

Peiler

over palliatieve zorg en het levenseinde



PB-PP | B-10744
BELGIË(N) - BELGIQUE

P508816
afgiftekantoor
9300 Aalst 1

Driemaandelijks tijdschrift van w.e.m.m.e.l. — expertisecentrum 'Waardig Levensende', v.u. Wim Distelmans
afzendadres: J. Vander Vekenstraat 158, 1780 Wemmel — jaargang 5 — nr.17 — jan-feb-maa 2021

ROUW

*"Rouw is een reactie
op elke vorm van verlies."*

— Manu Keirse

is het tijdschrift van w.e.m.m.e.l.
expertisecentrum 'Waardig Levenseinde'
en verschijnt 4 keer per jaar

Redactieadres

J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel

Hoofredactie

Wim Distelmans

Eindredactie

Peter Cremers, Désirée De Poot

Coördinatie

Inge De Hertogh

Redactie

Sabien Bauwens, Franky Bussche,
Paul Destrooper, Eva Jacobs,
Frank Schweitser, Linde Vande Castele,
Hannie Van den Bilcke,
Vicky Van de Velde

Werken mee aan dit nummer

Eveline Coppin, Sofie Moens, Lies Scaut,
Marc Van den Bossche

Huiscartoonist

Kamagurka

Fotograaf

Guy Puttemans

Vormgeving en druk

www.kikerviz.com

Verantwoordelijke uitgever

Wim Distelmans

J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel

Lezers die graag op een artikel reageren
of een bijdrage willen leveren, kunnen
terecht op de redactie via
info@wemmel.center

Giften

Wie het wenst, kan ons door een vrijwillige
bijdrage helpen om de palliatieve zorg
verder uit te bouwen, op rekeningnummer
BE22 9799 4585 1247 van Forum Palliatieve
Zorg vzw.

Gratis abonneren via info@wemmel.center

Peiler kan ook online gelezen
worden op www.wemmel.center



Ken je LEA al?

- Ze is een praktische app voor artsen en andere zorgverleners.
- Ze helpt bij de ondersteuning van ernstig zieken, palliatieve patiënten en hun naasten.
- Ze doet dit alles door de wil van de patiënt en zijn vertegenwoordiger(s) te respecteren.

En hoe kan LEA op mijn smartphone?

- Ga naar www.levenseindeapp.be.
- Voeg haar toe aan je startscreen.
- Klaar! Je hebt nu steeds toegang tot haar meeste recent versie.

is een initiatief van

Forum
palliatieve zorg



ze behoren tot

w.e.m.m.e.l.
expertisecentrum 'Waardig Levenseinde'

verbonden aan het UZ Brussel

Waarmee helpt LEA je?

Alle informatie
rond levenseinde-
beslissingen

Een overzicht
rond pijn- en
symptoomcontrole
(met omreken tabel
voor opioïdrotatie)

De uitbouw van
een levenseinde-
beleid in
woonzorgcentra

Communicatietips
voor gesprekken
rond het
levenseinde

De LEIFdraad
voor artsen

Voorafgaande
zorgplanning met
het LEIFplan

maken deel uit van w.e.m.m.e.l. en b.r.e.l.

expertisecentrum 'Waardig Levenseinde'

Brusselse Expertise Levenseinde



www.forumpalliatievezorg.be



www.leif.be



www.waardiglevenseinde.eu



www.dagcentrum-topaz.be



www.ulteam.be



www.vzwomega.be



© marco mertens

R

ouw is een normale reactie op een verlieservaring, waarbij het overlijden van een dierbare als een van de meest

ingrijpende is. Sigmund Freud beschreef het rouwproces reeds in 1916 in zijn essay 'Rouw en melancholie'. In 1969 publiceerde Kübler-Ross haar veel geciteerde vijf fasen van rouw - ontkenning, woede, marchanderen, verdriet/depressie en aanvaarding - die in deze volgorde worden doorlopen. Later werd gesteld dat deze stadia zeker niet allemaal moeten voorkomen en dat de volgorde ook kan wisselen van mens tot mens. Bovendien kan iemand op dezelfde dag verschillende stadia doormaken en van de ene emotie in de andere vallen die ook cultuurspecifiek is. Een normaal rouwproces, dus met fluctuerende reacties, kan evenwel jaren na het verlies aanwezig blijven. Er wordt zelfs aangenomen dat veel mensen niet over het verlies heenkomen maar zich wel kunnen aanpassen. D.J. Theo Wagener, emeritus hoogleraar en oncoloog van het St Radboud ziekenhuis te Nijmegen, merkte op dat Kübler-Ross angst niet heeft vermeld als belangrijke emotionele reactie. William Worden spreekt in 1992 van rouwtaken i.p.v. rouwfasen die actief moeten worden opgenomen. In zijn tweede rouwtaak heeft Worden het wel over de emotie angst en hoe hiermee om te gaan. Hij vindt het belangrijk de angst - wat als het weer gebeurt? - te laten zijn en anderzijds reële en helpende

gedachten erover te (helpen) vormen. De belangrijke inzichten rond verlies (bereavement), verdriet/rouw (grief) en rouwen (mourning) werden nadien aangevuld met nieuwe zoals het duaal procesmodel van Margaret Stroebe en Henk Schut. Ook in de laatste versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) van de American Psychiatric Association is pathologische rouw opgenomen, hoewel daar felle kritiek op kwam. Het onderscheid tussen normale en pathologische rouw is immers niet eenvoudig en betreft vaak enkel een kwantitatief verschil. Zorgverleners moeten echter 'normale reacties' op verlies kunnen onderscheiden zodat ze de rouwenden kunnen ondersteunen of gecompliceerde rouw herkennen en tijdig naar een rouwtherapeut verwijzen. Jammer genoeg is de benaming 'rouwtherapeut' geen beschermde titel. Er bestaan nogal wat charlatans, die na een training van enkele weekends, het bordje 'rouwtherapeut' of 'rouwspecialist' aan hun deur durven hangen. Ondeskundige opvang van gecompliceerde rouw kan echter desastreuze gevolgen hebben. Iemand zou zich pas therapeut mogen noemen na een degelijke basisopleiding, zoals een master in psychologie, vervolledigd met een bijkomende training in rouwzorg. In deze Peiler overlopen we de cruciale verworvenheden i.v.m. rouw. We laten ook twee generaties van rouwspecialisten aan het woord, nl. de éminence grise Manu Keirse en An Hooghe die in 2019 doctorerde over koppelcommunicatie bij ouders na het verlies van een kind. Hopelijk krijgt rouwen, inclusief de rouw van de patiënt zelf, anticipatieve rouw en pathologische rouw maatschappelijk eindelijk de aandacht die ze verdienen.

— Wim Distelmans

40%

**rouwende
werknemers meldt
zich opnieuw ziek
na aan het werk
geweest te zijn**

Bron: Ellen van Leenen, NLP master,
rouw- en verliescoaching

Euthanasie bij dementie kan in Nederland

De Nederlandse Hoge Raad sprak zich al uit (Peiler 13, januari 2020), maar nu staat het ook in de richtlijnen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. De voornaamste verduidelijkingen, n.a.v. de zaak die bekend is geworden als de 'koffie-euthanasie', zijn als volgt:

- Een opgeschreven wilsverklaring kan in de plaats komen van een mondeling euthanasieverzoek.
- Om de euthanasie comfortabel te laten verlopen, mag vooraf een slaapmiddel worden toegediend om pijn- of

schrikreacties te vermijden.

- De arts bepaalt in deze omstandigheden het uitzichtloos en ondraaglijk lijden.
- De arts is niet verplicht te informeren naar een actuele stervenswens van de patiënt die zijn wil niet meer kan uiten. Zo'n gesprek is zinloos, omdat bij deze patiënten het begrip over dit onderwerp ontbreekt.

Bij LEIF (www.leif.be) loopt nog steeds de petitie om de Belgische euthanasiewet aan te passen voor mensen met verworven wilsonbekwaamheid zoals dementie.

BE-CARED: onderzoek naar de noden van naasten bij een euthanasie-uitvoering

Om meer evidentie te krijgen rond de noden van nabestaanden en mogelijk zinvolle interventies wordt vanuit het UZ Gent gestart met een 4-jarig project gefinancierd door Kom op tegen Kanker (BE-CARED project). Met deze deelstudie worden ervaringen beluisterd van nabestaanden tijdens de interactie met zorgverleners voor/ tijdens/na de euthanasie-uitvoering van hun dierbare. Aan de hand van die resultaten zullen handvatten aan zorgverleners worden aangeboden voor toekomstige zorg-op-maat.

Hiervoor zal een éénmalig interview worden afgenomen van zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en psychologen) om hun ervaringen te delen met het begeleiden van familieleden van kankerpatiënten voor/ tijdens/na een euthanasieprocedure. Het bijwonen of uitvoeren van de euthanasieprocedure dient liefst maximaal anderhalf jaar geleden te zijn. Vervolgens worden er 5 multidisciplinaire focusgroepen in Vlaanderen (1 per provincie) opgericht om te peilen naar de ervaring, beleving en noden van zorgverleners i.v.m.

rouwondersteuning. Meer specifiek zullen de bekommernissen, aandachtspunten en barrières worden blootgelegd. Elke zorgverlener (arts, verpleegkundige, psycholoog, sociaal werker, moreel consulent, ...) die rouwondersteuning biedt aan nabestaanden van kankerpatiënten is hierin welkom.

Voor meer informatie of om deel te nemen, neem contact op met het BE-CARED team (Charlotte Boven of Liesbeth Van Humbeeck) via be-cared@uzgent.be of 09/332.23.56.



Ken je LEA al?

De LevenseindeApp, kort LEA, werd gelanceerd op 14 december 2020. Na amper 10 dagen kende ze op haar internet-platform al meer dan 100.000 bezoekers en werd ze al bijna 6000 keer gedownload. Voor de ontwikkeling ervan sloegen het Forum Palliatieve Zorg en LEIF van het expertisecentrum 'Waardig Levenseinde' de handen in elkaar. LEA is een handleiding voor artsen en zorgverleners om op het terrein in één oogopslag over praktische informatie te beschikken. De app bevat zes hoofdstukken over palliatieve zorg en het levenseinde. Het betreft pijn- en symptoomcontrole - met een zeer praktische conversietabel voor opioïden -, communicatie rond het levenseinde, voorafgaande zorgplanning gebaseerd op het LEIFplan, levenseindebeslissingen - met een praktische handleiding voor palliatieve sedatie-, palliatieve zorg in woonzorgcentra en

de LEIFdraad - de praktische leidraad voor de uitvoering van een euthanasie. Er wordt ook speciaal aandacht geschonken aan covid-19. Er is een handige lijst toegevoegd met technische termen en nuttige adressen van de LEIFpunten en de netwerken palliatieve zorg. Ten slotte kan er ook gebruik gemaakt worden van een zoekfunctie.

LEA kan gratis geïnstalleerd worden op de smartphone. Hiervoor ga je naar www.levenseindeapp.be. Onderaan klik je op de 'doorzend-mogelijkheid' (vierkantje met bovenaan een verticaal pijltje), je scrolt vervolgens naar beneden en kiest voor 'zet op beginscherm'. Het LEA-icoontje verschijnt op het scherm. Bij andere types smartphones staan er rechtsboven drie puntjes. Daarop klikken laat toe LEA toe te voegen als mobiele app op het startscherm. De informatie van de app wordt automatisch geüpdatet.

LEA: www.levenseindeapp.be

“Ze zeggen dat de rouw even diep is als de liefde was.”

— Ish Ait Hamou

Euthanasiewet komt eraan in Spanje

Spanje is een forse stap dichterbij een wettelijke regeling voor euthanasie. Het Spaanse parlement heeft op 17 december 2020 een wetsvoorstel aangenomen dat zeer ernstig ongeneeslijke zieken die ondraaglijk lijden recht geeft op een zelf gekozen dood door euthanasie of geassisteerde zelfdoding.

Na goedkeuring door de Eerste Kamer kan er vanaf het voorjaar 2021 met de wet worden ingestemd. Voor de uitvoering kijkt Spanje naar de praktijk in andere Europese landen. Spanje wordt hiermee na Nederland, België en Luxemburg de vierde Europese lidstaat. Nu is hulp bij levensbeëindiging nog strafbaar met maximaal tien jaar celstraf, maar 84% procent van de Spanjaarden is volgens opiniepeilingen uit 2018 voor legalisering.

Dat draagvlak is mee ontstaan door *Mar adentro - The Sea Inside*, een op ware gebeurtenissen gebaseerde film uit 2004. De film gaat over een verlamde zeeman, gespeeld door Javier Bardem, die 28 jaar campagne voerde voor het recht op euthanasie.

De film zette het onderwerp hoog op de politieke agenda in het overwegend katholieke Spanje, maar de wetswijziging werd twee keer van tafel geveegd onder druk van conservatieve partijen en vooral de katholieke kerk.

De Spaanse Bisschoppenconferentie blijft zich verzetten, gesteund door het Vaticaan. Ook de medische beroepsgroep heeft zorgen over legalisering van euthanasie omdat de artsen vrezen dat de nieuwe wet hen verplicht iemand te helpen met sterven.

17 december 2020 De Volkskrant

“Mensen rouwen om het verlies, niet om de dood op zich”

Er bestaat geen handleiding over hoe een mens moet rouwen. Rouw is ook niet voorbehouden aan nabestaanden. Wie zelf te horen heeft gekregen dat hij ongeneeslijk ziek is, gaat door een periode van rouw. Over dat soort rouw hebben we het – volledig coronaproof – gehad met rouwspecialisten em.prof.dr. Manu Keirse en dr. An Hooghe. Een gesprek over alles wat kàn en niets wat moet...



Bestaat er zoiets als rouwen voor het eigen einde?

Manu Keirse: Rouw is niet onlosmakelijk verbonden met sterven. Rouw is een reactie op elke vorm van verlies. Als iemand hoort dat hij terminaal ziek is, dan rouwt die mens in de eerste plaats om alles wat hij verliest, en niet meteen het leven. De eerste taak is dan ook dat de patiënt de realiteit van dat verlies onder ogen ziet. Maar pas op: elke mens heeft het recht om daarmee om te gaan zoals hij dat zelf wil. Dat zie je overigens heel vaak in diagnosegesprekken: hoewel de patiënt en de partner beiden bij hetzelfde gesprek aanwezig zijn, kunnen ze alle twee totaal andere dingen gehoord hebben.

Verloopt die fase nu anders dan vroeger?

An Hooghe: Heel zeker. We zien nu veel meer voorbereiding. Er is ook een veel groter maatschappelijk draagvlak. Er zijn ook veel meer initiatieven om dat vorm te geven en als daar de ruimte voor is, dan zie je toch dat mensen aan dat nakend overlijden een nieuwe betekenis willen geven. Er worden boeken geschreven, gedenkdozen gemaakt...

Manu Keirse: Dat de diagnose en het perspectief dat die diagnose heeft, nu sowieso aan bod komt, is de grote verdienste van de Wet op de Patiëntenrechten van 2002. Pas toen werd het recht op het weten van een diagnose in een wet gegoten.

Ik herinner mij nog goed hoe artsen panikeerden toen het hen duidelijk werd dat ze de diagnose met hun patiënten duidelijk en in begrijpelijke taal moesten bespreken. Zij konden dat niet, ze hadden het ook nooit geleerd. Voordien gebeurde het dat mensen stierven zonder dat het woord Kanker ooit was uitgesproken. Dat men de patiënt bleef wijsmaken dat het allemaal wel goed zou komen.

Is de voorafgaande zorgplanning geen opportuniteit om ook over de dood te spreken?

Manu Keirse: Het is vreemd hoe men die voorafgaande zorgplanning altijd verbindt met doodgaan, terwijl die eigenlijk over 'leven' gaat. Sterven is immers vooral het laatste deel van het leven. De vraag die de voorafgaande zorgplanning eigenlijk stelt is: 'hoe kunnen wij ervoor zorgen dat jij dat laatste deel van jouw leven op een manier doorbrengt die jij zelf wil'.

vanuit – zeker weten – een groot hart en ontzettend veel liefde, maar die in een andere context voor nabestaanden ontzettend zwaar om dragen worden. Alles hangt af van wat wij de 'continuing bounds' noemen, de manier waarop een blijvende verbinding wordt gemaakt tussen iemand die overleden is en diegene die blijft leven. We moeten erover waken dat die afstemming niet alleen met de persoon gebeurt die overlijdt, maar ook met diegenen die verder leven.

het gezin hebben niet altijd de behoefte om daar continu zo intensief mee bezig te zijn. Zij willen vaak vooral nog leven en samen zijn!

Een doos met verjaardagskaartjes voor de kinderen, een briefje met advies voor op het huwelijksfeest van de zoon of een wenskaartje voor het moment waarop de zoon later voor 't eerst papa wordt... Geen goed idee?

Manu Keirse: De boodschap die je ermee wil geven is eigenlijk: ik heb jou zo liefgehad. Iemand die palliatief ziek is en een doos vult met herinneringsspulletjes, geeft een bijzonder mooi geschenk zolang de ontvanger zelf de vrijheid heeft om die doos open te maken als hij daar zelf aan toe is en daar zelf behoefte aan heeft. Zo'n herinneringsdoos kan van grote betekenis zijn voor wie achterblijft, maar wie overlijdt, heeft niet het recht om het leven van de nabestaanden in de hand te houden als hij er niet meer is. Dus neen, ik adviseer zeker niet om bij elke verjaardag een verjaardagskaartje van de overleden mama of papa op het verjaardagsbord te leggen.

An Hooghe: De rode draad blijft dat die palliatieve periode in ideale omstandigheden zowel aan de zieke als aan de nabestaanden het gevoel geeft dat het goed is geweest. Beloftes over wat er moet of niet mag gebeuren na het overlijden, zijn misschien wel een geruststelling voor de zieke, maar zijn een zware belasting voor wie achterblijft. Dit wil je niet. Mensen die zich bewust zijn van hun palliatieve toestand, willen vooral 'goed' vertrekken. Die mensen kun je helpen door samen te zoeken naar wat voor hen 'goed' is. En niet alleen voor hen, maar voor het hele gezin. Alle stemmen moeten gehoord worden. >>>

En is het dan goed om die laatste fase te vullen met bucket-lijstjes, afscheidsvieringen en herinneringsdozen?

An Hooghe: De mensen moeten die vooral invullen op een manier die het meest aansluit bij wie ze zelf zijn en wat ze nodig hebben. Soms lijkt het wel alsof je nog van alles móet doen en van alles móet achterlaten. Heel vaak worden initiatieven genomen

Ik ervaar toch vaak hoe alles gaat draaien om de persoon die terminaal ziek is. Dat is begrijpelijk, maar niet goed, want het zijn diegenen die verder leven die er ook verder mee moeten. We hebben alle stemmen nodig en we moeten oog hebben voor de noden van alle gezinsleden! Laat mij duidelijk zijn: ik ben ontzettend blij met alle initiatieven die genomen worden, maar zowel de patiënt als ook de anderen van



interview

An Hooghe & Manu Keirse

>>> **In jullie discours hoor ik een verschuiving van 'krijgen' naar 'geven'.**

Manu Keirse: Dat is correct. Eigenlijk zijn er in die laatste fase maar vier dingen die gezegd moeten worden:



'sorry', 'ik vergeef je', 'ik dank je' en 'ik hou van jou'. De palliatieve mens kan op die manier een groot geschenk geven aan wie achterblijft. Uiteindelijk komt alles neer op dat laatste: ik hou van jou. Zeker als er kinderen bij betrokken zijn – jong of ouder – dan is die boodschap dat er van dat kind gehouden is, het belangrijkste. Als je doorpraat met die patiënt, dan kom je altijd tot die essentie. Hij wil vooral – over de dood heen – in de herinnering blijven leven als iemand die zijn dierbaren graag zag.

An Hooghe: Dat is ook een deel van wat ik bedoelde met 'goed' vertrekken. Samen kijken wat er nog gezegd moet worden, maar ook wat er niet langer moet worden opgehaald, waar je het niet meer over moet hebben. Als rouwbegeleider moet je niet alleen zorgen voor de mens die palliatief is. Je moet ook mee zoeken naar wat hij nog kan geven. Waar de nabestaanden ook later echt iets aan hebben...

— Désirée De Poot



kijktip

Het webinar 'Rouwen in tijden van Covid-19' is bedoeld voor rouwenden en hun omgeving enerzijds, en voor hulpverleners anderzijds. Voor rouwenden en mensen uit hun omgeving kunnen de verhalen herkenbaar zijn en suggesties bieden ter ondersteuning. Het webinar biedt tevens antwoorden op hoe de coronacrisis impact heeft op rouwverwerking. Hulpverleners kunnen hierin handvaten en houvast vinden in de aanpak van hun therapeutisch werk met cliënten. Meer informatie op www.verbindinginverlies.be

boekentip



**"Goed leven.
Met kwetsbaarheid en beperking",
Dirk De Wachter en Manu Keirse**

Wie leeft met kwetsbaarheid en beperking, heeft meer dan wie ook behoefte aan verbondenheid, aan een liefdevolle blik. Als we dát voor elkaar kunnen betekenen, kan leven met kwetsbaarheid en beperking ook goed leven worden.

Leven met een beperking of onomkeerbare ziekte is een voortdurende zoektocht. Als maatschappij moeten we daarvoor attent zijn en beperking in al haar vormen beter benaderen, zowel in een algemene visie op het omgaan met kwetsbaarheid en beperking als in nieuwe perspectieven op herstel.

In dit boek werpen psychiater-psychotherapeut Dirk De Wachter en rouwexpert en klinisch psycholoog Manu Keirse een unieke blik op kwetsbaarheid en beperking, en de rol die ze kunnen spelen in onze wereld. Van een brede visie rond inclusie en stereotypen, over concrete onderwerpen als slechtnieuwsgesprekken, dementie of euthanasie bij wilsonbekwaamheid, tot omgaan met een verlies dat nooit eindigt. In feite past het boek ook in het nieuwe 'positieve' gezondheidsconcept van de Nederlandse arts-onderzoeker Machtelt Huber. Zij gaat ervan uit dat chronisch zieken of mensen met een beperking zich 'gezond' kunnen voelen, m.a.w. dat ze op een gezonde manier met hun beperking kunnen leren omgaan en de aandoening 'een plekje geven'.

Met persoonlijke verhalen van de auteurs, van mensen met een beperking en van hun vrienden, familie- en gezinsleden.

- *Dirk De Wachter en Manu Keirse*
- *Goed Leven*
- *LannooCampus*
- 2020
- 200 blz.



Visies op rouw

Hoe maak je van iets dat zo persoonlijk en uniek is als rouw een kort artikel over dé huidige wetenschappelijke visie erop? Hoe geef je aan de lezer het "juiste" model mee als je net wil benadrukken hoe belangrijk het is dat ieder op zijn eigen unieke manier mag rouwen?

We trachten dit te doen door je een beknopt overzicht te geven van hoe rouwonderzoek geëvolueerd is, door enkele modellen toe te lichten en het aan jou als lezer zelf over te laten om herkenning of een "Aja?"-momentje te vinden bij bepaalde elementen ervan.

De eerste rouwliteratuur wordt door psychiaters als Freud, Kübler-Ross of Worden beschreven vanuit hun klinische praktijk. Wat er in de hieronder gevisualiseerde modellen opvalt, is de centrale rol van symptomatologie en het generaliseren van symptomen waardoor een universeel en homogeen model ontstaat.

1 Elisabeth Kübler-Ross: 5 fasen



2 William Worden: rouwtakenmodel



Onder ogen zien van de werkelijkheid van het verlies

Ervaren van de pijn van het verlies

Zich aanpassen aan de wereld zonder de andere

Emotioneel een plaats geven aan de overledene en verder gaan met het leven

>>> Latere denkers zien in deze normatieve modellen problemen omdat het individuele en unieke van een rouwproces teniet wordt gedaan. Ook de afgelijnde fases, het lineaire karakter van die rouwmodellen botsen op kritiek. In de praktijk wordt rouw door velen eerder ervaren als een fluctuerend en dynamisch proces waarbij de verschillende fases door elkaar kunnen lopen en waar het niet hoeft te eindigen in een proces dat af is. Moeten we dan die oude modellen

'weggoien' of niet meer gebruiken? Zeker niet. Uiteraard hebben die modellen hun verdiensten. We zouden ze kunnen zien als beschrijvende modellen met veel relevante elementen die we in onze dagelijkse praktijk geregeld zien terugkomen. We zien dit ook in het recente boek van rouwexpert Manu Keirse, één van de geïnterviewden in deze editie van Peiler. Hij beschrijft er bijvoorbeeld de 4 rouwtaken als taken die je moet vervullen om je aan te passen aan

een leven met verlies zonder dat die in lineaire stappen doorlopen moeten worden. Ook benadrukt hij nog eens dat een rouwproces nooit af is en relaties met anderen daarin belangrijk zijn. Verlies en herstel (zoals beschreven door Stroebe en Schut) wisselen elkaar af; rouw is met andere woorden iets wat je meeneemt doorheen je leven.

In de huidige visie op rouw worden nu vaak ook andere modellen zoals het duaal procesmodel of het integratief rouwmodel onderwezen.

3 Duaal procesmodel: verlies- en herstelgerichte oriëntatie van Stroebe en Schut



- Model dat beschrijft hoe we na een verlies ons dagelijks leven verder leiden, hoe we daarbij geconfronteerd worden met 2 types stressoren: verliesgerichte en herstelgerichte.
- Het afwisselen tussen geconfronteerd worden met je rouw en verlies enerzijds, en anderzijds dit ook even kunnen vermijden en afleiding zoeken, nieuwe dingen proberen en ondernemen, nieuwe rollen en relaties, ...
- In dit model wordt dus een nieuwe vorm van coping toegevoegd, nl. herstelgerichte coping waarbij je je aandacht richt op nieuwe taken en relaties weg van het verlies. Het gaat om twee processen die alterneren binnen dezelfde persoon en tussen personen. Flexibel heen en weer bewegen tussen deze processen waarbij we oog hebben om niet vast te komen zitten in 1 dimensie.

4 Johan Maes: Integratief rouwmodel vanuit ontwikkelingsperspectief

- "Rouw is in essentie het antwoord dat we geven (dat we zijn!) op het verlies van een betekenisvolle relatie (met iets of iemand) én de wijze waarop we ons leven aanpassen en opnieuw vormgeven of verder leven, mét het gemis, in voortdurende interactie en dialoog met onze omgeving (de interpersoonlijke, sociale, culturele, historische context)".
- De dimensie van het leren leven met het gemis, het belang van dialoog met de omgeving zijn belangrijke toevoegingen in de benadering van een rouwproces.
- Dus:
 - Verlies hoort bij het leven en is bepalend voor onze identiteit en levensloop.
 - Verlies en rouw raken alle facetten van het bestaan.
 - Verlies uit zich op verschillende dimensies (lichamelijke, psychische, relationele en betekenis dimensie).
 - De band met de overledene, de manier waarop die persoon is overleden, het karakter van de rouwende en de mate van steun van de sociale omgeving bepalen mee het rouwproces.



We zouden dus kunnen stellen dat elk van de bovenstaande rouwmodellen bruikbaar is, op de manier waarop het werkt voor de rouwende. Maar wanneer het over rouw gaat, spreken we niet enkel over rouw bij diegene die afscheid neemt, maar ook over rouw bij de omgeving. Die laatsten zijn natuurlijk diegene die "verder" moeten na een overlijden. En dan komt de term 'veerkracht'

wel eens naar boven. Uiteraard kan rouwen een enorme impact hebben op onze draaglast en draagkracht. De manier waarop we omgaan met de pijn en onze veerkracht - schommelen tussen bezig zijn met het verlies en ervan afgeleid worden -, kan er voor zorgen dat we een nieuw evenwicht vinden. En dan kan je je natuurlijk afvragen waar veerkracht precies op slaat.

Denkstof genoeg voor één van de volgende edities van Peiler.

— Vicky Van de Velde
en Hannie Van den Bilcke

Gebaseerd op:
Maes J. & Modderman H. (red.). 3de druk 2017.
*Handboek rouw, rouwbegeleiding, rouwtherapie –
tussen presentie en interventie*. Witsand Uitgevers.
De Wachter D. & Keirse M. 2020. *Goed leven met
kwetsbaarheid en beperking*. Lannoo Campus.

Anticipatieve rouw bij de terminale patiënt: wat zegt de wetenschap?

Anticipatieve rouw is het ervaren van rouwsymptomen nog voor de verlieservaring heeft plaatsgevonden. Veel is reeds geschreven over het perspectief van de familieleden en ook de zorgverleners. Maar wat met anticipatieve rouw bij de patiënt zelf? Zijn er interventies die de zorgverlener kan doen waar de patiënt baat bij heeft? Wat zegt de wetenschap daarover? Een recente systematische review (2020) brengt in beeld welke empirische interventies er bestaan en hoe efficiënt die zijn.

Verschillende visies op anticipatieve rouw

Het begrip "anticipatieve rouw" blijft een slecht gedefinieerde en weinig begrepen psychosociale constructie. Er is veel onduidelijkheid over in de literatuur en het blijkt moeilijk meetbaar, wat leidt tot onzekerheid bij het gebruik in klinische situaties.

Alhoewel anticipatieve rouw als valide klinisch fenomeen wel aanvaard wordt, blijkt het toch zeer moeilijk om interventies ter zake te ontwikkelen vanwege de erg beperkte conceptuele en empirische onderbouwing. Daar komt bij dat de visies van de betrokken experts ver uiteen liggen. De ervaring van anticipatieve rouw kan verschillend worden uitgedrukt door diverse patiënten, en als zodanig moet ze ook worden bekeken en aangepakt.

Ondanks de verschillen in de invulling van het begrip en de onduidelijkheden ter zake, pleiten zorgprofessionals voor de ontwikkeling van interventies tijdens de terminale fase met als doel een adequaat rouwproces te faciliteren, in afwachting van een naderende dood en de daarmee samenhangende verlieservaring, zowel voor de patiënt

zelf als voor zijn familie. In de eerder aangehaalde systematische review werden 8 studies weerhouden die interventies vermeldten op het niveau van de stervende patiënt zelf en die voldeden aan de kwaliteitsvereisten van een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep. Hieronder volgt een kort overzicht van de beschreven interventies.

Interventies om met anticipatieve rouw om te gaan

Waardigheidstherapie: 4 sessies kortdurende therapeutische interventie. Het doel is om het lijden te verminderen, de levenskwaliteit te bevorderen en een gevoel van zingeving, doel en waardigheid te versterken. De patiënten wordt de mogelijkheid geboden om kwesties aan te pakken die voor hen het belangrijkste zijn of om te spreken over dingen waarvan ze willen dat ze het best herinnerd worden als de dood dichterbij komt. De sessies worden uitgeschreven en bewerkt. Het resulterende document wordt door de therapeut opgesteld en aan de patiënt gegeven aan het einde van de therapie. Chochinov en collega's (2011) vonden geen significante verschillen

in lijden tussen hun experimentele groep en controlegroep, maar constateerden wel dat waardigheidstherapie als nuttig werd ervaren, de kwaliteit van leven en geestelijk welzijn verbeterde, het gevoel van waardigheid verhoogde, de familiale perceptie veranderde en dat droefheid en depressie verminderden. Verdere studies toonden aan dat deze interventie leidde tot grotere generativiteit (het gevoel hebben iets na te laten) en integratie van het ego.

Korte-termijn life-review: deze interventie behelst twee sessies. De eerste sessie bestaat uit het uitlokken van reacties van patiënten door middel van vragen gericht op herinneringen en autobiografie. Na het uitschrijven van de antwoorden, maakt de therapeut een album via collage van de kernbegrippen en gedeelde herinneringen. In de tweede sessie bekijken therapeut en patiënt samen het album, waarbij de therapeut probeert om samen met de patiënt de continuïteit van diens zelf van verleden tot heden te beschrijven en hierbij een gevoel van tevredenheid met het (voltooide) leven op te roepen. De bevindingen met deze methode wijzen op een hoger geestelijk welzijn, hoop, levenslust en betere voorbereiding op de dood.

Individuele betekenisgerichte

psychotherapie: een 7 weken durende gestandaardiseerde interventie bedoeld om patiënten te helpen aan het einde van hun leven om hun gevoel van betekenis, mentale rust en zingeving te ondersteunen of te versterken. Er wordt gebruik gemaakt van didactische middelen, ervaringsgerichte oefeningen, psychotherapeutische technieken en het gebruik van zingevingbronnen als copingmechanisme. In deze

aan het levenseinde. Hierbij ligt de focus op de voorbereiding van de voltooiing van het leven, met inbegrip van kwesties zoals spijt, een gevoel van emotionele belasting, en zorgen over de voorbereiding van het gezin, aandacht voor de levensloop, het oplossen van conflicten, het delen van belangrijke tijd, geschenken en wijsheid met geliefden, nalatenschap en het vinden van rust. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan het overlopen van het levensverhaal en emotionele openheid.

hadden met betrekking tot praktische problemen (zoals werk of school), familieproblemen, emotionele problemen, spirituele of religieuze bezorgdheden en fysieke problemen, kregen specifieke hulp betreffende dat aspect via een gespecialiseerde module aangebracht door de verpleegkundige. De onderzoekers rapporteerden voordelen op vlak van levenskwaliteit, intensiteit van de symptomen en depressie.

Conclusie

Deze systematische review toont aan dat er slechts weinig evidentie is wat betreft de werkzaamheid van interventies bij anticipatieve rouw van de patiënt zelf. Geen enkele studie bestudeerde het fenomeen rechtstreeks. Alle studies rapporteerden wel enkele positieve uitkomsten, zoals lagere depressie- en angstscores en een verbeterde levenskwaliteit in de interventiegroepen. Een verminderd lijden, mindere nood, betere voorbereiding op de dood en meer spiritueel welzijn werden eveneens gerapporteerd. De auteurs van de review merken echter op dat er een gebrek is aan tools die specifiek rouw detecteren eerder dan psychiatrische afwijkingen. Verder worden er ook vraagtekens geplaatst bij de culturele veralgemeenbaarheid van sommige interventies. Verder onderzoek is nodig om een op (meer) wetenschappelijke evidentie gebaseerde interventie te ontwikkelen voor terminale patiënten met anticipatieve rouw.

— Stefaan Six

Bron: Patinadan, Paul Victor, et al. "Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of life: A systematic review of palliative interventions." *Death Studies* (2020): 1-14.



sessies wordt gewerkt rond thema's als identiteit, nalatenschap, hoop, ziekte en de eindigheid van het leven. De onderzoekers vonden dat deze interventie meer geestelijk welzijn en zingeving bevorderde, evenals levenskwaliteit. Bovendien stelden zij vast dat symptoomgerelateerd leed was afgenomen.

Vooruitzien: deze interventie ("outlook" in de Engelstalige literatuur) kijkt naar de emotionele en existentiële noden van patiënten

In hun onderzoek vonden de auteurs dat de interventie leidde tot hogere scores gelinkt aan voorbereid zijn op de dood en levensvoltooiing, in vergelijking met een controlegroep.

Project ENABLE (**E**ducate, **N**urture, **A**dvice, **B**efore **L**ife **E**nds): een psycho-educatieve interventie bestaande uit 4 sessies. Dit project wordt uitgevoerd door palliatieve verpleegkundigen die zich richten op het activeren van de patiënt, zelfmanagement en empowerment. Patiënten die noden

Rouw in het supportief dagcentrum TOPAZ: Ik rouw om...

TOPAZ, een huiselijk dagcentrum, waar ernstig zieken steun vinden bij andere gasten, vrijwillige helpers en professionele begeleiders. Een dagje TOPAZ is bovendien een gezellige, ongedwongen manier om de dagelijkse zorgen even opzij te zetten.

Rouw behoort tot een dagelijkse bezorgdheid van vele gasten (zo worden patiënten in TOPAZ genoemd) en hun naasten. Het verdriet om iets of iemand die er niet meer is. Een deel van hun eigen identiteit dat voorgoed weg is.

Levend en chronisch verlies

De ervaringen met rouw en verlies die de gasten ervaren, zijn vaak voortschrijdend: ze nemen toe met de tijd. Manu Keirse (Helpen bij rouw en verlies, 2017) gebruikt de termen 'een levend verlies' en chronisch verlies. Het gaat dan over het verdriet om een verlies dat nooit eindigt, zoals leven met een ernstige chronische lichamelijke of psychische aandoening. De wonden helen niet steeds en het kan een uitputtend en tegelijk onvermijdbaar proces zijn. Daarnaast is dit doorgaans wel een normale reactie op een niet-eindigend of blijvend verlies. De gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid zijn daarom niet onoverkomelijk. Belangrijk is wel om de mens te blijven zien als een aanwezig iemand en hem of haar niet te reduceren tot zijn of haar pijn en diagnose.

"Telkens komt er iets bij, naar de arts gaan is steeds met een bang hartje. Het



lukt me soms niet om alle lichamelijke kwalen op te sommen die ik heb."

"Vannacht droomde ik dat er een einde zou kunnen komen aan mijn pijn. Toen ik wakker werd, besepte ik dat de pijn er nog steeds was."

Sociale contacten en maatschappij

Rouw heeft bij de gasten onder meer ook te maken met het verlies van sociale contacten. Waardevolle contacten vallen weg. Dat kan door de intensieve behandeling die ze (hebben) doorlopen. Naasten weten

niet altijd gepast te reageren en nemen daardoor mogelijk afstand. De persoon heeft te weinig energie en te veel nevenwerkingen van de behandelingen, kan daardoor niet meer deelnemen aan dingen die vroeger vanzelfsprekend waren. Daarnaast zijn er in TOPAZ een aantal gasten die naar België geïmmigreerd zijn en toen ziek werden. Daardoor kregen ze niet altijd de kans om betekenisvolle contacten op te bouwen in België.

"Ik kende hier niemand toen ik in België aankwam. TOPAZ is als een

familie voor mij, waar ik mezelf mag zijn en steunend contact met anderen kan hebben."

Verder ervaren ze regelmatig het gevoel niet meer ten volle te kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dat kan rolverlies tot gevolg hebben. Het verliezen van hun werk, financiële moeilijkheden... Die verliezen zijn niet te onderschatten, omdat de maatschappelijke status een belangrijk deel is van iemands identiteit.



Onontkoombare lichamelijke ontwikkelingen

De ziekte en de behandeling zelf zorgen voor mogelijk onontkoombare lichamelijke veranderingen. Regelmatig geven de gasten aan dat ze veranderingen in hun lichaamsschema gewaarworden. Daardoor wordt hun zelfbeeld aangetast en verliest hun lichaam mogelijk zo het statuut van een vanzelfsprekende bondgenoot.

"Ik zie mijn lichaam vaak als iets dat niet van mij is, iets dat ik vanaf een afstand aanschouw, maar waarin mijn gedachten niet aanwezig zijn. Op dit moment is deze houding de manier hoe ik met mijn ziekte om kan gaan."

Lotgenoten

Zij worden naast hun eigen verlieservaringen ook geconfronteerd met het verlies van lotgenoten. Die ervaringen reflecteren ze wellicht (on)bewust op hun eigen ziekteproces. Bovenal is het belangrijk om aan te geven dat zij de 'normale' rouw die anderen ervaren, zelf ook ondervinden.

Veerkracht

Niet te onderschatten is hun veerkracht, ondanks de rouwprocessen die ze dagelijks ervaren. Ze zijn

subtiel of onmiskenbaar veranderd op verschillende gebieden, maar ze zijn er wel nog, als een persoon. De gasten proberen zich steeds weer thuis te voelen bij zichzelf en in de wereld om zich heen.

We staan jaarlijks bewust stil bij het verlies dat de gasten meemaken. In samenwerking met het huisvandeMens Vilvoorde wordt er een herdenkingsmoment georganiseerd voor alle gasten en vrijwilligers die overleden zijn binnen de werking van TOPAZ. De gasten en familieleden van de overledenen worden persoonlijk aangesproken, omdat het rouwen in al zijn vormen geen taboe mag zijn.

Alles kan, niets moet

Rouw heeft vaak een negatieve connotatie, terwijl we in het dagcentrum net het leven naast het verdriet en verlies centraal willen stellen. De gasten laten voelen en ervaren wat er niet verloren is, wat er nog binnen hun mogelijkheden ligt. We willen hen horen, zien, respecteren en erkennen. Met bovenal de leuze 'alles kan, niets moet'.

— Sofie Moens



"Beschuldigd van gifmoord. Euthanasie voor Assisen", Lieve Thienpont

In januari 2020 kwam euthanasie voor het eerst voor het Hof van Assisen. De familie van Tine Nys klaagde haar euthanasie op basis van ondraaglijk psychisch lijden door een ongeneeslijke psychiatrische aandoening aan. Tijdens het

'euthanasieproces', dat de wereldpers haalde, stonden drie artsen terecht voor gifmoord. In dit boek spreekt één van de artsen, psychiater Lieve Thienpont, voor het eerst vrijuit en deelt helder en kwetsbaar haar persoonlijke gedachten en gevoelens, voor, tijdens en na

het proces. Lieve Thienpont werkt al decennialang met mensen die ongeneeslijk psychiatrisch ziek zijn en euthanasie vragen. Vooraleer hiervoor een opvang uit te bouwen in Vonkel te Gent, lag ze samen met Tony Van Loon, Marleen Temmerman en Wim Distelmans aan de basis van de oprichting van ULteam te Wemmel. ULteam is zoals Vonkel een noodconsultatie voor mensen met complexe problemen bij het levenseinde of voor hun artsen die hierbij bijkomende raad en advies behoeven. Naast de beschrijving van de impact van het proces werden er in het boek recente getuigenissen opgenomen die exemplarisch zijn voor honderden andere.

Het boek is ook een aanrader voor iedereen die meer inzicht wil krijgen in dit controversieel onderwerp. Niet voor niets wordt deze assisenzaak het 'proces van de euthanasie in de psychiatrie' genoemd.

- *Lieve Thienpont*
- *Beschuldigd van gifmoord. Euthanasie voor Assisen. Een persoonlijk verhaal.*
- *Houtekiet*
- *2020*
- *225 blz.*



Op weg blijven

Een gedenksteen wou Hilde niet. Ruimte opeisen vond ze maar niks, ook al niet tijdens haar leven. En dat mensen zouden komen rouwen op een daartoe bestemde plek, laat staan op het commando van geïnstitutionaliseerde rouwdagen, leek haar te artificieel. Er was de boodschap die ze zelf in het voorjaar nog had opgeschreven, bestemd voor het rouwkaartje. Een rouwkaartje dat vroeg niet te rouwen. Of anders te rouwen:

*Als ik iets voor jou kon betekenen
hoef je niet te rouwen.*

*Je kan me in gedachten
meenemen zoals ik was.*

Wekenlang zocht ik naar woorden die konden uitdrukken wat ik bij haar overlijden had ervaren: een geliefde die er niet meer is, die nergens meer is, niet tastbaar, niet voelbaar. Ik stelde een vraag en de stilte kreeg een klank van pijn en gemis. Wat doe je met die ervaring als je op generlei wijze voeling hebt met een of andere goddelijke of transcendente instantie en ervan overtuigd bent dat de mens enkel materie is? In mijn werkzaamheden als filosoof verdedig ik al langer de stelling dat het lichaam onze primaire bron van zin- en betekenisgeving is. Spiritualiteit had altijd iets wazigs voor mij. Doorgaans wordt dat spirituele in verband gebracht met louter geestelijke toestanden of met iets als de ziel. En dat kreeg dan vervolgens een immateriële en transcendente, bovennatuurlijke, d.w.z. niet-lichamelijke invulling. Maar misschien: als we het dan toch willen hebben over transcendentie, dan niet richting verdieping nummer zoveel hoger, maar hier, in die gedeelde ruimte van zin en betekenis, van liefde en genot en pijn en verdriet. Spiritualiteit kan zo op horizontale wijze vorm krijgen, vertrekkend vanuit die lijfelijkheid in de richting van de ander.

Het lichaam maakt het spirituele mogelijk, net dankzij die horizontale transcendentie en hoe het *ik* daar lichamenlijk en bijgevolg ook spiritueel versmelt met de ander. De dood van mijn geliefde, de radicale

afwezigheid van haar lijfelijk zijn, verandert niets aan mijn kijk hierop. Best mogelijk dat andere vormen van spiritualiteit de pijn kunnen verzachten en enige troost bieden. Maar illusies roep je niet naar believen op. Wat dan te doen? Hoe vind ik een antwoord op de wroetende vragen die mij nog gekluisterd hielden aan dat bankje bij de asweide?

Achteraf gezien: ik had het antwoord al gegeven in de tekst die ik voorgelezen had op de begrafenisceremonie.

Die vond ik niet bij een filosoof, maar bij Rainer Maria Rilke in zijn Brieven aan een jonge dichter en in enkele gedichten van hem.

Raker dan wat ik ooit bij een filosoof of bij een spiritueel gestemd auteur verwoord heb gezien, formuleert de dichter weerwerk dat, in al zijn kwetsbaarheid en in het toelaten van het onbeantwoordbare, zoete balsem aanreikt.

De dingen zijn niet allemaal zo makkelijk te begrijpen als men ons meestal wil doen geloven, zegt Rilke.

De meeste gebeurtenissen zijn niet te verwoorden, ze voltrekken zich in een ruimte die nog nooit door een woord is betreden. Ik leer van Rilke dat er geen sluitende antwoorden te vinden zijn op mijn wroetende vragen. Die vragen mogen rijpen in het duister, in het onverwoordbare, onbewuste, voor het eigen verstand onbereikbare. En dat we vol deemoed en geduld het geboorte-uur moeten afwachten van een nieuwe helderheid. Die komt er als je leert leven met de vragen. In geduld en deemoed en aandacht voor het kleine.

Bij rouw bevinden we ons in een overgang waar we niet kunnen blijven staan. Hilde vroeg in haar afscheidstekstje niet te blijven staan. Haar meenemen betekent op weg blijven. Ook met vragen die niet te beantwoorden vallen. Rilke: 'Wanneer men de vragen leeft, leeft men misschien geleidelijk, zonder het te merken, op een ongewone dag binnen het antwoord'.

____ Marc Van den Bossche



Rauwe rouw op de Cohort-afdeling: een impressie van rouwbegeleiding in een woonzorgcentrum

Drie dagen werden er vijf
Het was begin december toen mijn telefoon rinkelde en ik de crisismanager van een naburige gemeente aan de lijn kreeg. In een van de plaatselijke woonzorgcentra was er een zware COVID-19 uitbraak en er was al een groot aantal overlijdens te betreuren. De vraag was of we vanuit het Supportteam Rouwbegeleiding, dat ik tijdens het Paasweekend inderhaast had opgericht met steun van de Hogeschool PXL en de Koning Boudewijn Stichting, ondersteuning en begeleiding konden bieden. Ik moest er niet lang over nadenken aangezien je als rouwspecialist ook in de vuurlinie moet durven plaatsnemen als de nood hoog is.

In de loop van mijn eerste dag op de COVID-afdeling werden er meteen 15 bewoners naar deze afdeling verhuisd. Volledig ingepakt en onherkenbaar ging ik meteen naar Lia. Zij was net aangekomen op haar tijdelijke kamer en helemaal in paniek. Wekenlang had ze haar uiterste best gedaan om niet besmet te raken en toch testte ze positief. Toen de verpleegster binnenkwam, vroeg Lia angstig: "Waarom heb je me naar hier gebracht? Deze kamer is niet goed ontsmet, wat als ik hier ziek ga worden?" Céline bukte zich, nam de handen van Lia vast en zei op een zachte toon: "Laat het los lieve schat. Je hebt heel hard je best

gedaan, maar nu mag je het loslaten. Je bent nu besmet dus het maakt niet meer uit dat je nu op een kamer ligt waar een andere besmette bewoner heeft gelegen. We gaan goed voor je zorgen."

"Is die persoon overleden die hier eerst lag?" vroeg Lia me angstig toen Céline vertrokken was. Ik antwoordde bevestigend. "Binnen drie dagen ben ik er ook niet meer, dan ben ik dood", zei ze gelaten. Ik zette me naast Lia neer en bleef twee uur bij haar zitten. We praatten over Corona. Lia wist niet

terug hè! Afgesproken?" Ze keek me bedenkelijk aan en antwoordde: "Zou het?"

Twee dagen later was ik terug op de afdeling. Met Lia ging het niet goed. Haar zuurstofwaarde was sterk achteruit gegaan. Toen ik haar kamer binnenkwam, herkende ze me niet, want weer zag ik eruit als een marsmannetje. Het kostte Lia moeite om zich mij te herinneren. We zaten samen aan het raam en praatten weer over vroeger. Over haar besmetting zei ze deze keer niets. Het kostte haar

"Tot overmorgen, dan zie ik je terug hè! Afgesproken?" Ze keek me bedenkelijk aan en antwoordde: "Zou het?"

welke symptomen je kan krijgen als je positief bent. Ik trachtte haar gerust te stellen. Ze wou zo snel mogelijk haar oudste dochter kunnen bereiken aangezien die zelf arts is en horen wat zij ervan zou zeggen. Toen het eten gebracht werd, liet ik Lia even alleen en beloofde haar om nadien nog even langs te komen.

Op het einde van mijn namiddag zag ik haar in de gang zitten, pratend met de andere mensen. Met een grote glimlach vertelde ze dat haar dochter gebeld had. Nu was ze weer rustig. Ik streelde haar nog even over haar rug en zei: "Tot overmorgen, dan zie ik je

moeite om te praten. De kamer was intussen leeggemaakt en stond er erg kil bij. Bij de controle van haar zuurstofwaarde bleek die weer gezakt. Maar ook nu panikeerde Lia niet meer zoals de eerste dag. Ze zei enkel: "Zie je wel". Ik nam haar hand vast en bleef nog even bij haar zitten tot ik zag dat ze te vermoeid raakte. Weer nam ik afscheid met de woorden 'tot overmorgen' en opnieuw kreeg ik die bedenkelijke blik...

Op dag vier was ik terug en zag ik meteen dat het niet goed ging. Lia werd inmiddels ondersteund door zuurstof en het kostte haar heel veel >>>



ziekte had hij nog lang kunnen afzien en dat zou ik heel erg gevonden hebben." We praatten over Jean en over zijn overlijden. Paula was heel blij dat ze naast hem lag toen hij stierf, maar ze vond het tegelijk ook heel eng. Van het afscheid nemen, had ze echter spijt. Ze verwoordde het als volgt: "Het ging allemaal zo snel. Hij werd meteen in een zwarte zak gestopt en de rits ging dicht. Daarna nog in een tweede zwarte zak. Pas toen ze hem de gang opreden, besepte ik dat ze hem meenamen. Ik wou hem nog een zoen en een knuffel geven, maar de zak mocht niet meer open. Daar heb ik nu spijt van, dat ik dat niet meer heb gedaan toen hij nog naast me lag."

Sterven aan Corona of sterven van verdriet?

Dag twee bracht me ook onmiddellijk bij Maria. Haar man was stervende en Maria was zeer angstig. Net op het moment dat ik binnenkwam, stierf hij... Het zorgpersoneel condoleerde haar en nam afscheid van hem. Ik bleef bij haar zitten. Een uur lang vertelde ze vol fierheid over hun leven samen. Toen haar zus belde, hoorde ik haar zeggen: "Kom snel naar hier, want hij is aan het sterven en het gaat niet lang meer duren!" Na het telefoongesprek nam ik haar hand vast en zei ik: "Maria, hij is al gestorven..."

"Echt? Is hij al dood?", vroeg ze geschrokken. Ze nam meteen haar telefoon terug in de hand om naar haar zus te bellen. "Het is te laat, hij is al dood", zei ze paniekerig. Vanaf dat moment kon Maria haar paniek niet meer loslaten en verkeerde ze voortdurend in ademnood. Ik vroeg haar of ze nog afscheid wilde nemen van hem vooraleer ze hem zouden komen halen. Dat wilde ze wel. Samen met twee zorgkundigen hielpen we

>>> moeite om nog iets te zeggen. Ik bleef gewoon een tijdje bij haar zitten en vertelde wat over mijn eigen leven terwijl ik haar hand vasthield. Deze keer zei ik opnieuw 'tot morgen', maar ik kreeg geen reactie meer. Diep vanbinnen voelde ik dat er geen 'morgen' meer zou zijn en nam ik voor mezelf afscheid van haar.

Drie dagen werden er vijf.

Zouden wij ook besmet zijn?

Na mijn bezoek aan Lia op dag één kreeg ik de vraag om langs te gaan bij Paula. Haar man was vijf dagen geleden overleden en Paula was zelf ook besmet. Toch durfde ze niet van haar kamer te komen. Op de vraag waarom niet, antwoordde ze dat ze niet besmet wilde worden. Paula besepte niet dat ze al besmet was en dat ook haar man aan Corona was overleden.

Pas tijdens mijn vierde bezoek begon dat door te dringen. Paula begon te vragen wie er allemaal al overleden was, want ze zag niet meer zoveel bekende mensen aan de eettafel zitten. "Zijn die allemaal dood of zijn die verhuisd naar een andere verdieping?", vroeg ze me. Voorzichtig antwoordde ik dat er al zestien mensen van haar verdieping overleden waren. "Wat is dat eigenlijk, die Corona?", vroeg ze. Net zoals bij Lia legde ik uit wat de ziekte inhoudt, welke symptomen je kan krijgen en hoe het komt dat je eraan kan sterven. Op dat moment drong het tot haar door: "Zou mijn man dat dan ook gehad hebben, want die lag ook aan de zuurstof?", prevelde ze. Ik antwoordde bevestigend. Opgelucht zuchtte ze: "Dan ben ik blij voor hem dat hij dat gekregen heeft en zo snel is kunnen gaan, want met zijn andere

haar uit bed en zorgden we ervoor dat ze haar man nog een laatste knuffel en zoen kon geven. Een moment dat ik niet zal vergeten...

Ondanks haar besmetting was Maria niet ziek op dat moment, maar mentaal ging ze zichtbaar achteruit. Zelf wou ze niet doodgaan, maar haar hart was kapot, zei ze. Na drie dagen kon ze amper nog praten door het hyperventileren. Kinesisten mochten niet binnen op de COVID-afdeling en voor een rustgevend bad was er amper tijd. Ik zag hoe Maria helemaal tot rust kwam toen een verpleegster haar begon te strelen op haar rug en ik besloot nadien hetzelfde te doen. Maria ging zo snel achteruit dat de gesprekken al na vier dagen niet meer mogelijk waren. Toch bleef ik gaan, om naast haar te zitten en haar te strelen. Daar werd ze rustig van.

Na enkele dagen begreep ik beter dan ooit dat in dit soort omstandigheden menselijk contact is wat mensen nodig hebben. Of ze nu bang of stervende zijn, niets kan fysieke nabijheid en een aanraking vervangen. Je kan nadenken over de juiste woorden, maar er kan niets op tegen de aanwezigheid in het aandachtsveld van de anderen. Echt geven is immers het geven van wat de andere écht nodig heeft...

— Lies Scaut

Lies Scaut is rouwtherapeute verbonden aan De Weg Wijzer – Expertisecentrum voor Trauma- en Rouwbegeleiding (Leopoldsborg), Coördinator van het Postgraduaat Rouw- en Verliescounselor (Hogeschool PXL) en Faculty Member van het Portland Institute for Loss & Transition. Ze leidt het Supportteam Rouwbegeleiding van Hogeschool PXL.

Symptomen bij rouw

Gedrag

- desorganisatie
- lusteloosheid, apathie, passief
- overactief
- objecten van de overledene koesteren
- dromen van de overledene
- zoeken naar de overledene
- plaatsen opzoeken die aan de overledene doen denken
- herinneringen aan de overledene vermijden
- zuchten
- eetluststoornissen
- wenen
- rusteloosheid
- slaapstoornissen
- asociaal gedrag
- afwezig gedrag

Gevoelens

- opluchting, tevredenheid
- periodiek suïcidaal
- verlies van hoop, vertrouwen, zingeving
- gevoel 'gebroken', 'ontwricht' te zijn, somberheid
- gevoel dat de wereld onredelijk, onvoorspelbaar en gevaarlijk is
- geloofscrisis
- isolatie, zich verloren voelen
- wanhoop, smachten naar de overledene
- eenzaamheid, hulpeloosheid
- snelle verandering van gemoedsstemming, prikkelbaarheid
- angst en depressie
- schuldgevoelens en zelfverwijt
- kwaadheid op de overledene dat hij gestorven is, op de arts die het 'veroorzaakt' heeft, op God dat hij dit toeliet
- geschoktheid en verdoving
- triestheid

Cognities

- ongelooft
- ontkenning van het overlijden
- korte auditieve, en visuele hallucinaties zoals de stem van de overledene horen
- aanwezigheid van de overledene voelen
- verwardheid en concentratiestoornissen

Fysieke gewaarwordingen

- gevoel van depersonalisatie
- energieverlies, futloos, vermoeid
- spierzwakte
- kortademigheid
- hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid,...
- droge mond
- overgevoelig voor geluid
- 'lege' maag
- dichtgeknepen gevoel rond de borstkas en keel

Deze symptomen kunnen allemaal voorkomen en in een wisselende volgorde. Bovendien kunnen ze ook aanwezig zijn vooraleer het verlies effectief heeft plaatsgevonden, zoals na de mededeling van de terminale diagnose. Men spreekt van 'anticipatieve rouw'. Deze reacties worden als normaal beschouwd, tenzij ze tot totale ontreddeering leiden of continu onveranderd blijven gedurende maanden of jaren (pathologische rouw). Een normaal rouwproces, dus met wisselende reacties, kan evenwel ook nog jaren na het verlies aanwezig blijven. Kennis van deze symptomen stellen de zorgverleners in staat om de reacties van de rouwendenden voor hen te 'normaliseren' of bij pathologische rouw eventueel te verwijzen naar een therapeut.

Hulpmiddelen bij het omgaan met afscheid nemen, rouw en verlies

Rouwen is iets heel individueels en persoonlijks. Wat mensen daarbij helpt, is dus ook heel uniek. Onderstaand lijsten we een aantal initiatieven op, die voor sommige mensen hulp kunnen bieden bij het omgaan met afscheid nemen, rouw en verlies. Het is geenszins onze bedoeling een volledig overzicht te maken, maar wel jullie enkele suggesties uit het brede aanbod aan te reiken.

Neergeschreven verhalen
Verhalen en boodschappen kunnen op verschillende manieren opgeschreven worden en zo van betekenis zijn in het omgaan met rouw en verlies. Zo kunnen mensen die niet zo lang meer te leven hebben, hun verhaal

laten optekenen door een extern persoon. Schrijfster Hilde Ingels laat mensen terugblikken op hun leven, vooruitkijken naar het afscheid dat eraan komt en spreekt met hen over de dood. In haar boek



"Afscheid dat verbindt" reflecteert de auteur op deze ontmoetingen en reikt ze handvatten aan voor wie met de eindfase van het leven geconfronteerd wordt. Nabestaanden delen hun ervaringen over de laatste maanden, weken en dagen met hun geliefde, en enkele zorgverleners vertellen

over wat de veelvuldige contacten met stervenden met hen doen.

Meer info op
www.afscheiddatverbindt.be

Ook journalist Eveline Coppin interviewt mensen over hun inzichten, keerpunten, houvasten en bijzondere

Andere hulpmiddelen of ideeën ...

• Een herinneringendoos

Bijvoorbeeld de gouden doos van Lost&Co; een soort EHBO-kit vol warme attenties die je kan schenken aan iemand die rouwt. Meer info op: www.lostenco.be

• Een online herdenkingspagina

Aeterna biedt een digitaal platform aan waarop mensen hun verhalen, herinneringen, foto's en filmpjes kunnen samenbrengen en op die manier een prachtige herdenkingspagina creëren. Meer info via www.aeterna.site

• Kaartjes

Zoals de 52 tranenkaarten die het moeilijke wat makkelijker maken. Ze kunnen zowel in groep als één-op-één een gesprek op gang brengen en een hulpmiddel zijn om rouw en verlies bespreekbaar te maken. Meer info op: www.lostenco.be

Of de kaartjes van betekenis, een toegankelijk kaartspel met 50 vragen die er toe doen. Vragen over afscheid en verlies, over eigen gedachten over de dood,

over dat wat belangrijk voor je is. Om samen te bespreken, te beantwoorden en jezelf en anderen beter te leren kennen. Meer info op: www.bureaumorbidee.nl

• Literatuur

Over hoe in gesprek te gaan over afscheid nemen, rouw en verlies, bestaan er natuurlijk al heel wat boeken. Een recent verschenen interessante literatuurtip is het boek "Ik weet niet wat ik zeggen moet". Daarin geven Rob Bruntink en Mariska Overman tips en adviezen voor al die momenten in je leven dat je met dood, verlies en/

herinneringen. In die gesprekken komt ook de dood ter sprake: hoe zien ze hun afscheid, zijn ze bang om te sterven, hoe willen ze herinnerd worden? Hun verhaal krijgt dan vorm in een boek met foto's. Dat kan dienen om in gesprek te gaan met wie hen lief is en is voor de nabestaanden een tastbare herinnering.

Daarnaast kan je natuurlijk ook je verhalen neerschrijven samen met je naasten. Het 'Voor altijd verbonden' boek is een invulboek met >>>

of rouw in aanraking komt. Wat zeg je tegen iemand die kapot is van verdriet na een verlies? Of hoe ga je het gesprek aan met je naaste als je het wilt hebben over de laatste levensfase? Hoe vertel je jouw kind dat oma is overleden?

• **En daarnaast kunnen natuurlijk ook andere manieren van 'creatief aan de slag gaan' helpen** zoals muziek, tekenen, schilderen, maar ook letterlijk in beweging komen (bv. wandelen, yoga, meditatie of dansen).

Tot voor kort kon ik doen wat ik wou. Ik sprong gewoon in mijn auto en was weg. Nu is dat niet meer zo vanzelfsprekend. Het is niet leuk als je vijf stappen zet en je je moe voelt. Ik kruip niet in een hoekje en ga niet zagen en klagen. Dat helpt niemand. Maar ik moet ook zeggen hoe ik me voel en me niet beter voordoen dan ik ben. En laat dat laatste net iets zijn waar ik in uitblink. (lacht)

Afhankelijk zijn van anderen geeft me een dubbel gevoel. Enerzijds zou ik alles liever zelf doen, maar anderzijds ben ik blij met de hulp die me wordt aangeboden. Zo poetste Jans mama onlangs de eerste verdieping. Ik kan het niet meer zelf. Daar moet ik me bij neerleggen.

Veel mensen zeggen: 'Als er iets is, vraag het maar, he.' Maar ik durf dat niet zelf te vragen, omdat ik genoeg hulp heb. Mocht een vriendin zich in mijn situatie bevinden, dan zou ik (evenwel) zonder vragen een pot soep of spaghettisaus aan haar deur zetten. Bert en Sofie deden dat voor mij! Ze maakten ongevraagd lasagne en soep als ik naar de chemo moest. Heerlijk! Alles zelf willen doen en te allen tijde de controle houden, is ook wel mijn valkuil. Ik moet openstaan om hulp te ontvangen, maar voel me verplicht iets terug te doen of mensen meer toe te laten. Als je sommigen één vinger geeft, nemen ze je hele hand. Het omgekeerde van zorgen, is bemoeien. Dat wil ik niet meer. Ook al weet ik dat mensen het goed bedoelen. Het is aan mij om grenzen aan te geven. Ik ben alleszins dankbaar dat er zoveel mensen om me geven. Mijn ouders en schoonouders, Fiona en haar gezin, mijn vrienden en vriendinnen, collega's. Iedereen doet wat hij kan.

Ik probeer niet te veel naar de toekomst te kijken. Het beste is om in het moment zelf te zijn. Elke dag is een geschenk. Natuurlijk schiet het weleens door mijn hoofd... Nu ik nog redelijk goed ben, profiteer ik er nog van om allerhande praktische zaken te regelen.

Zo gaan we binnenkort trouwen. Nee, er zal geen groot feest zijn. Maar ik kan wel op mijn beide oren slapen dat Jan en Leon niets te kort zullen komen als ik er op een dag niet meer ben.

Ik weet niet hoe lang ik nog ga leven en hoe dat sterven gaat. Heb ik daar schrik voor? Ja en nee. Ik vind het heel moeilijk en jammer om mensen die ik graag zie te moeten achterlaten. Ik wou nog starten met een behandeling, maar mijn lichaam bleek te zwak. Ik zou nog graag de communie van Leon op 17 mei meemaken. En natuurlijk nog veel meer van en met Leon, maar ik weet niet of dat nog realistisch is...

Geruststellen

Weinigen durven met mij over de dood te praten. Alleen Fiona en Jan. Ik denk dat ik meestal zelf de aanzet geef. Morgen komt er iemand van palliatieve thuiszorg. Palliatieve... ik vind dat een verschrikkelijke term. Ik wil geen euthanasie of palliatieve sedatie, want ik wil bewust naar het licht kunnen gaan, naar de bevrijding.

Ik heb Jan al kunnen zeggen wat ik belangrijk vind wat Leon betreft. Ik zou bijvoorbeeld niet willen dat hij of iemand anders kwaad wordt, omdat hij zelf gefrustreerd is. Dan verbreek je de verbinding en kwets je een kind diep.

Mijn grootste wens is om te genezen. Ik heb soms het gevoel dat mijn taak hier nog niet is volbracht. Ik hoop nog op een mirakel. Van elke zagezegd ongeneeslijke ziekte is er altijd wel iemand genezen. Ik probeer positief te blijven, maar ben ook realistisch.

— Eveline Coppin

Tekstfragment uit het boek 'Liefde overstijgt alles', dat Eveline Coppin schreef op basis van haar gesprekken met Annabel Vereecke.

>>> schrijfp opdrachten die kunnen helpen om de betekenis van een relatie met de ontvanger onder woorden te brengen. Dat kan de aanleiding zijn voor een gesprek tussen jou en diegene aan wie je het schrijfboek wil geven. Ook de ontvanger van het boek krijgt op zijn beurt de kans om diezelfde schrijfp opdrachten te maken. Zo kan hij ook schrijven wat jij voor hem hebt betekend.

Meer info op

www.watiknogzeggenwou.be

Gesproken verhalen

Net zoals mensen materiële bezittingen kunnen nalaten, kunnen ze ook videoboodschappen achterlaten. Joris (filosoof en videograaf) en Hanne (ritueelbegeleider bij afscheid): "Er wordt te weinig gedaan met de liefde, wijsheid en levenservaring van mensen." Met een 'videotestament' willen ze hen de kans geven een verhaal als waardevol geschenk na te laten.

Meer info op

www.hetvideotestament.be

Getekende verhalen - scribing

Via scribing, het neertekenen van verhalen, biedt Anje Claeys de mogelijkheid om creatief aan de slag te gaan met een verlies. Een scribing sessie is een online vorm van coaching waarbij Anje op een tekenende manier aanwezig is bij jou en je verhaal. Tijdens het gesprek tekent ze. Daardoor ontstaat een visueel houvast dat je de weg wijst en waarmee je een hele tijd verder kan. Het is een uniek proces, waarbij je mentale redeneringen worden gevisualiseerd.

Meer info op: www.bioart.eu



Palliatieve zorg in België vond haar oorsprong in Brussel. Reden genoeg dus om dieper in te gaan op personen of organisaties die ons kunnen inspireren om ons verder in te zetten voor ons unieke levenseindemodel.

br.e.l. zet Brussel in de kijker
Brusselse Expertise Levensende

Meelevende

**"Mijn oprechte medeleven":
Het zijn herkenbare
woorden voor iedereen
die al geconfronteerd werd
met rouw en verlies. We
zeggen of schrijven het woord
medeleven soms, omdat we bij rouw
vaak beelden voor ogen hebben van
huilende mensen en daar trachten we dan
empathisch op te reageren. Maar los van het
culturele aspect van die verdrietuitingen kan er soms uit
verlieservaringen ook een drive voortkomen, ambitie en
vastberadenheid.**

Onder impuls van de socioloog Allan Kellehear zijn er wereldwijd modellen ontstaan voor Compassionate Communities, Compassionate Cities, Compassionate Schools,... Dit alles vanuit de filosofie dat een levenseindebeleid deel moet uitmaken van de hele samenleving en dat de gemeenschap gezien moet worden als een volwaardige partner. Het is m.a.w. een gevoel van verbinding creëren op een grotere schaal. Deze Compassionate beweging tracht een antwoord te bieden op de noodzaak om gemeenschappen te herintegreren voor en rond mensen en hun sociale omgeving in een levenseindefase. Het heeft natuurlijk ook te maken met het feit dat de dood in veel landen moeilijk bespreekbaar is en zelfs soms een taboe is. Een van de primaire doelstellingen van de Compassionate Communities is dan ook net het doorbreken van dat taboe en de palliatieve zorg op de agenda van

beleidsmakers te zetten en daardoor die levenseindezorg te herintegreren in het leven van mensen. Ook andere initiatieven hebben diezelfde doelstelling, denk maar aan de 'death cafés' en 'death over diner' of dichter bij huis het Nederlandse initiatief Bureau MORBidee dat producten en diensten ontwikkelt om bij te dragen aan de bewustwording rond dood en sterven.

Ook in België zie je zulke evoluties en deed de Compassionate beweging de laatste jaren zijn intrede. Zo engageerde de Vrije Universiteit Brussel zich in 2019 als Compassionate University, **meelevende universiteit**. Door bepaalde acties – waaronder in Coronatijden ook digitale acties – willen ze een steentje bijdragen aan het vormen van



© VUB / Thierry Geenen

gemeenschappen

een universitaire gemeenschap waar iedereen elkaar ondersteunt tijdens ingrijpende momenten en ervaringen in het leven. Zo werd een 'Moment van troost' opgericht, een jaarlijkse plechtigheid waar aandacht geschonken wordt aan verlies en lijden in al zijn vormen bij studenten en personeel. Daarbij richten ze zich zowel op al wie een dierbare verloor als op al wie zelf ziek is, zorgt of een moeilijke periode doormaakt.

Uiteraard maken verlies, overlijden, rouw, situaties van ernstige ziekte en langdurige (mantel)zorg ook deel uit van het dagelijkse leven in een stad. Daarom sloegen Bruggelingen de handen in elkaar en werd Compassionate Brugge in september 2020 opgericht als eerst Compassionate City van België. Daarmee treden ze in de voetsporen van onder andere Ottawa (Canada) en Melbourne (Australië). Ze willen er de inwoners duurzaam ondersteunen

bij rouwverwerking en verlies door dat verlies net te erkennen en bespreekbaar te maken. Op die manier trachten ze de negatieve sociale, psychologische en medische gevolgen van verlies en verdriet te verminderen. In Brugge pakken ze het dus aan volgens de filosofie van de socioloog Allan Kellehear die steeds onderstreept dat levenseindezorg een essentiële sleutel is binnen elke samenleving. Dat doen ze door over de beleidsdomeinen en bevolkingslagen heen te werken, in een sterk verbindend netwerk van burgers en actoren uit tal van sectoren. Daarom zal Compassionate Brugge ook de basis vormen van een doctoraatsonderzoek. Daarvoor slaat de stad de handen in elkaar met de End-of-Life Care Research Group van Ugent en VUB. En zo is de cirkel in deze Br.E.L. rubriek met een Brusselse link alweer rond...

— Hannie Van den Bilcke



Death over diner

Talrijke initiatieven zijn de laatste jaren ontstaan om taboes over de dood te doorbreken en mensen bewust te maken van het belang om vooraf en dus tijdig na te denken over je eigen levenseinde.

Een interessant én origineel voorbeeld van de Death Education Mouvement is 'Death Over Dinner'.

Het idee is eenvoudig. Op de website www.deathoverdinner.org (een lust trouwens voor het creatieve oog) vul je enkele vragen in over met wie je aan tafel zal schuiven, waarom je het gesprek wil aangaan en welke tools je interessant vindt (geschreven tekst, video of audio). Zodra je klaar bent met het invullen van de vragen, worden enkele fragmenten samen met een handleiding om de avond zelf een gesprek over leven en dood op gang te brengen naar je diner-gasten gestuurd. Heb je al zin het even uit te testen, lees dan nog enkele vuistregels door:

- Verras je genodigden niet. Niemand zit te wachten op pizza-night wat ineens death-night blijkt te zijn.
- Creëer de juiste sfeer: maak iets eenvoudigs klaar, versier je tafel, neem de tijd.
- Spreek vanuit 'ik'. Het is niet het moment om in discussie te treden.
- Leg je gsm ergens ver weg. Niemand vindt het fijn als zijn gesprekspartner online gaat terwijl hij zijn levenseindewensen op tafel legt.
- Blijf niet als enige aan het woord, luister aandachtig en kom zelf uit je comfortzone.

En last but not least: schrijf achteraf neer wat vastgelegd mag worden. Zo vergroot je de kans dat je wensen later ook effectief gerespecteerd zullen worden.

Meer info op: www.deathoverdinner.org

agenda

Omwillen van COVID-19 kunnen onderstaande vormingen mogelijk online doorgaan. Check de website www.forumpalliatievezorg.be voor de recentste wijzigingen.

Basiscursus palliatieve zorg voor logistiek personeel

___ Datum

3 maandagnamiddagen
van 13u30 tot 16u30

- 8 en 15 maart 2021
- 19 april 2021

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Basiscursus palliatieve zorg voor vrijwilligers

___ Datum

8 vrijdagvoormiddagen
van 09u30 tot 12u30

- 5, 12, 19 en 26 maart 2021
- 2, 23 en 30 april 2021
- 7 mei 2021

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Palliatieve zorg voor mensen met COPD

___ Datum

Donderdag 18 maart 2021
van 20u tot 22u

___ Docenten

- Charlotte Scheerens, onderzoeker, End-of-life Care Research Group VUB en UGent
- longarts (nog te bepalen), Belgian Respiratory Society

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Zorgvragers met lage gezondheidsvaardigheden

___ Datum

Maandag 29 maart 2021
van 14u tot 17u

___ Docent

Leen Haesaert, docente,
Thomas More hogeschool

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Basiscursus palliatieve zorg voor zorgverleners

___ Data

5 donderdagen
van 09u30 tot 16u

- 29 april 2021
- 6, 20 en 27 mei 2021
- 3 juni 2021

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Het gebruik van de subcutane spuitaanrijver

___ Datum

Maandag 10 mei 2021
van 13u tot 16u

___ Docent

Lut Nijs, palliatief
verpleegkundige, Omega vzw

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Basiscursus palliatieve zorg voor thuisverpleegkundigen

___ Data

6 dinsdagnamiddagen
van 13u30 tot 16u30

- 4, 11, 18 en 25 mei 2021
- 1 en 8 juni 2021

___ Locatie

W.E.M.M.E.L., Expertisecentrum
Waardig Levenseinde,
J. Vander Vekenstraat 158,
1780 Wemmel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

Humor in de palliatieve zorg

Interactieve lezing
door Marcellino Bogers,
verpleegkundige, cabaretier en
auteur van het boek "Humor als
verpleegkundige interventie".
Intro en outro door Pascale Platel

___ Datum

6 mei 2021 van 19u30 tot 21u

___ Locatie

Cinéma Galeries,
Ravensteingalerij 26, 1000
Brussel

___ Info en inschrijvingen

www.forumpalliatievezorg.be of
info@forumpalliatievezorg.be

