



Meld je aan met de **QR-code**



Practopics

Praktische topics voor de huisarts

Of klik op de link in de Q&A rechtsboven.





Practopics

Praktische topics voor de huisarts



Palliatieve zorg binnen ZAS brede context: een overzicht voor de praktijk.

27/06/2025



1. Algemeen overzicht

dr. Wesley Teurfs

2. Palliatief support team (PST)

Micheline Van Bosch

3. Dagcentrum Ikaria

Tania Pals



I. Algemeen overzicht

Palliatieve zorg

dr. Wesley Teurfs
Medisch oncoloog OCA
Palliatief arts – LEIF arts

ZIEKENHUIS *aan*
de STROOM

WHO definitie: Wat is 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, psycho-sociale en spirituele aard**.

Wanneer begint palliatieve zorg?

- Als de patiënt niet meer kan genezen van zijn levensbedreigende ziekte, bv. kanker
- **Geen** “terminale zorg” of “de laatste 3 maanden”

Wat houdt palliatieve zorg in -I- ?

Bij palliatieve zorg:
is niet de genezing van de patiënt het doel, maar **een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven**, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden;

Is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt;

Is er aandacht voor lichamelijke én psychische klachten;

Worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg **geïntegreerd** benaderd.

Wat houdt palliatieve zorg in -2- ?

Is er emotionele ondersteuning voor de patiënt en zijn naasten om **zo actief mogelijk** te leven;

Is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en met eigen **rouwgevoelens**;

Wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet kan worden gekomen, indien nodig ook na het overlijden van de patiënt (**ondersteuning bij verliesverwerking**).

Wat houdt palliatieve zorg NIET in ?

Medicatie afbouwen

Geen technische onderzoeken uitvoeren

Palliatieve zorg **kan** vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn (zoals chemotherapie en radiotherapie)

Palliatieve zorg **kan** ook (medische) onderzoeken omvatten die nodig zijn om pijnlijke, klinische complicaties te begrijpen en te behandelen

Palliatieve zorg en oncologie

- 50% van de oncologische patiënten
- Zodra niet-curatief traject
- Ook supportieve zorg binnen curatief traject
- Tijdig bespreekbaar maken!
- Kan samenlopen met actief behandelingstraject, niet alleen maar sequentieel
- **Integratie** in oncologisch centrum cf. ESMO projecten (European Society of Medical Oncology)

ESMO

designated centres of integrated oncology and palliative care services

- Label reeds meerdere jaren behaald binnen diensten oncologie
ZNA en GZA → ZAS Augustinus en ZAS Palfijn
- Medisch oncologen voortrekkersrol : cf. recent virtual visit ESMO (sterk engagement)
- Meerdere LEIF artsen werkzaam binnen oncologie ZAS breed

Palliative Care Indicator Tool (PICT)

- “Zou ik verbaasd zijn als deze patiënt binnen 1 jaar overlijdt?”
- Doel: tijdig identificeren palliatieve patiënt **o.b.v. zorgnood**
- Luik 1: heeft deze patiënt nood aan palliatieve zorg?
- Luik 2: inschatten ernst van de zorgnoden m.b.t. palliatief statuut
 - Volledig
 - Verhoogd
 - Eenvoudig

Expertise

Symptoomcontrole bij palliatieve patiënten

- Pijn
- Anorexie
- Dehydratie en vochttoediening
- Reutel
- Dyspnoe
- Delier
- Moeheid
- ...

Beslissingen rond het **levenseinde**

- Vroegtijdige zorgplanning (VZP)

Pijn bij kanker

Dikwijls 'meerdere' pijnen, meerdere origines

Meerdere mechanismen

Dikwijls gemengd : zowel nociceptieve & neuropathische pijn

Bijna altijd chronisch, met acute opstoten

Niet alleen behandelen maar ook voorkomen

Behandeling liefst eenvoudig (want langdurig)

Met de bijwerkingen van analgetica rekening houden

Vragen bij pijn

- Waar heeft U pijn?
- Wanneer begonnen?
- Hoe is de pijn ontstaan? Acuut? Al langer?
- Hoe is het beloop? Altijd, soms, wisselend...
- Kunt U de pijn beschrijven? Stekend, dof...
- Hoe erg is de pijn? Cijfer....
- Wat zou de pijn kunnen veroorzaken?
- Waardoor wordt de pijn erger?
- **Belemmert de pijn het slapen? Wordt u wakker van de pijn?**
- Bij uw bezigheden?
- Welke medicijnen gebruikt U tegen de pijn?
 - Dosering, helpt het? Bijwerkingen van de pijnmedicatie?



Pijntypes

Nociceptieve pijn

- weke delen pijn
- lymfoedeem pijn
- viscerale pijn
- botpijn
- spierpijn

Opioid-responsief ?

++++

+++

+++

++

++

Niet-nociceptieve pijn

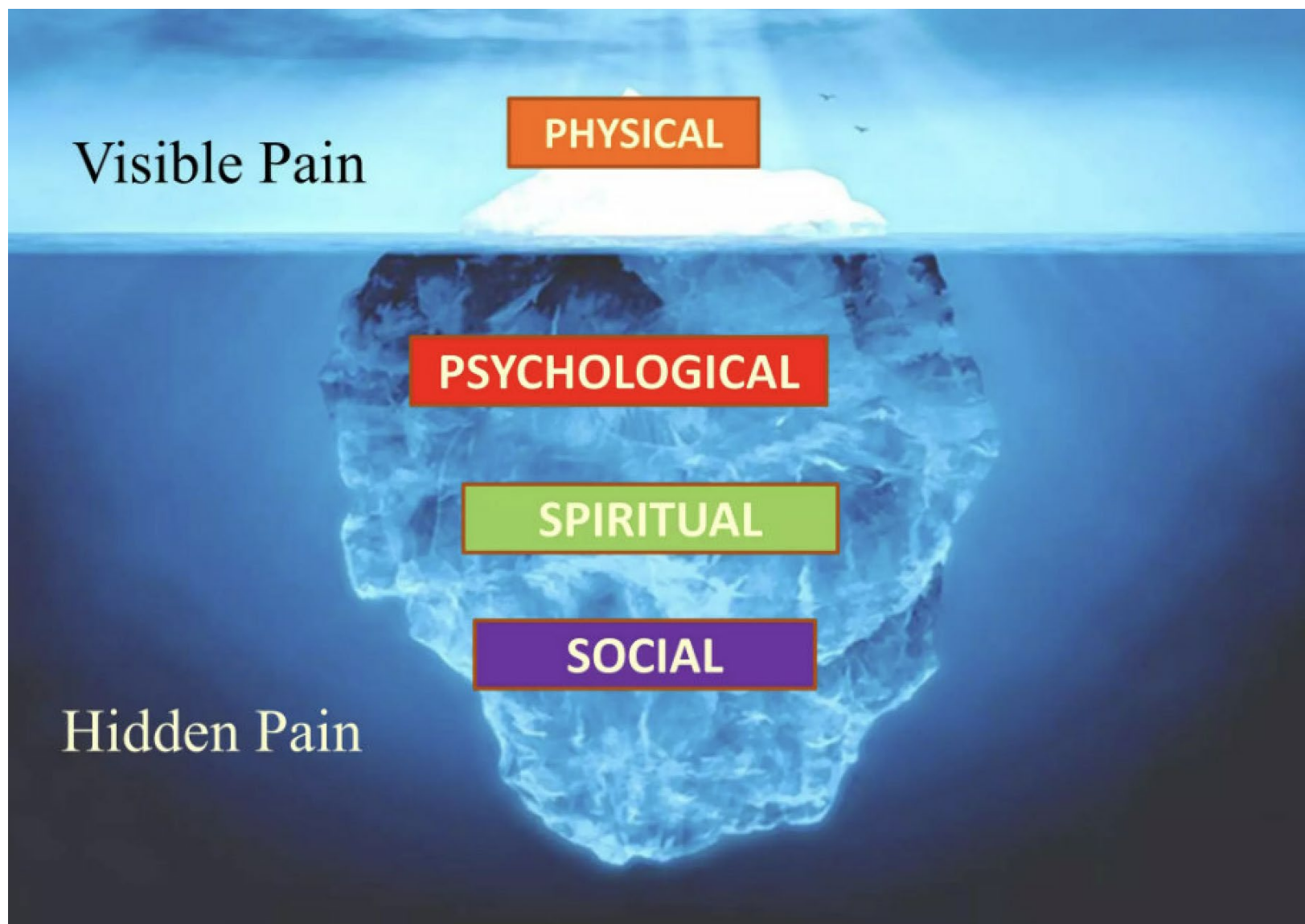
- neuropathische pijn
(compressie, invasie)
- intracraniële overdruk
- psychogene pijn
- spirituele pijn

+

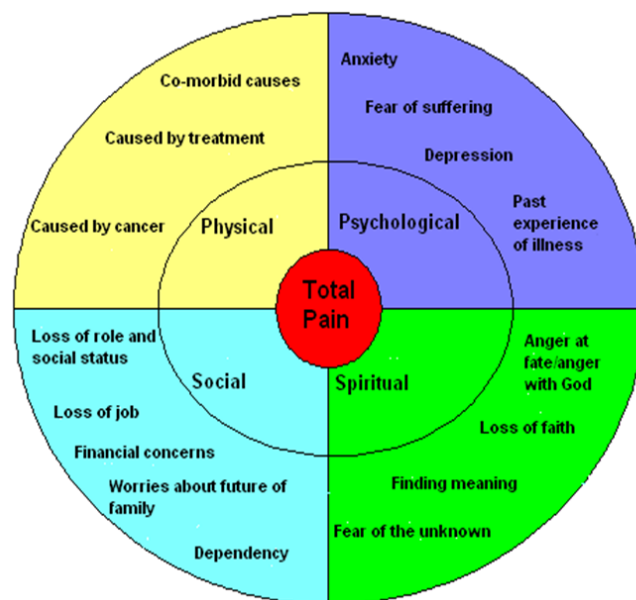
+

0

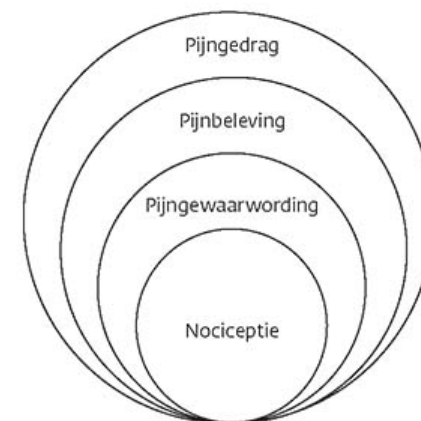
0



“Totaalpijn”



Pijnmodel van Loeser



Algemene richtlijnen analgesie

- Aandacht voor comorbiditeiten en thuismedicatie/supplementen
- TIJDIG STARTEN!
- Voorkeur oraal of transdermaal
 - Subcutaan als PO of TD niet mogelijk/gewenst of onvoldoende snelle pijncontrole
 - Intraveneus als SC route gecontra-indiceerd (uitgebreide oedemen, stollingsproblematiek) of zeer snel effect noodzakelijk
 - Neuraxiaal (intrathecaal/epiduraal) als bovenstaande onvoldoende pijnstillend effect of forse bijwerkingen
 - Rekening houden met voorkeur/wensen patiënt
- Onderhoudsbehandeling op vast schema (langwerkend)
- Doorbraakmedicatie te voorzien (1 op 6 verhouding)
- Stapsgewijze benadering
- Overweeg bij trap 2-3: trap 1 te behouden (meerwaarde op individuele basis te bekijken)

Anorexie en ondervoeding

Gevolgen van ondervoeding

- Grotere kans op bijwerkingen van radiotherapie en chemotherapie
- verhoogd operatierisico
- Vertraagde wondgenezing
- Verminderde weerstand met verhoogde kans op infecties
- Slechtere functionele capaciteit en kwaliteit van leven
- Lagere kans op respons op chemo- en radiotherapie en kortere levensverwachting

Behandeling en interventies van anorexie-cachexie syndroom

Wat is het **doel** van de behandeling?

- Meer comfort ?
- Welslagen van een behandeling?

Interventies:

- Medicamenteus: corticoiden, progestativa, prokinetica (bv metoclopramide of domperidon)
- Mondzorg
- Voedingsadvies, wensdieet, drinkvoeding, pureren
- Kleine frequente maaltijden, aantrekkelijke presentatie
- Verbetering algemene conditie, lichaamsbeweging indien levensverwachting dat rechtvaardigt
- Meestal geen plaats voor parenterale- of sondevoeding
 - Uitzonderingen bv ileus, ALS, etc

Dehydratie en vochttoediening in de terminale fase

Dehydratie = tekort aan lichaamswater

Normaal: tekort $\rightarrow$ [Na] stijgt $\rightarrow$ dorst $\rightarrow$ drinken

Terminale dehydratie: als pt. onvoldoende kan drinken

Vochtbalans: waterverlies via:

- Urine
- Huid 400-500 ml /dag
- Uitademing 300-400 ml/dag
- Ontlasting 100 ml/dag

Beleid bij terminale dehydratie

Algemene maatregelen (onafhankelijk van de uitkomst van de besluitvorming):

- Optimale lichaamsverzorging
- Goede mondverzorging
- Indien mogelijk: staken of wijzigingen van medicatie (o.a. diuretica, middelen met anticholinerge (bij)werking, opioïden)

Besluitvorming en afweging van verschillende factoren:

- Reversibele en/of behandelbare oorzaak van de dehydratie ?
- Vochttekort snel ontstaan ?
- Aanwezigheid van dorst? Andere symptomen?
- Effect van vochttoediening op de kwaliteit van leven ?
- Wat is de levensverwachting van de patiënt ?
- De wens van de patiënt en diens naasten

Reutel

Natuurlijk fenomeen tijdens stervensfase (meestal tijdens laatste 24-48u)

Subjectieve last naasten/(para)medici >>> patiënt

Prospectieve studie *:

- 71 patiënten
- DRIS (Death Rattle Intensity Scale) en de RDOS (Respiratory Distress Observation Scale)
- 45% doodstreutel
- 17% anticholinerge en antisecretorische medicijnen → bij ½ effect
- Reutel hangt niet samen met mate van respiratoir lijden

Scopolamine, buscopan, atropine (cave bijwerkingen)

* Campbell, M. L. & Yarandi, H. N. (2013). Death rattle is not associated with patient respiratory distress: Is pharmacological treatment indicated? Journal of Palliative Medicine, 16 (10).

Dyspnoe

Wat is dyspnoe ?

het subjectieve gevoel dat de ademhaling tekortschiet

Frequentie:

35% van de patiënten met kanker in de palliatieve fase.

Bij longkanker ca. 70%.

94% bij “terminale” COPD.

72% bij hartfalen het laatste jaar voor overlijden.

Behandeling dyspnoe

Behandelbare oorzaak?

- Pneumonie ? Antibiotica?
- Hartfalen ? Diuretica?
- Pleuravocht, ascites? Punctie?

Niet-medicamenteuze symptomatische behandeling

- afkoeling van het gezicht door goede ventilatie
- verhoging van vochtigheidsgraad van de lucht
- zuurstof (alleen bij hypoxemie)
- uitzuigen van taai secreet bij tracheostoma

Medicamenteuze symptomatische behandeling

- **Morfine**
 - intermitterend kortwerkend: 2,5-5 mg s.c./i.v. of 5-10 mg oraal om de vier uur
 - slow release: 2 dd 10-30 mg p.o.
 - 15-30 mg/24 uur continu s.c.
- Altijd in combinatie met snelwerkend morfine p.o./s.c. voor “doorbraak-dyspnoe”.
- Corticosteroiden bij centrale obstructie, lymphangitis carcinomatosa, pneumonitis door radiotherapie of chemotherapie en vena cava superior syndroom
- Benzodiazepinen p.o., s.c./i.v. (vaak in combinatie met morfine of corticosteroiden)
- Luchtwegverwijders bij COPD

Delier ((Gr) = gekkenpraat)

Delier is een toestandsbeeld dat *in korte tijd* ontstaat (uren tot dagen), waarbij het bewustzijn wisselend gestoord is en de patiënt vaak verward is.

Daarnaast bestaat onrust of, in geval van een stil delier, juist apathie en verlies van initiatief. Vaak zijn er hallucinaties en/of wanen.

Er is per definitie een onderliggend somatisch lijden.

Delier kan voor de patiënt (en familie) beangstigend zijn. Later vaak amnesie voor de gebeurtenis.

Terminale onrust: prikkeling CZS, plukken aan lakens, spiertrekkingen, tremoren, etc.

Delier behandeling

Niet medicamenteus

- Overvolle blaas ? Koorts ? Pijn ?
- Medicatie ? Dehydratie ?
 - opioïden, metoclopramide, benzo's...
 - recent gestopt? bv benzodiazepines, nicotine
- Laat patiënt niet alleen, zeg wie je bent, vertrouwde omgeving (foto), oriëntatie (klok, evt licht), rust.....
- Veilige omgeving, bed laag, etc
- Ga niet mee in wanen, maar spreek ze niet tegen

Medicamenteus

- haloperidol, (+lorazepam)
- soms palliatieve sedatie bij refractair terminaal delier

Patiënt en familie informeren en begeleiden

Terminale moeheid

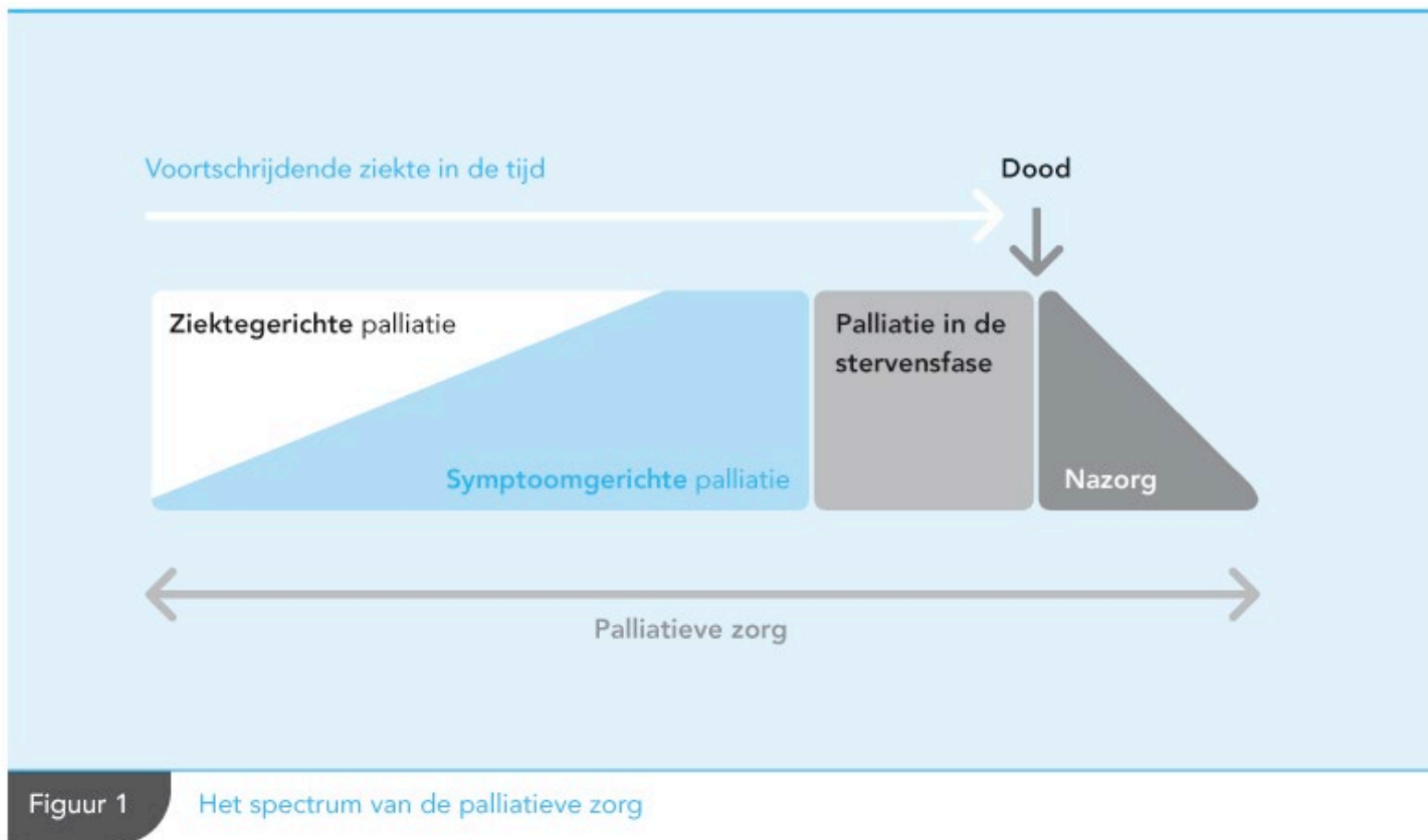
Gevoel van uitputting / asthenie

- frequent: 74-86% laatste weken voor overlijden
- oorzaak onbekend
 - anemie, depressie, infectie, leverfalen, slapeloosheid, cachexie....

Behandeling

- Balans fysieke activiteit en rusten
- Ontspanning, massage, afleiding
- Evt medicamenteus: corticoïden, rilatine

Vroegtijdige zorgplanning



Doel van vroegtijdige zorgplanning

Diepe **wensen** van patiënt bespreekbaar maken (**participatie**)

Persoonlijke wensen voor de laatste levensfase kenbaar maken

- Wilsverklaring (negatieve, positieve)
- Palliatieve sedatie
- Euthanasie

Plaats van sterven bespreken

- Thuis
- Zorginstelling
- Palliatieve eenheid (belang van preventieve aanmelding)

Communicatie tussen patiënt en zijn naasten bevorderen

Tijdig bespreken van over- en onderbehandeling (**anticipatie**)

- Comfortzorg, pijn- en symptoomcontrole

Aanduiden van een vertegenwoordiger van patiënt ingeval hij/zij beslissingen niet meer kan nemen

Palliatieve eenheden (PE) binnen ZAS

PE ZAS Erasmus te Borgerhout



EIND 2025 nieuwe PE te campus Hoge Beuken

03 270 80 33

zna.er.ve-pz@zas.be

PE Sint-Camillus, ZAS Sint-Jozef te Mortsel ~ Dagcentrum Ikaria

03 444 13 80

gza.palliatieve@zas.be

gza.socialedienst.palliatieve@zas.be (aanmeldingen)

Beide afdelingen: 12 bedden (1-pk); ook mogelijkheid koppelbed.

Huiselijke en ongedwongen sfeer. Aanbieden van “warme zorgmantel”.

Zorg op maat. Begeleiding voor gast en naasten.

Living, stille ruimte, gemeenschappelijke keuken, terras en stadstuin.

Onbeperkte bezoeken.



Palliatieve eenheden (PE) binnen ZAS

Zorgteam

Multidisciplinair team van verpleeg- en zorgkundigen, artsen, kinesisten, maatschappelijk werkers, psychologen, diëtisten, vrijwilligers en medewerkers levensbeschouwelijke zorg.

Focus op:

- pijncontrole en opvang van fysieke klachten
- psychische begeleiding van onze gasten
- hulp bij sociale problemen zowel voor onze gasten als hun familie
- spirituele steun voor gasten en hun naasten

Belang van preventieve aanmelding én tijdige opname

<https://media.zas.be/m/1b169b09b398f70c/original/Aanvraagformulier-voor-opname-palliatieve-eenheid.pdf>

Palliatieve zorgconsulten binnen ZAS

Mogelijk via interne doch ook externe verwijzing

Voor wie?

Noodzaak tot gespecialiseerd advies palliatieve zorg

- VZP
- Symptoomcontrole
- EOL beslissingen - besluitvorming
- Onafhankelijk advies i.k.v. euthanasievraag (LEIF)

Door wie?

- dr. Wesley Teurfs
- Dr. Frank Van fraeyenhove

D • Siilo

Waar

- ZAS Augustinus (03/443 37 37)
- ZAS Palfijn (03/640 28 13)



Multidisciplinaire aanpak!

- Oncoloog - Orgaanspecialist
- Huisarts
- Radiotherapeut
- Verpleegkundige(n)
- Onco coach/nurse - Trajectbegeleider
- Psycholoog
- MST-PST
- Apotheek
- Diëtist
- Pijnkliniek
- Revalidatie
- Sociale dienst
- Levensbeschouwelijke zorg
- ...

D • Siilo



Rol van de huisarts

Signalering en markering (o.a. PICT)

VZP

Symptoomcontrole en **continuïteit**

Begeleiding van mantelzorgers

Onderhoud met palliatieve thuiszorgequipe

“De beste zorg is gezamenlijke zorg.”

Verwijs bij twijfel: beter te vroeg, dan te laat.



2. Palliatief support team

Micheline Van Bosch
PST verpleegkundige

ZIEKENHUIS *aan*
de STROOM

Algemene verantwoordelijkheden

- Begeleiden van oncologische en palliatieve patiënten en hun familie
- Zorgen voor continuïteit in begeleiding samen met het team
- In samenwerking met psychologen – gedeelde totaliteitszorg
- Opleiding gevolgd in psychologische begeleiding
- Samenwerken intra- en extramuraal (met interne en externe zorgverleners

bv. PHA, MOPA)

Verpleegkundige zorg voor patiënten

- Aanwezig bij opname, dagbehandeling, spoed, consultatie, telefonische interventies
- Betrokken bij:
 - Wilsverklaringen
 - Levensinde vragen
 - Stervensfase
 - Nazorg voor familie
- Geven van informatie en ondersteuning over zorg en begeleiding
- Herhaald contact met patiënt (opvolgafspraken tijdens opname of behandeling)
- Emotionele ondersteuning en crisisondersteuning
- Begeleiding bij pijn- en symptoomcontrole
- Aandacht voor kwaliteit van leven en comfort

Zorg voor familie

- Betrekken van familie bij gesprekken of behandelingen
- Aanbieden van:
 - **Partnerbegeleiding** (relatie- en communicatieproblemen)
 - **Ouderbegeleiding** (omgaan met kinderen en kanker)
 - **Rouwbegeleiding** (ambulante opvolging)

Ondersteuning van collega-zorgverleners

- Geven van vormingen (pijn, symptoomcontrole, emotionele zorg...)
- Adviseren en ondersteunen bij complexe zorgvragen
- Informeel aanspreekpunt voor collega's met emotionele belasting of morele stress
- Preventie van burn-out door aanwezig en aanspreekbaar te zijn
- Eventueel gericht doorverwijzen voor verdere ondersteuning

Samenwerking en teamwerking

- Wekelijkse teamvergaderingen voor casusbespreking en beleid
- Deelname aan multidisciplinaire vergaderingen op afdelingen
- Actieve samenwerking met collega's binnen en buiten ziekenhuis
- Regelmatig overleg met externe organisaties (bv. thuiszorg, PHA, LEIF...)
- Werken aan teamcohesie en onderlinge ondersteuning (ventilatie, reflectie...)



3. Dagcentrum Ikaria

Werking & meerwaarde

Tania Pals
Coördinator / sociale dienst

ZIEKENHUIS *aan*
de STROOM

Dagcentrum Ikaria

Is een ontmoetingsplaats voor patiënten met een ernstige, chronische en/of levensbedreigende ziekte, zoals

- * **gevorderde kanker**
- * hartfalen
- * COPD
- * nierziekten,
- * neurologische aandoening (zoals MS, Parkinson, ALS, ziekte van Huntington)
- * ...



Waarom dagcentrum Ikaria?

- 1/ ziek zijn even 'vergeten' → opnieuw mens voelen en geen patiënt
- 2/ ondersteuning van patiënt, mantelzorger en/of familie
- 3/ langer thuis kunnen blijven (in vertrouwde omgeving)
- 4/ samenwerking met andere zorgverleners / hulpdiensten
- 5/ verkleinen van drempel voor opname op palliatieve eenheid



Praktische info

Aanmelding

- 1/ aanvraagformulier ingevuld & ondertekend door (huis)arts bezorgen aan dagcentrum
 - 2/ sociale dienst DC neemt contact op met patiënt/mantelzorger om concreet af te spreken
- bewuste keuze: kennismakings-dag + intakegesprek
mantelzorger (liefst) ook aanwezig

Begeleiding

- * multidisciplinair team:
verpleeg- & zorgkundige, psycholoog, sociale werker, arts en vrijwilligers
- * extra zorgondersteuning: kiné

Praktische info

Financieel

dagprijs	€5,00
vervoer (via taxi Hendriks)	€3,00/rit

* Via een maandfactuur

Financiële tegemoetkoming

- * dagprijs = voordeel via mutualiteit - beperkt en NIET voor iedereen hetzelfde voordeel
(dagcentrum doet hiervoor het nodige / gast of mantelzorger hoeft hier niets voor te doen)
- * vervoer = voordeel via Vlaamse overheid – onbeperkt en voor iedereen hetzelfde voordeel
(wordt direct verrekend op de maandfactuur)

Contactgegevens

* Tania Pals (coördinator / sociale dienst) 03 444 13 29 (41329)

dagcentrumikaria.administratie@zas.be

* Zorgteam dagcentrum 03 444 13 85 (41785)

dagcentrumikaria@zas.be

ZAS waarden



Warm



Verbonden



Respectvol



Vooruitstrevend

Volg ons op **zas.be** en





Bevestig via de QR-code
je deelname



Of klik op de link in de Q&A rechtsboven.



Practopics

Praktische topics voor de huisarts

