk plaatje maar mogelijk als er een zo maximaal mogelijke respons is. Alvast onze dank voor uw medewerking.

Mensen die graag nu al willen beginnen met het invullen van de inmiddels 'vertrouwde' tabellen, 'blanco' exemplaren zijn eveneens te downloaden op onze website onder de rubriek 'Documenten & Wetgeving - Registratie'.



Er zijn woorden die doen leven
en dat zijn onschuldige woorden.
Het woord warmte, het woord vertrouwen,
liefde, rechtvaardigheid,
en het woord vrijheid,
het woord kind
en het woord vriendelijkheid.
En bepaalde bloemennamen
en bepaalde vruchtennamen.
Het woord moed
en het woord ontdekken.
En het woord broer en het woord kameraad
En bepaalde namen van landen en van dorpen
en bepaalde namen van vrouwen, mannen
en vrienden ...

Paul Eluard

Het bestuur en de teamleden van
Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo vzw
Netwerk Palliatieve Zorg Gent-Eeklo vzw

Danken jullie voor de fijne samenwerking
Wij wensen jullie een voldoening schenkend 2012 toe