

**PXL HOGESCHOOL**

**Bachelor na bachelor Creatieve Therapie**



**Door Wendy Mellaerts**

**O.l.v. Els Peters - Promotor**

Hasselt, 2014

## **Onontkoombaar**

Het blauw van de hemel verbleekt  
zodra ik mijn ogen open  
en wegga  
van mijn doek en mijn dromen.

Er komt een kleur die ik niet ken  
en die ik niet kennen wil  
maar de werkelijkheid die me uitnodigt  
is onontkoombaar.

*Claire vanden Abbeele*

# Voorwoord

Dit is mijn integratieproject voor de studie BaNaBa Creatieve Therapie aan de PXL in Hasselt.

De afgelopen twee jaren stond mijn leven volledig in het teken van bouwen. Samen met mijn partner bouwde ik een prachtige nieuwbouwwoning en we maakten hier onze nieuwe uitvalsbasis van.

Ondertussen bouwde ik ook aan een nieuwe professionele toekomst. Ik volgde een opleiding beeldende therapie en verdiepte me hiervoor in de palliatieve zorgsector. Om extra praktijkervaring op te doen, koppelde ik mijn stage (bij Topaz, een palliatief dagcentrum in Wemmel) ook aan mijn scriptie.

Vanuit mijn werk als ambulancier kwam ik regelmatig in aanraking met patiënten met een levensbedreigende ziekte. Wanneer ik de link legde met mijn nieuwe opleiding, ontdekte ik al snel dat beeldende therapie een mooie aanvulling kon zijn in de psychosociale zorg voor palliatieve patiënten. Hierdoor heb ik er voor gekozen om me verder te verdiepen in de palliatieve zorgsector en te onderzoeken wat het huidige aanbod is en wat beeldende therapie hierin zou kunnen betekenen.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan het tot stand komen van mijn scriptie. In het bijzonder wil ik Mevr. Els Peters, mijn scriptiebegeleidster, bedanken voor haar gestructureerde aanpak. Daarnaast wil ik de mensen van Topaz bedanken om mij volledig op te nemen in hun equipe. Bij hun ondervond ik aan den lijve hoe warm en welkom een dagcentrum voor mensen met een levensbedreigende ziekte kan zijn. Tenslotte (last, but not least!) wil ik ook mijn partner bedanken voor alle morele steun. Hij fungeerde regelmatig als klaagpaal en wist mij telkens weer aan te moedigen voor de volgende stap.

Wendy Mellaerts

# Inhoudsopgave

1. Onderzoeksvraag	p.	7
2. Methode	p.	8
3. Resultaten	p.	9
3.1. Literatuurstudie	p.	9
3.1.1. Definitie palliatieve zorg	p.	9
3.1.2. Terminale zorg	p.	11
3.1.3. Situering palliatieve zorg in Vlaanderen	p.	12
3.1.3.1. Ontstaan palliatieve zorg	p.	12
3.1.3.2. Ontstaan palliatieve zorg in België	p.	13
3.1.3.3. Organisatie palliatieve zorg in Vlaanderen	p.	13
3.1.3.3.1. Het palliatief netwerk	p.	14
3.1.3.3.2. Palliatieve thuiszorgequipes	p.	14
3.1.3.3.3. Palliatieve functie in ziekenhuizen	p.	14
3.1.3.3.4. Thuisvervangende voorzieningen	p.	15
3.1.3.3.5. Residentiële eenheden voor palliatieve zorg	p.	15
3.1.3.3.6. Supportieve en palliatieve dagcentra	p.	16

3.1.4. De noden van de palliatieve patiënt	p.	17
3.1.4.1. Rouwprocessen	p.	17
3.1.4.2. De holistische mensvisie	p.	19
3.1.4.2.1. Het somatische aspect	p.	20
3.1.4.2.2. Het psychische aspect	p.	20
3.1.4.2.3. Het relationele aspect	p.	21
3.1.4.2.4. Zingeving	p.	22
<b>3.2. Vragenlijst</b>	p.	23
3.2.1. Doelstelling	p.	23
3.2.2. Methode	p.	24
3.2.3. Resultaten	p.	26
<b>3.3. Beeldende therapie</b>	p.	34
3.3.1. Meerwaarde van beeldende therapie in palliatieve zorg	p.	34
3.3.2. Holistische aanpak	p.	35
3.3.2.1. Het somatische aspect	p.	35
3.3.2.2. Het psychische aspect	p.	36
3.3.2.3. Het relationele aspect	p.	39
3.3.2.4. Zingeving	p.	40
<b>3.4. Voorbeelden</b>	p.	41
3.4.1. Mandala	p.	41
3.4.2. Werkvormen gericht op de vier basisemoties	p.	43
3.4.3. Herinneringsdoosje	p.	43
3.4.4. Life-review	p.	44

4. Conclusie	p.	45
5. Discussie	p.	47
Bibliografie	p.	48
Bijlagen	p.	53

# 1. Onderzoeksvraag

Deze scriptie verdiept zich in de vraag “Wat is de meerwaarde van beeldende therapie in de palliatieve zorg?”.

Deze vraag omvat eigenlijk meerdere deelvragen:

- Is beeldende therapie momenteel reeds gekend in de palliatieve zorg?
- Waar heeft de palliatieve patiënt nood aan?
- Zou beeldende therapie hierin een meerwaarde kunnen betekenen?

Als start wordt er eerst geschetst wat palliatieve zorg eigenlijk juist is en hoe dit georganiseerd is in Vlaanderen. Er wordt kort gepolst of beeldende therapie al gekend en toegepast wordt in de palliatieve zorg. Heeft men al ooit gehoord van creatieve therapie en meer specifiek van beeldende therapie? Is beeldende therapie al standaard opgenomen in het zorgaanbod?

Welke zijn de aandachtspunten bij iemand die geconfronteerd wordt met zijn naderende levenseinde? Waar heeft men nood aan in deze periode? Om in te schatten of beeldende therapie een meerwaarde zou kunnen betekenen in de palliatieve zorg is het belangrijk om eerst eens te kijken naar de noden van een palliatieve patiënt.

Wanneer we weten welke de noden zijn, kunnen we bekijken of beeldende therapie hier kan bij aansluiten.

Tot slot worden er enkele concrete voorbeelden uitgewerkt.

## 2. Methode

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag en de drie deelvragen steunt deze scriptie op drie grote pijlers: een literatuurstudie, een vragenlijst en tot slot praktijkgerichte ervaringen.

De literatuurstudie schetst wat palliatieve zorg juist inhoudt. En wat is het verschil tussen palliatieve zorg en terminale zorg? Beide begrippen worden wel vaker door elkaar gebruikt. De literatuurstudie scheidt daar eerst even duidelijkheid in. Daarna wordt kort het ontstaan van de palliatieve zorg geschetst en hoe het zich dan verder heeft ontwikkeld in België. Hoe is de palliatieve zorg georganiseerd in ons land? Tot slot verdiepen we ons in de concrete noden in de palliatieve zorg. Zijn er grote lijnen te herkennen? Met welke specifieke problemen, gedachten en gevoelens krijgt een mens die geconfronteerd wordt met zijn eigen nakende dood te maken? Voor deze literatuurstudie werden een hele lijst internetsites geraadpleegd (zie bibliografie), met zoektermen zoals “palliatieve zorg”, “terminale zorg”, “stervensbegeleiding”, “rouwprocessen”, “beeldende therapie”, “creatieve therapie”,... (zowel in het Nederlands, als in het Engels), al dan niet in combinatie met elkaar. Ook allerlei eindwerken van diverse hogescholen werden geconsulteerd. Daarnaast bood het LevensEinde InformatieForum (LEIF) in Wemmel en Pallion in Hasselt toegang tot heel wat boeken rond palliatieve zorg (zie bibliografie).

Een korte vragenlijst werd verdeeld in verschillende palliatieve settings. Deze vragenlijst werd heel bewust uitgedeeld in zowel een thuiszorgequipe, als een palliatief support team in een middelgroot ziekenhuis, als een palliatieve eenheid van een ziekenhuis en een dagcentrum voor mensen met een levensbedreigende aandoening. In deze vragenlijst werd gepolst of men vertrouwd was met beeldende therapie en hoe belangrijk men psychosociale zorg vindt in de palliatieve zorg.

Praktijkgerichte voorbeelden werden gezocht in een palliatieve setting. Via de school vond ik een dagcentrum voor mensen met een levensbedreigende ziekte in Wemmel waar men een creatief atelier had. Deze stageplaats lag niet bepaald naast mijn deur en ik legde dan ook ruw geschat een vijfduizend kilometer af hiervoor. Maar ik legde niet alleen letterlijk een hele weg af; ook figuurlijk legde ik een heel parcours af. Ik kwam tot het inzicht dat beeldende therapie bijna niet gekend was in de palliatieve zorg en probeerde dus zelf hierin mijn weg te vinden. Ik ben de mensen op mijn stageplaats - zowel patiënten als personeelsleden - dan ook erg dankbaar dat men mij de kans gaf hierin zelf mijn weg te vinden.



# 3. Resultaten

## 3.1. Literatuurstudie

### 3.1.1. Definitie palliatieve zorg

Palliatief komt van het Latijnse woord Pallium; dit betekent mantel. In de palliatieve zorg wil men zorg die als een mantel de zieke omgeeft.

*Curatieve zorg* omvat medisch en verzorgend handelen met als doel genezing te bereiken. *Palliatieve zorg* is zorg die gericht is op *palliatie*, dat wil zeggen verzachting of verlichting. Bij mensen die ongeneeslijk ziek zijn probeert de palliatieve zorg een continue en totale zorg te bereiken die het lijden zo veel mogelijk beperkt en verzacht. Er zijn instellingen die dergelijke zorg op professionele grondslag aanbieden, maar ook wordt vaak gebruikgemaakt van vrijwilligers en familieleden. Vormen van palliatieve zorg kunnen zowel in het ziekenhuis als thuis aangevraagd worden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) heeft in 2002 de volgende definitie vastgesteld: *“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, d.m.v. vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.”*

Dit houdt in dat palliatieve zorg:

- verlichting geeft van pijn en andere belastende symptomen;
- het leven bevestigt en sterven beschouwt als een normaal proces;
- niet de intentie heeft om het overlijden te versnellen of uit te stellen;
- de psychologische en spirituele aspecten van de zorg voor de patiënt integreert;
- een ondersteuningssysteem biedt om de patiënt te helpen zo actief mogelijk te leven tot de dood;
- ondersteuning biedt aan de naasten om de ziekte van de patiënt te aanvaarden en om te gaan met het persoonlijk verlies;
- een integrale benadering gebruikt, dat zich richt op de behoeften van patiënten en hun familie, inclusief stervensbegeleiding wanneer dit geïndiceerd is;
- de kwaliteit van leven verbetert en een positieve invloed heeft op het verloop van de ziekte;

- toepasbaar is in een vroeg stadium van de ziekte, in combinatie met ander therapieën die als doel hebben het verlengen van het leven, zoals chemotherapie of radiotherapie. Daarnaast omvat het ook onderzoeken die bijdragen aan het beter begrijpen en hanteren van belastende complicaties.

Palliatieve zorg begint vanaf het moment dat duidelijk is dat de patiënt zal sterven ten gevolge van de aandoening. Het is niet bij alle aandoeningen mogelijk om dit moment precies te bepalen. De mening van de WHO is dat palliatieve zorg zo vroeg mogelijk moet worden ingezet, wanneer duidelijk is dat genezing redelijkerwijs niet meer mogelijk is. Zo kan op tijd gestart worden met het voorkomen van problemen in het laatste stadium van het ziekteproces, zoals pijnbestrijding. Alle zorg zal erop gericht zijn het leven dat de patiënt nog rest zo draaglijk mogelijk te laten zijn voor hem of haar en degenen in de directe nabijheid. De intentie van zorg verschuift van het genezen naar het bieden van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Of zoals men het zo mooi uitdrukt in de sector:

“Palliatieve zorg gaat niet zozeer om de *lengte* van het leven, maar wel om de *kwaliteit* ervan.”

De zorg omvat:

- De *lichamelijke (fysieke) verzorging*. Hier ligt het accent op het bevorderen van het comfort. Echte medische "behandeling" wordt stopgezet, met uitzondering van pijnbestrijding en andere comfort-verhogende maatregelen. Eén van de aspecten van deze vorm van palliatieve zorg is palliatieve sedatie.
- De *psychologische zorg*. Een aanbod (geen verplichting) in het helpen omgaan met de ziekte en de naderende dood.
- De *omgevingszorg* of sociale aspecten. Ook voor de familie (dikwijls de partner) maakt men tijd om het aanvaardings- en rouwproces te verwerken. Ook de materiële aspecten komen hier aan bod (ziekteverzekering, tijdelijke tussenkomst in verblijfskosten van familieleden in of dichtbij bij het ziekenhuis, enzovoort).
- De *existentiële zorg*, op verzoek van de patiënt: gelovige of morele duiding geven voor existentiële vragen.

De zorg die gevraagd wordt in de palliatieve fase is niet voorbehouden aan één discipline, noch aan één institutie binnen de gezondheidszorg. Palliatieve zorg volgt de patiënt. Verschillende disciplines in een netwerk van aanbieders verlenen deze zorg wanneer dat nodig is en nemen de verantwoordelijkheid op zich dat de zorg voor de patiënt het karakter van continuïteit vertoont. Toegankelijkheid en service zijn belangrijke elementen voor een zorg op maat.

### 3.1.2. Terminale zorg

De zorg voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte noemen we palliatieve zorg. Vaak wordt gedacht dat dit hetzelfde is als terminale zorg. Nochtans zijn deze begrippen niet hetzelfde. Helaas worden palliatieve en terminale zorg vaak met elkaar verward. Ook op websites en in voorlichtingsbrochures leeft het misverstand.

Palliatieve zorg is zorg die niet tot doel heeft te genezen, omdat dat niet meer mogelijk is. Het belangrijkste doel is om zo lang mogelijk een leven met goede kwaliteit mogelijk te maken, met respect voor de wensen en keuzes van de patiënt zelf. Deze zorg is gericht op het voorkómen of verlichten van klachten en ongemakken. 'Palliatief' wil niet zeggen dat de patiënt op heel korte termijn zal overlijden.

Terminale zorg is zorg voor mensen die in de laatste fase van hun leven verkeren. Deze patiënten hebben nog een beperkte levensverwachting van slechts enkele weken of maanden. Er worden praktische maatregelen getroffen om de laatste levensfase zo goed mogelijk te laten verlopen, bijvoorbeeld om de patiënt in de gelegenheid te stellen om thuis te sterven als hij dat het liefste wil. Vervelende ziekteverschijnselen zoals pijn, jeuk of benauwdheid worden bestreden. Er is ook steun bij niet-lichamelijke klachten, zoals angst of depressiviteit. Het doel van terminale zorg is zorgen voor een goede kwaliteit van leven voor de cliënt en zorgen dat de cliënt een zo waardig mogelijk afscheid van het leven kan nemen, op een wijze die hij of zij zelf aangeeft.

Palliatieve zorg en terminale zorg hebben dus wel een paar overeenkomsten, maar ook een groot verschil: de palliatieve fase kan veel langer duren, zelfs meerdere jaren. Terminale zorg richt zich specifiek op zorg in de laatste fase, terwijl palliatieve zorg vaak al in een eerder stadium wordt geboden, vaak parallel met nog actieve behandelingen. Palliatieve zorg staat niet louter in het teken van afronden van het leven. De zorg heeft voortaan als doel: zoveel mogelijk tijd met een goede kwaliteit van leven.

## 3.1.3. Situering palliatieve zorg in Vlaanderen

### 3.1.3.1. Ontstaan palliatieve zorg

De palliatieve zorg is ontstaan in Engeland, in de jaren '60, onder impuls van Cicely Saunders. Zij stond aan de wieg van de "hospice care". Saunders was een verpleegkundige, tevens maatschappelijk werkster, die later ook geneeskunde studeerde. Tijdens haar werk kwam zij in contact met terminale zieken en werd ze geraakt door het gebrek aan gepaste zorg voor hen. Zij engageerde zich om een betere begeleiding van deze patiënten tot stand te brengen. Zo nam zij ondermeer deel aan wetenschappelijk onderzoek naar een betere pijncontrole. Maar het was niet alleen een optimale bestrijding van lichamelijke pijn die Cicely Saunders nastreefde. Bij haar veelvuldige contacten met terminale patiënten werd het haar duidelijk dat er bij deze mensen nog vele andere aspecten waren waaraan vaak te weinig aandacht werd besteed: de angst van de patiënt om alleen te sterven, de geestelijke pijn veroorzaakt door de lichamelijke aftakeling, het besef binnenkort afscheid te moeten nemen van allen en alles wat de patiënt dierbaar is. Ze merkte op dat er te weinig aandacht én eerbied voor het gevoelsleven van de patiënt was maar dat ook de familie te weinig hulp kreeg in die moeilijke situaties. ([www.pnat.be](http://www.pnat.be))

In het St Josephs'Hospice verzamelt Cicely Saunders de bouwstenen voor haar levenswerk. Ze noemt het 'hospice care' en schraagt het concept op vier beginselen:

- Het sterven is een natuurlijk proces en de terminale fase is een belangrijke fase van het menselijk leven.
  - Als de zieke niet meer kan genezen, heeft hij aangepaste zorg nodig op lichamelijk, psychisch, relationeel en spiritueel vlak.
  - Er worden geen levensverlengende maar ook geen levensverkortende handelingen gesteld en alles wordt in het werk gesteld om de zieke het grootst mogelijke comfort te verzekeren.
  - De zorg wordt verstrekt door een multidisciplinair team.
- ([www.pnat.be](http://www.pnat.be))

In 1967 richt zij het St Christophers'Hospice op, uitsluitend op basis van giften en vrijwilligerswerk. Deze formule wordt snel gevolgd in andere plaatsen van Engeland en Ierland. In Canada ontstaan de eerste initiatieven in 1975 en in 1978 volgt Frankrijk als eerste op het Europese vasteland. ([www.pnat.be](http://www.pnat.be))

### **3.1.3.2. Ontstaan palliatieve zorg in België**

In 1980 worden in ons land de eerste initiatieven rond palliatieve zorg ontwikkeld. Onder impuls van Mevr. Joan Jordan wordt in Brussel de vzw Continuing Care opgericht. Zij was afkomstig uit Engeland en heeft, naar aanleiding van het overlijden van haar man, deze organisatie opgericht met het doel de palliatieve zorg in België bekend te maken en te organiseren.

Stilaan volgden er diverse andere initiatieven: palliatieve zorg aan huis, in ziekenhuizen en de oprichting van palliatieve eenheden. In Vlaanderen komt de doorbraak er dankzij Lisette Custermans (vzw Omega die in de regio Brussel – Halle – Vilvoorde de palliatieve thuiszorg levert) en zuster Leontine De Buysscher (oprichten van de eerste residentiële eenheid voor palliatieve zorgen met 12 bedden in het Sint-Jansziekenhuis in Brussel in 1990). ([www.pnat.be](http://www.pnat.be))

### **3.1.3.3. Organisatie palliatieve zorg in Vlaanderen**

Het is de bedoeling over het hele land een organisatie op punt te stellen om aan alle stervenden de nodige somatische, psychische, sociale en existentiële hulp te verlenen die hun nog een optimaal kwalitatief levenseinde kan waarborgen, en aan hun nabestaanden de noodzakelijke hulp en bijstand kan bieden.

Palliatieve hulp dient zoveel mogelijk geïntegreerd te worden in de gewone geneeskundige en paramedische hulp. Waar mogelijk moet dat gebeuren in de vertrouwde omgeving van de patiënt, waar hij de laatste jaren van zijn leven heeft doorgebracht, omringd door de mensen met wie hij leefde en met wie hij affectieve banden heeft (o.a. partner, familie, vrienden,...) en door wie hij geholpen werd als dat nodig was (o.a. eigen huisarts). Sommigen hebben meer geneeskundige zorgen nodig en verblijven hierdoor in een ziekenhuis of een speciale residentiële palliatieve eenheid.

In België is palliatieve zorg verweven in verschillende gezondheidsstructuren. Naast algemene palliatieve zorg door de eerste- of tweedelijnszorgverleners wordt er ook specialistische palliatieve zorg aangeboden. Dit zijn experts die samenwerken in een multi-professioneel team zoals thuiszorgequipes, palliatieve dagcentra, palliatieve eenheden en support teams in een ziekenhuis. Verder zijn er heel wat organisaties die instaan voor een kwaliteitsbevordering van zorg, de organisatie van overleg en de ondersteuning van (non-) professionele hulpverleners.

De volgende tekst geeft telkens een korte toelichting bij de verschillende structuren.

### **3.1.3.3.1. Het palliatief netwerk**

Een palliatief netwerk is een overkoepelend samenwerkingsverband tussen alle organisaties en instellingen die betrokken zijn bij de palliatieve zorg. Zij hebben de opdracht de zorg- en hulpverlening rond een patiënt zo efficiënt mogelijk te coördineren. Het palliatief netwerk heeft de opdracht raad te geven aan hulp- en zorgverleners, intervisie, ondersteuning en begeleiding van palliatieve patiënten en hun nabestaanden te bieden, in samenspraak met hun vertrouwde zorg- en hulpverleners. Het palliatief netwerk neemt de meer algemene taken op zich om de palliatieve zorg in zijn regio te ontwikkelen. Zij zorgen voor de organisatie van vorming voor zorg- en hulpverleners, vrijwilligers en andere betrokkenen. Zij sensibiliseren de bevolking en de overheidsinstanties voor palliatieve zorg en zijn een aanspreekpunt voor alle problemen rond palliatieve zorg in de regio.

### **3.1.3.3.2. Palliatieve thuiszorgequipes**

De meeste mensen wensen te sterven in hun vertrouwde omgeving, omringd door familie en vrienden en verzorgd door de mensen die hun vertrouwd zijn. Gewoonlijk is palliatieve thuiszorg maar mogelijk als de verschillende hulpverleners samenwerken als een sterk team. Hiervoor moeten zij kunnen terugvallen op deskundige ondersteuning en moeten er eventueel meer hulpverleners betrokken worden als de lasten groter worden. De palliatieve thuiszorgequipe kan hier de nodige ondersteuning bieden. Een thuiszorgequipe bestaat uit een team van deskundigen in de palliatieve zorg. Hun taak is de professionele thuiszorgverleners binnen de regio, huisartsen en thuisverpleegkundigen, te ondersteunen en de palliatieve cultuur binnen dit gebied te verspreiden. Een palliatieve thuiszorgequipe is dus een tweedelijns zorgfunctie voor de eerstelijns zorgverstrekkers.

### **3.1.3.3.3. Palliatieve functie in ziekenhuizen**

In een ziekenhuis kan een patiënt beroep doen op een palliatief support team. Dit team bestaat uit een arts, verpleegkundigen en paramedici van het ziekenhuis, die een specifieke opleiding in de palliatieve zorg gevolgd hebben. Verder moet het team beroep kunnen doen op een psycholoog, een maatschappelijke assistent of een sociale verpleegkundige. Het palliatief support team heeft een adviserende en ondersteunende rol voor de verschillende ziekenhuisdiensten en zij komen enkel effectief tussen wanneer de patiënt/familie of de hulpverleners van deze diensten dit wensen. Het team kan op elke ziekenhuisafdeling worden opgeroepen en heeft expertise op vlak van pijn- en

symptoomcontrole, psychosociale problemen, emotionele of spirituele vragen,... Daarnaast is een van haar belangrijkste taken het sensibiliseren, opleiden en ondersteunen van alle personeelsleden van de instelling inzake palliatieve hulp.

#### **3.1.3.3.4. Thuisvervangende voorzieningen**

Onder de thuisvervangende voorzieningen vallen de rusthuizen, de woon- en zorgcentra, de voorzieningen voor psychiatrische patiënten en de voorzieningen voor mensen met een handicap. In elk van bovenstaande voorzieningen is er een palliatieve functie voorzien. Binnen het palliatief support team is er een referentiepersoon die de palliatieve zorg coördineert in samenwerking met de coördinerende en raadgevende arts. De palliatief referent is zowel het aanspreekpunt intern, als extern wanneer er wordt samengewerkt met het palliatieve netwerk in de regio. De referent bevordert de palliatieve zorgcultuur in de instelling. Hij coördineert de samenstelling en expertise van het team, vorming van de teamleden, is verantwoordelijk voor het opstarten en bijsturen van een palliatief zorgplan, is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het palliatief zorgplan door de medewerkers, is verantwoordelijk voor de organisatie van multidisciplinair palliatief zorgoverleg,...

#### **3.1.3.3.5. Residentiële eenheden voor palliatieve zorg**

Soms kunnen zwaar zorgbehoevende palliatieve zieken om medische of om sociale redenen niet meer thuis of in de instelling waar zij verbleven verzorgd worden. Voor hen bestaat het vangnet van de residentiële eenheden voor palliatieve zorg. Een eenheid biedt een totaalzorg in een huiselijke sfeer. Residentiële eenheden voor palliatieve zorg verschillen in die mate van een gewone ziekenhuisafdeling, dat ernaar gestreefd wordt om een huiselijk milieu zoveel mogelijk te benaderen, via architectuur, via de vrijheid voor de familieleden om te verblijven op de afdeling, via de zorg op maat door een hogere personeelsbezetting. Men legt er zich specifiek toe op symptoom- en pijncontrole, psychosociale, emotionele en spirituele begeleiding en rouwbegeleiding. Naast de medische handelingen is er dus ook aandacht voor de psychosociale aspecten. Zo worden er geen onnodige, belastende onderzoeken meer gedaan of levensverlengende behandelingen opgestart.

### **3.1.3.3.6. Supportieve en palliatieve dagcentra en hospice**

Naast de residentiële palliatieve eenheden zijn er in België ook een aantal palliatieve dagverblijven en een Hospice opgestart. De supportieve en palliatieve dagcentra vangen overdag mensen met een ongeneeslijke aandoening in een huiselijke omgeving op. Het vermindert de draaglast voor de mantelzorgers en vergroot zo ook hun draagkracht. Het vergroot de mogelijkheid voor patiënten om thuis te blijven in plaats van in het ziekenhuis. Het dagcentrum wil de aangetaste levenskwaliteit, het zelfrespect en de verloren sociale rol helpen herstellen. Het opnemen van vroegere hobby's wordt gestimuleerd, allerhande activiteiten worden aangeboden. Patiënten vinden steun bij elkaar, vrijwilligers en professionele zorgverleners. In overleg met de eerstelijnszorg worden diverse diensten aangeboden waarvoor men anders naar het ziekenhuis moet: consultatie pijn- en symptoomcontrole, infusen, puncties,...



## 3.1.4. De noden van de palliatieve patiënt

### 3.1.4.1. Rouwprocessen

Mensen die geconfronteerd worden met een ongeneeslijke ziekte krijgen te maken met steeds nieuwe belemmeringen en steeds andere beperkingen. Men moet zich telkens weer opnieuw aanpassen aan een nieuwe limiet; het is steeds opnieuw rouwen.

Elke verliessituatie brengt een rouwproces met zich mee. Iedereen die te maken krijgt met het verlies van een dierbare doorloopt een rouwproces; maar ook een scheiding, een ontslag of ouder worden en steeds minder en minder zelf kunnen, betekent afscheid nemen en dus ook rouwen. De gevoelens en reactiepatronen die beleefd worden bij rouwen na de dood van een dierbare, kunnen we ook in meer of mindere mate herkennen bij andere verlieservaringen. Wanneer iemand te horen krijgt ongeneeslijk ziek te zijn zal men ook een proces doorlopen dat gekenmerkt wordt door heel wat verschillende emoties. Naast verdriet en somberheid betekent rouw ook ontkenning, angst, boosheid,... Het is belangrijk te weten dat deze gevoelens volkomen normaal zijn. Elk rouwproces is uniek.

De visie op rouw is de laatste decennia flink veranderd. Eerdere theorieën dat het goed is alle emoties te doorleven, de overledene los te laten en afstand te nemen om zo je eigen leven verder te kunnen leiden (Freud), of dat een rouwproces iets is wat volgens een vast patroon verloopt en wat op een gegeven moment ook weer afgerond is (Elisabeth Kübler-Ross), zijn inmiddels achterhaald en hebben geleid tot vele misvattingen. (<http://www.landelijksteunpuntrouw.nl>)

Er wordt nog vaak teruggegrepen op het model van de rouwfasen van Elisabeth Kübler-Ross – of in ieder geval op de daarachter liggende gedachte. Volgens dit model doorloopt de rouwende vijf achtereenvolgende fasen: eerst ontkenning, dan woede, daarna onderhandeling, vervolgens depressie en tot slot aanvaarding. Rouwendes krijgen van hun omgeving nog regelmatig adviezen die, meestal onbewust, gebaseerd zijn op deze verouderde theorie. Ook zelf verwachten ze soms dat hun rouwproces zo zal verlopen, en raken ze in verwarring als het anders blijkt te gaan. (<http://www.landelijksteunpuntrouw.nl>)

Een later rouwmodel, dat van de rouwtaken (William Worden) gaat niet uit van een vaste volgorde van fasen, maar van taken waaruit een rouwproces bestaat. Volgens dit model komen de betreffende taken in een gezond rouwproces alle vier aan de orde, maar doorloopt een rouwende ze niet in een vaste volgorde. Het kan heel goed zijn dat er soms twee tegelijk spelen, of dat een taak op verschillende momenten terugkomt. (<http://www.landelijksteunpuntrouw.nl>)

Worden omschreef de taken als volgt: accepteren dat de overledene er niet meer is, doorleven van de emoties, aanpassen aan een leven zonder de overledene, de overledene emotioneel een plaats geven en opnieuw in het leven investeren.

Iemand die met zijn naderende dood geconfronteerd wordt, krijgt ook te maken met deze verschillende rouwtaken. De palliatieve patiënt zelf krijgt vooral te maken met de eerste twee rouwtaken; familie en vrienden zullen geconfronteerd worden met de vier verschillende taken.

De eerste taak is het verlies te laten doordringen, te erkennen dat genezen niet meer mogelijk is. Het betekent in feite een acceptatie van een wereld die veranderd is en dat is een zware opgave. Gevoel en verstand lopen in die periode niet in de pas.

De tweede taak is het doorleven van de pijn en het verdriet. Zeker in het begin is men vaak geneigd zich voor z'n gevoelens af te sluiten. Soms is dat het beste wat men kan doen om op de been te blijven. Maar uiteindelijk zal men in eigen tempo en naar eigen vermogen de pijn en het verdriet gaan toelaten. Rouwenden zoeken wegen om met hun gevoelens om te gaan en de wirwar van gevoelens te ontwarren. Want bij een verlies is er niet alleen sprake van verdriet. Rouw bestaat uit vele gevoelens. Ze kunnen zich verdrietig, angstig, opgelucht, jaloers, schuldig of boos voelen en die gevoelens kunnen allemaal door elkaar lopen. Of mensen voelen helemaal niets. En dat is enorm verwarrend. Niemand kan hen vertellen hoe ze zich moeten voelen of hoe ze moeten rouwen. Sterk zijn betekent vooral dat je je zelf goed voelt bij de wijze waarop je met je verlies omgaat, dat je goed voor jezelf zorgt en je niet verstopt achter je gevoelens. Emoties moeten kunnen stromen anders verliest het leven na verloop van tijd nog meer glans. Soms worden rouwenden beïnvloed door mensen om hen heen die van mening zijn dat je sterk bent als je je emoties niet laat zien. Maar juist door tranen te laten zien, kunnen verdriet en al die andere gevoelens gedeeld worden.

(<http://www.in-de-wolken.nl>)

De derde taak omvat het aanpassen aan een nieuw leven. De rouwende moet zich instellen op alle veranderingen en zal zich op één of andere wijze een weg moeten zien te vinden in een gebroken bestaan. In deze taak verkent de rouwende hoe het leven nu verder moet. De toekomst is volledig gewijzigd.

Bij taak vier probeert men de draad van het leven weer op te pakken. Men richt zich opnieuw naar de toekomst, hoe beperkt deze ook is. Men zal verder leven met het gegeven dat het eigen leven binnen afzienbare tijd zal eindigen.

Het nieuwste rouwmodel is het Integratief model (Johan Maes, rouwtherapeut en rouwdeskundige België, 2007), waarin de belangrijkste ontwikkelingen en visies uit het rouwonderzoek van de laatste tijd zijn opgenomen. Het uitgangspunt is dat rouwen een persoonlijk en uniek proces is. De ene mens rouwt anders dan de andere; er bestaat niet iets als een handleiding en het ligt ook niet vast hoe lang een rouwproces duurt. Er bestaan vele rouwreacties. Het is beter alle mogelijke rouwreacties te beschrijven dan voor te schrijven hoe je zou moeten rouwen. Rouw vraagt ook om een actieve houding. Rouwen is niet zozeer passief ondergaan wat er gebeurt, maar iets doen met de gevoelens. Wat? Dat is aan de rouwende zelf. Rouw raakt het hele wezen van de rouwende. De aandacht moet daarom niet alleen gericht zijn op emoties, maar ook op bijvoorbeeld fysieke aspecten, mentale aspecten en existentiële vragen. Door het verlies verandert de rouwende. Het verlies maakt dat de rouwende een nieuw evenwicht moet gaan vinden; teruggaan naar het evenwicht van ervoor kan niet. Rouw raakt ook de sociale context. De plek van de rouwende wordt anders. Zo wordt iemand bijvoorbeeld door het verliezen van een partner een alleenstaande. Vaak gaat een rouwende zich hierdoor anders verhouden tot de sociale omgeving. Een ander aspect is dat reacties vanuit de sociale omgeving (familie, vrienden, collega's) mede bepalen hoe de rouwende met het verlies omgaat. (<http://www.landelijksteunpuntrouw.nl>)

#### **3.1.4.2. De Holistische mensvisie**

Het is belangrijk om de palliatieve patiënt te benaderen vanuit een holistische mensvisie. In deze laatste levensfase moeten we aandacht hebben voor alle facetten van het mens-zijn. Ernstig ziek zijn betekent meer dan hinderlijke fysieke en psychische klachten. Men spreekt vaak van de vier dimensies: pijn- en symptomen, psychologische problemen, sociale opvang en spirituele nood. Buiten de fysieke en psychische klachten, kan een ernstige ziekte de patiënt en zijn familie enorm psychologisch ontwrichten, financieel ondermijnen en aanleiding geven tot allerlei zingevingsvragen. (Distelmans, 2009)

Palliatieve zorg is een actieve totaalzorg voor patiënten van wie de ziekte niet meer te genezen is. Pijn- en symptoomcontrole, tezamen met een aanpak van de psychische, sociale en spirituele problemen, zijn van overwegend belang. Het doel van de zorg is het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven voor zowel de patiënt als zijn familie.

#### **3.1.4.2.1. Het somatische aspect**

Pijn en eventueel andere lichamelijke ongemakken treden vaak op de voorgrond in de belevingswereld van de palliatieve patiënt. Pijn is het meest storende symptoom; die moet dan ook met alle middelen bestreden worden. In de palliatieve zorg is het niet de lengte van het leven dat telt, maar wel de kwaliteit van dit leven.

Naast de pijn zijn er vaak ook nog andere symptomen die het de zieke moeilijk maken: misselijkheid, braken, droge mond, constipatie, kortademigheid, onrust, angst,... Al deze symptomen moeten onderkend worden, de oorzaak ervan moet opgezocht worden, want ze zijn niet altijd het gevolg van de dodelijke ziekte. Er moet een geëigende behandeling gekozen worden, het resultaat van de behandeling moet samen met de zieke regelmatig geëvalueerd worden en indien nodig moet de behandeling aangepast worden. (Menten, 2004)

Er is een duidelijke wisselwerking tussen de somatische en niet-somatische aspecten van de stervensbegeleiding. In de mate dat men erin slaagt de lichamelijke ongemakken en pijn van het sterven te onderdrukken, slaagt men er ook beter in de psychologische problemen van de patiënt te begeleiden. Het omgekeerde is ook waar: hoe beter de patiënt geholpen wordt op psychologisch vlak, hoe gemakkelijker het meestal is om ook zijn lichamelijke pijn te stillen.

#### **3.1.4.2.2. Het psychische aspect**

We hebben net gezien dat pijn vaak beïnvloed wordt door angst. Zo komen we terecht bij het psychische aspect, waarin gevoelens, het uiten én het onderdrukken ervan een belangrijke rol spelen. Iemand met een levensbedreigende ziekte wordt vaak ook geconfronteerd met een afnemende autonomie. Zijn lichaam takelt stilaan meer en meer af en hij wordt hierdoor afhankelijk van anderen. Doordat het lichaam de zieke meer en meer in de steek laat, voelt men zich gekwetst in z'n eigenwaarde, hulpeloos, eenzaam,... Wanneer we terugkijken naar de rouwprocessen met de verschillende rouwfasen en rouwtaken, zien we dat er zich heel wat afspeelt op psychisch vlak. Het is belangrijk om dit te (h)erkennen en hier begrip voor op te brengen.

De dood neemt elke vorm van controle weg. Alles waar we op vertrouwden, alles waarin we vurig geloofden, waar we naar uitkeken: het bestaat allemaal niet meer. Het leven vraagt niet of we akkoord gaan met het afscheid. Het overkomt ons; we moeten ermee leren leven. De dood is een ervaring die deel uitmaakt van ons menszijn. Toch is het een zware opgave om sterven en dood in ons leven te integreren. We hebben de natuurlijke neiging om te leven alsof we nooit zullen sterven.

We verbannen de dood naar de vergeethoek. We denken altijd dat anderen ziek worden, verongelukken, doodgaan, maar niet wij. Niet wij, niet wie ons dierbaar is. We zullen het tijdstip van de dood zelf bepalen, later, veel later. Op de manier zoals wij het willen. Niet anders. Zeker niet anders. We denken dat we alle scenario's in het leven kunnen voorschrijven. Eerst sterven mijn moeder en mijn vader, dan ik, mijn partner, vrienden en als laatste mijn kinderen. Het is een schok te ontdekken dat het soms anders loopt. (Vanden Abbeele, 2004)

### **3.1.4.2.3. Het relationele aspect**

Wanneer iemand ernstig ziek wordt zal dit de rollen en taakverdeling binnen een gezin grondig veranderen. Taken die vroeger door de zieke werden opgenomen, moeten door iemand anders opgenomen worden. Het gezin en zijn omgeving worden grondig door elkaar geschud; men moet op zoek gaan naar een nieuw evenwicht.

Zeer vaak zijn de relaties verstoord, onder meer doordat de familieleden meestal wel op de hoogte zijn van de diagnose en de prognose, maar de zieke met de beste bedoelingen niet of slecht ingelicht werd over zijn toestand. Men wil hem zogezegd de hoop niet ontnemen. En men spreekt over duizend dingen, maar niet over datgene waarvan de patiënt ongetwijfeld een vermoeden heeft, maar waarover hij ook niet durft te beginnen. Daardoor worden de gesprekken met de dag moeilijker en bestaat het gevaar dat de zieke en de nabestaanden van elkaar weg groeien juist op dat ogenblik dat ze elkaar het meest nodig hebben. De zieke én de nabestaanden moeten geholpen worden opdat zij samen naar de waarheid zouden toegroeien. Dit lukt meestal als iedereen maar de kans krijgt om zijn hart te luchten, om te huilen, om zijn vragen en angsten te uiten. (Menten, 2004)

Boven alles is de mens een sociaal wezen dat nood heeft aan menselijk contact. Nabijheid en communicatie zijn voor elke mens belangrijk. Voor een palliatieve patiënt is het belangrijk om in deze periode een kwalitatief goed contact te hebben met familie en vrienden. Deze herinnering aan de kwaliteitsvolle nabijheid in deze laatste dagen bepaalt ook de rijkdom van het verdere leven van de nabestaanden.

In de palliatieve zorg verschuift de aandacht van het individu naar de zieke in relatie tot zijn omgeving. Het gaat hier immers niet alleen meer om de zieke die zijn gezondheid en leven geleidelijk verliest, maar ook om de familie die het samenleven met deze persoon verliest en achterblijft.

#### **3.1.4.2.4. Zingeving**

In het perspectief van de dood krijgt alles een andere dimensie. Een mens die geconfronteerd wordt met zijn naderende dood wordt onvermijdelijk ook geconfronteerd met de diepere levensvragen. Waarom moet dit mij overkomen? Wat is de zin van mijn leven? Als een mens wordt geconfronteerd met z'n eigen sterfelijkheid kan hij in een existentiële crisis geraken vanwege doodsangsten en zingevingaspecten. Sterven is de meest ingrijpende emotionele gebeurtenis in een leven omdat de mens in heel zijn wezen geraakt wordt; sterven raakt de kern van het mens-zijn. Begeleiden bij afscheid en sterven is zowel de zieke als de familie helpen om de laatste periode van hun leven zo intens en betekenisvol mogelijk te leven. We willen zo graag het leed verminderen en de tranen drogen. Maar dat is niet mogelijk. Het beste wat je kunt geven, is het verdriet erkennen en daarbij in oprechte aandacht aanwezig zijn.

## **3.2. Vragenlijst**

### **3.2.1. Doelstelling**

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag “Wat is de meerwaarde van beeldende therapie in de palliatieve zorg?” is het nodig om eerst het werkveld onder de loep te nemen. Met behulp van een vragenlijst wordt in het werkveld gepolst of hulpverleners in een palliatieve setting vertrouwd zijn met beeldende therapie en wat zij zelf denken dat het dan inhoudt. Heeft men al ooit gehoord van creatieve therapie en meer specifiek van beeldende therapie? Is beeldende therapie al standaard opgenomen in het zorgaanbod?

Verder wordt er ook gepolst welke vormen van psychosociale zorg er reeds aangeboden worden en hoe belangrijk men psychosociale ondersteuning vindt, zowel voor de patiënt als voor de familie en omgeving van de patiënt. En hoe beoordeelt men het huidige aanbod? Is er voldoende aanbod of is hierin nog verbetering mogelijk?

## 3.2.2. Methode

Om een antwoord te verkrijgen op voornoemde vragen werd een korte vragenlijst opgesteld voor hulpverleners die werkzaam zijn in een palliatieve setting. Deze vragenlijst kan u achteraan terugvinden in bijlage 1.

Om een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen werd de vragenlijst uitgedeeld in verschillende palliatieve settings. De vragenlijst werd telkens persoonlijk overhandigd aan de verantwoordelijke; deze verdeelde de vragenlijsten verder onder de andere hulpverleners en verzamelde de ingevulde exemplaren weer.

De vragenlijsten werden op volgende plaatsen uitgedeeld:

- Pallion in Hasselt
- Palliatief Support Team Sint-Franciskusziekenhuis in Heusden-Zolder
- Palliatieve eenheid Mariaziekenhuis Noord-Limburg in Overpelt
- Palliatieve eenheid Jessa Ziekenhuis campus Salvator in Hasselt
- Dagcentrum Topaz in Wemmel

Pallion (Palliatieve Limburgse Ondersteuningsequipe) is een equipe van deskundigen palliatieve zorg die instaan voor palliatieve zorg aan huis of in thuisvervangende milieus (woonzorgcentra, voorzieningen voor personen met een handicap, psychiatrische verzorgingstehuizen en voorzieningen voor beschut wonen). Zowel de patiënt zelf, zijn omgeving als hulpverleners kunnen een beroep doen op de medewerkers van Pallion. Zij bieden advies, ondersteuning en begeleiding bij praktische vragen rond pijn- en symptoomcontrole en bij vragen van psycho-emotionele, sociale en spirituele aard. Pallion neemt de zorg nooit over. De zorgverlening blijft in handen van de vertrouwde hulpverleners. De patiënt, zijn omgeving, hulpverleners en Pallion gaan samen op zoek naar de best mogelijke zorg. Voor meer informatie over de Palliatieve Limburgse Ondersteuningsequipe van Listel vzw verwijzen we naar de website [www.pallion.be](http://www.pallion.be).

Het Sint-Franciskusziekenhuis in Heusden-Zolder is een regionaal ziekenhuis. Binnen dit ziekenhuis is er een Palliatief Support Team (PST) werkzaam. Het PST werkt multidisciplinair in overleg met de behandelend geneesheer. Het PST bestaat uit een coördinator PST/ palliatief verpleegkundige, een psycholoog, een coördinator OST/ oncologisch begeleidingsverpleegkundige, een medewerker van de pastorale Dienst en een sociaal verpleegkundige.



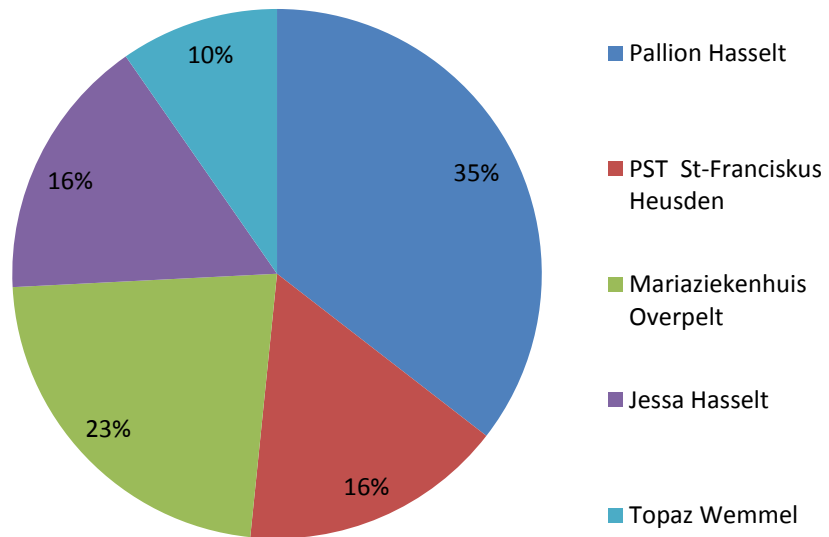
Het Mariaziekenhuis Noord-Limburg in Overpelt beschikt over een palliatieve eenheid. De palliatieve eenheid onderscheidt zich van andere afdelingen binnen het Mariaziekenhuis door zijn huiselijke sfeer en de heel specifieke inrichting. Er is ruimte voor opvang van zes patiënten in éénpersoonskamers. Verder staan een keuken, een ruime living en een gesprekslokaal ter beschikking van patiënten en hun familie. Kinderen en kleinkinderen zijn voor zieke mensen erg belangrijk; daarom zijn ze op de eenheid echt welkom. Er is een kinderhoekje voorzien en ook een speciale opvang. Een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeut, diëtisten, een psychologe, een maatschappelijk assistent, een pastoraal werker en vrijwilligers staan steeds ter beschikking van de patiënt en zijn familie.

De palliatieve eenheid van het Jessa Ziekenhuis is een kleine, huiselijke afdeling gelegen op campus Salvator in Hasselt. De palliatieve eenheid heeft zeven comfortabele privé-kamers, een aangepaste badkamer met hoog-laagbad en douche, een huiselijk ingerichte leefruimte met keuken die steeds ter beschikking staat van de patiënten en hun familie, een kinderhoek en een gespreksruimte. De naaste familie kan 24 uur op 24 op bezoek komen, overnachten, kleine maaltijden maken en, indien gewenst, betrokken worden bij de verzorging. Een interdisciplinair team bestaande uit een arts, verpleegkundigen, een psychologe, een sociaal werkster, een pastoraal team, een moreel consulent en een 25-tal vrijwilligers staat ter beschikking van de patiënten en hun familie.

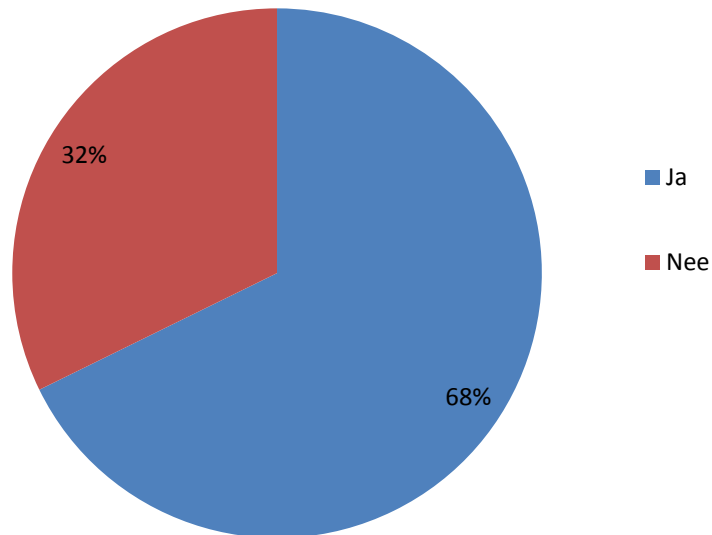
Dagcentrum Topaz in Wemmel is een tweede thuis voor ernstig zieken. Veel mensen met een ongeneeslijke aandoening kunnen vaak perfect in hun vertrouwde omgeving verzorgd worden. Maar altijd thuis tussen vier muren zitten, kan hen soms zwaar vallen. En de voortdurende zorg voor de zieke kan wel eens teveel worden voor de familie of vrienden. Daarom is er Topaz, een huiselijk dagcentrum waar ernstig zieken steun vinden bij andere gasten, vrijwillige helpers en professionele begeleiders. Een dagje in Topaz is bovendien een gezellige, ongedwongen manier om de dagelijkse zorgen even opzij te zetten.

### 3.2.3. Resultaten

Er werden 31 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Hieronder volgt een overzicht van de verkregen resultaten uit de ingevulde vragenlijsten:

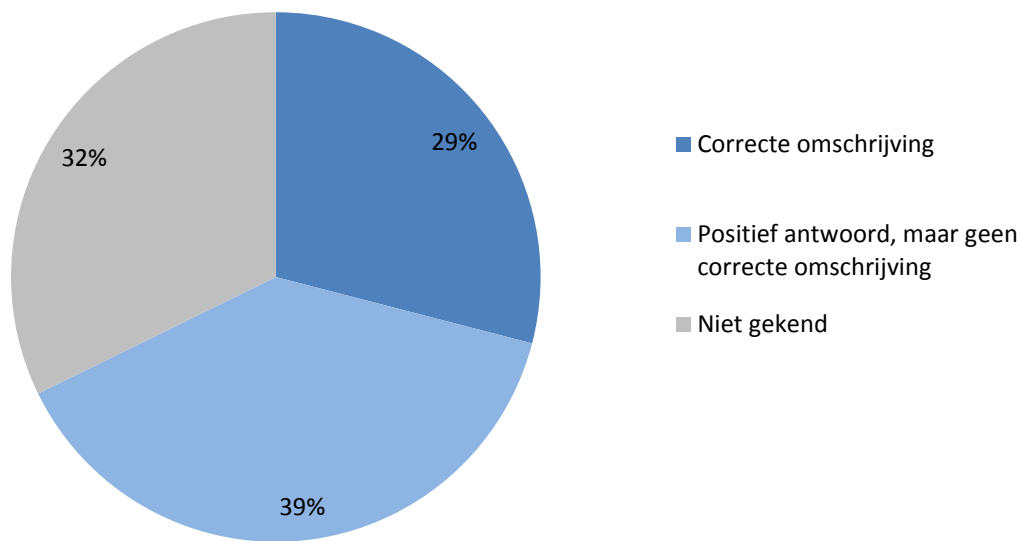


**Hebt u al gehoord van creatieve of beeldende therapie? Zo ja, omschrijf eventueel in eigen woorden.**



*21 hulpverleners kruisten “ja” aan; 10 respondenten gaven aan nooit gehoord te hebben van beeldende of creatieve therapie. De meerderheid van de respondenten heeft dus al wel minstens gehoord van creatieve therapie; dit lijkt in eerste instantie wel hoopvol.*

*Wanneer we de positieve antwoorden verder opsplitsen zien we dat 5 hulpverleners vervolgens het antwoord op de vraag om creatieve therapie in eigen woorden te omschrijven dan toch schuldig blijven; 2 anderen hebben wel gehoord over het bestaan ervan in een andere instelling (“patiënt in Genk - creatieve therapie” en “schilderen in AZ Vesalius Tongeren”), maar kunnen het zelf ook niet verder omschrijven en verschillende anderen geven slechts een algemene omschrijving van een creatieve activiteit (“schilderen, tekenen,...” en “schilderen, kleien, boetseren,...”).*



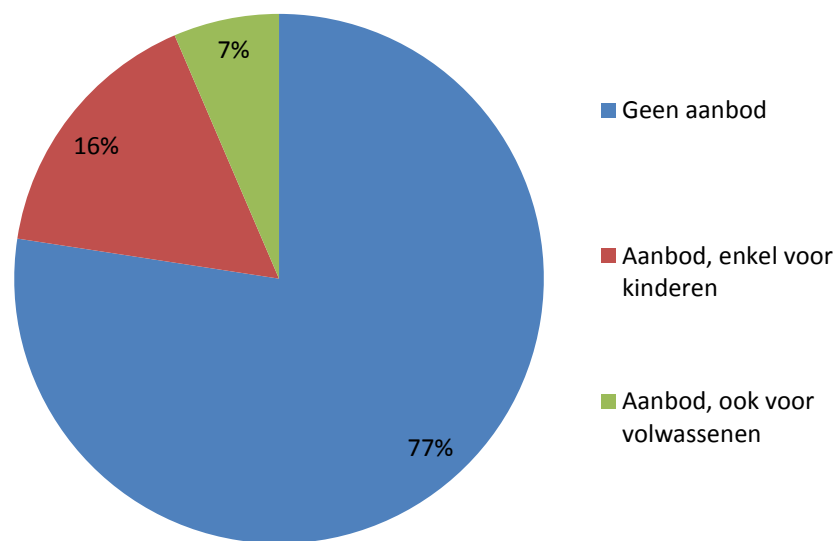
*Slechts 9 respondenten geven een antwoord waaruit blijkt dat ze enigszins vertrouwd zijn met beeldende therapie:*

- *“Elke creatieve activiteit die het welzijn van de patiënt kan verbeteren (bevorderen/behouden van gezondheid)”*
- *“Creatieve expressie om gevoelens te uiten d.m.v. schilderen.”*
- *“Expressie van gevoelens d.m.v. schilderen, tekenen.”*
- *“Ik denk dan bijvoorbeeld aan muziektherapie die wordt gegeven op een palliatieve eenheid. Of tekenen/schilderen als therapie...”*
- *“Het uitdrukken van gevoelens d.m.v. beeldende middelen (schilderkunst, tekenkunst, danskunst,...) om zo gebeurtenissen/moeilijkheden te verwerken/een plaats te geven.”*
- *“D.m.v. creatieve werkvormen (keramiek, klei, bewerken van zachte steen/hout, schilderen, schrijven/dichten) uiting geven aan dat wat je emotioneel bezig houdt en te ervaren wat de helende werking ervan is.”*
- *“Aan de hand van creativiteit gevoelens tot uiting laten komen en hierop verder gaan.”*
- *“D.m.v. creatieve activiteiten mensen laten uiting geven van en/of voeling geven met hun emoties.”*
- *“Een manier om op creatieve manier je emoties te uiten, te plaatsen en te verwerken.”*

*Zeer opvallend is dat de positieve resultaten allemaal ofwel vanop mijn stageplaats komen, ofwel van bij Pallion (Palliatieve Limburgse Ondersteuningsequipe). Blijkbaar is het in bepaalde settings wel gekend; in anderen totaal onbekend. Misschien is het dus zinvol om ook op de andere plaatsen mensen meer vertrouwd te maken met beeldende therapie? Onbekend maakt natuurlijk onbemind...*

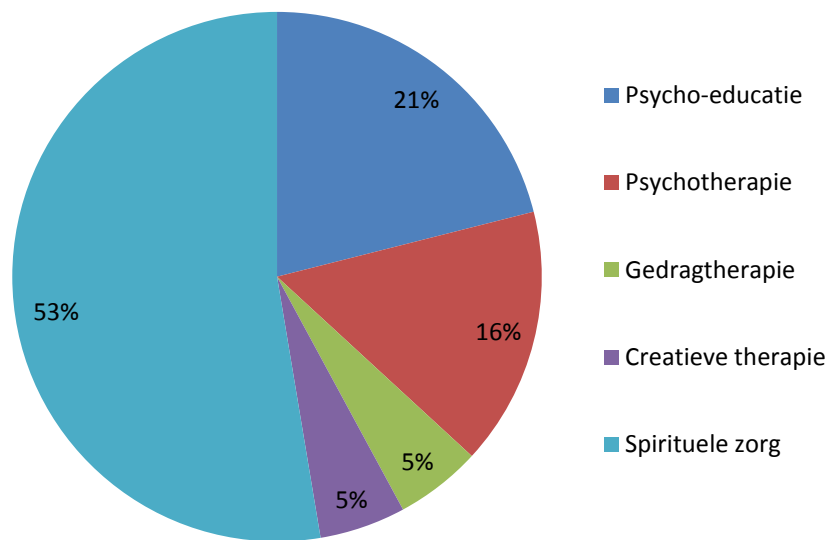
*Wanneer met hulpverleners in de palliatieve zorg een persoonlijk gesprek werd aangegaan, bleek duidelijk dat bijna niemand een juist antwoord kon geven op wat beeldende therapie inhoudt. Wanneer er een omschrijving gegeven werd van wat beeldende therapie inhoudt, toonde men wél heel veel interesse. Hieruit blijkt dat hier nog heel veel mogelijkheden zitten om de beeldende therapie verder bekend te maken en te ontwikkelen binnen deze sector.*

**Is er momenteel een aanbod van creatieve activiteiten op uw afdeling aanwezig? Zo ja, welke activiteiten worden er aangeboden?**



*24 respondenten antwoordden dat er momenteel geen aanbod is op hun afdeling. Slechts 7 hulpverleners antwoordden dat er bij hun wel een aanbod was, maar dat dit enkel voor kinderen en jongeren was. Slechts 2 respondenten zagen hierin ook mogelijkheden voor volwassenen; een zeer kleine minderheid dus.*

## Welke vormen van psychosociale zorg worden er momenteel aangeboden op uw afdeling?



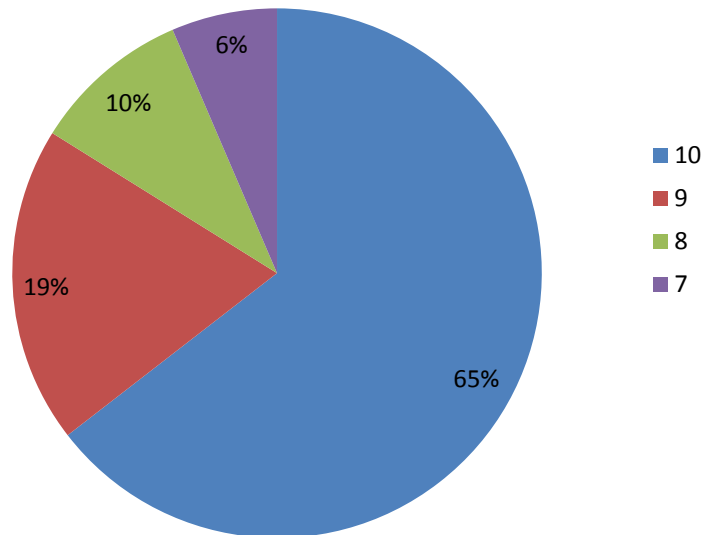
Vooraf spirituele zorg (20 positieve antwoorden) scoorde hier goed. Verder duidde men psycho-educatie 8 maal aan, psychotherapie 6 maal en gedragstherapie 2 maal. Creatieve therapie werd ook slechts 2 maal aangeduid.

Bij "andere" kreeg ik nog volgende antwoorden:

- "Trajectbegeleiding van de oncologische patiënt, vanaf diagnosestelling"
- "Psychologische ondersteuning"
- "Psychosociale zorg, (re-)creatieve ateliers/activiteiten, supportieve zorg"
- "Muziek-, aromatherapie en massages"
- "Psychologisch & emotionele ondersteuning van patiënt en familie"
- "Luisterend oor door sociale dienst en psychologen"
- "Huisbezoeken"
- "Psycho-emotionele ondersteuning, sociale ondersteuning"
- "Groepssessies bij (rouw-)ontmoetingsmoment. Nabestaanden worden uitgenodigd om stil te staan bij ziekte en overlijden van geliefde (rouwgroep)."
- "Individuele gesprekken en familiemeeting (geen therapie)"
- "Muziek, massages, aromatherapie, voorstellen/advies om patiënt aanvullende zorg te geven."

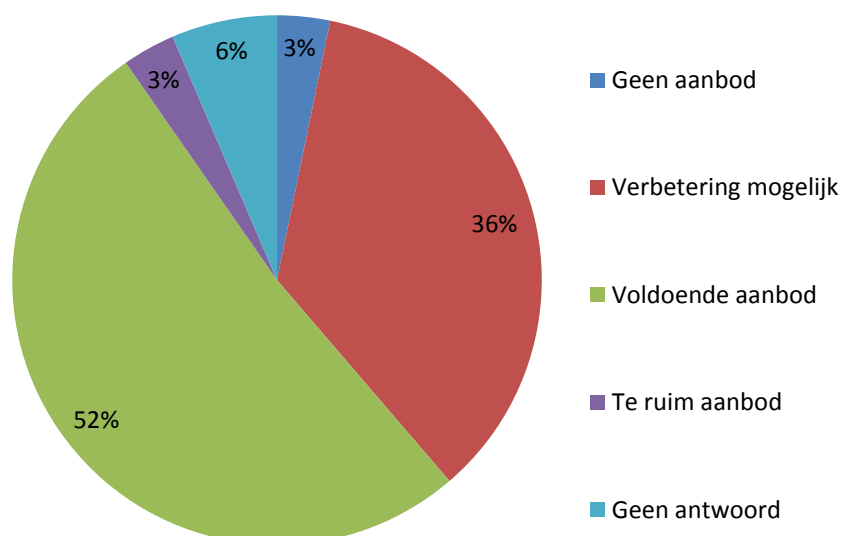
3 respondenten duidden groepssessies aan; 14 anderen duidden individuele sessies aan.

**Hoe belangrijk vindt u psychologische ondersteuning voor mensen in een palliatieve zorgsituatie?**  
Duidt aan op de waardeschaal (0 = Niet belangrijk, 10 = heel erg belangrijk).



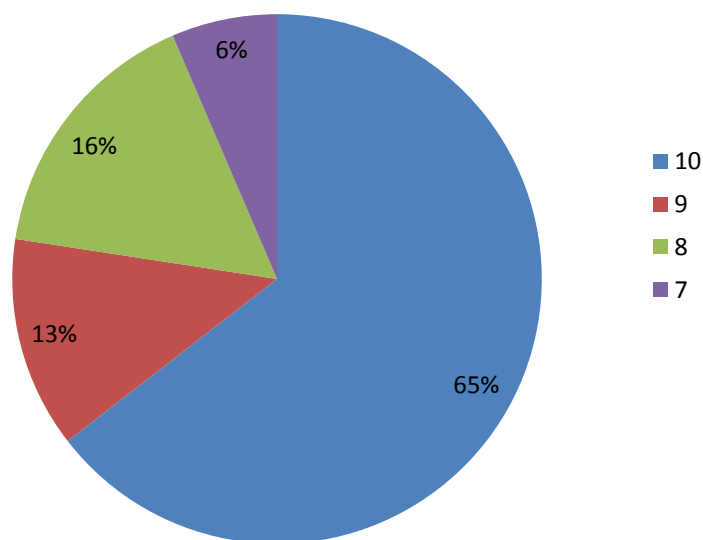
*De gemiddelde score bedroeg 9,4. Hier zien we duidelijk dat de meesten erg veel belang hechten aan psychologische ondersteuning bij palliatieve patiënten.*

**Vindt u dat er momenteel voldoende psychologische ondersteuning aanwezig is op uw afdeling?**



16 respondenten vinden dat er voldoende aanbod is; 13 anderen duiden aan dat er geen aanbod is of dat er verbetering mogelijk is. Slechts 1 hulpverlener vindt dat er momenteel al een te ruim aanbod is. Als we rekening houden met het grote belang dat men hecht aan de psychologische ondersteuning van de patiënt, kunnen we hier zeker ook stellen dat er nog ruimte is voor een complementair aanbod zoals beeldende therapie.

**Vindt u het belangrijk om ook psychosociale ondersteuning aan te bieden aan familie en omgeving van de patiënt? Duidt aan op de waardeschaal (0 = Niet belangrijk, 10 = heel erg belangrijk).**



De gemiddelde score bedroeg 9,3. Ook hier zien we duidelijk dat de meesten erg veel belang hechten aan een aanbod van psychologische ondersteuning aan familie en omgeving van palliatieve patiënten.

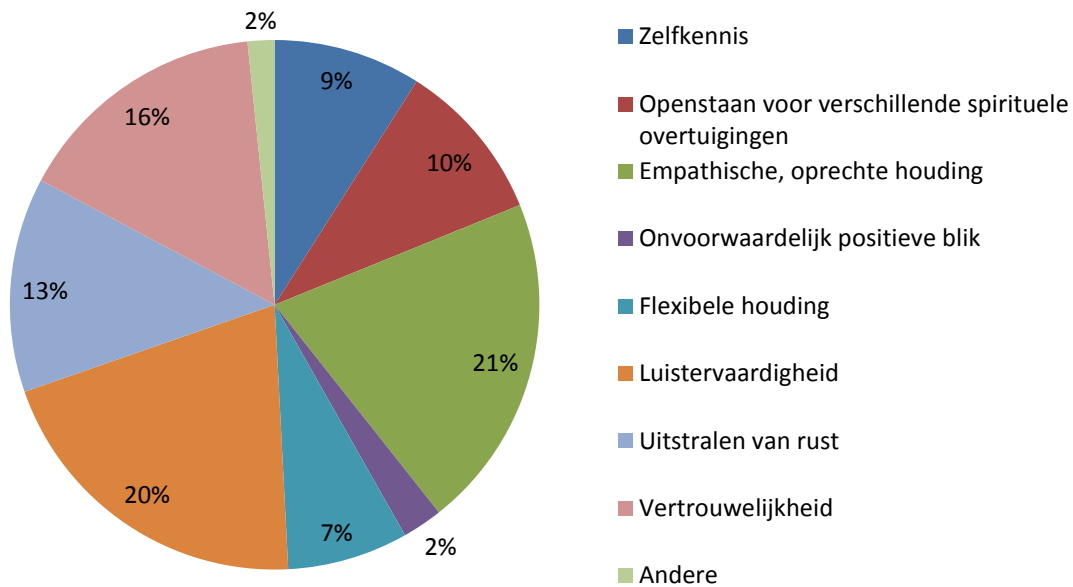


**Wat zijn de competenties van een therapeut in de psychosociale zorg? Duidt aan welke volgens uw mening de drie belangrijkste kenmerken zijn.**

*Als drie belangrijkste competenties komen een empathische, oprechte houding, luistervaardigheid en vertrouwelijkheid naar voren. Ook het uitstralen van rust krijgt een hoge score toegekend.*

*Twee mensen vonden volgende competenties ook belangrijk genoeg om te vermelden:*

- *goede basiskennis van de aangeboden ondersteuning*
- *deskundigheid uitstralen, maar toch soms toegeven dat je 't zelf ook niet weet.*  
*Eigenlijk allemaal, afhankelijk van de situatie waar je in komt.*



## **3.3. Beeldende therapie**

### **3.3.1. Meerwaarde van beeldende therapie in palliatieve zorg**

Uit het literatuuronderzoek komt duidelijk naar voren dat er heel wat nood is aan psychologische ondersteuning van de palliatieve patiënt en zijn omgeving. Uit de peiling bij de hulpverleners in een palliatieve setting zien we dat deze hulpverleners hier ook heel veel belang aan hechten. Bijna de helft van de respondenten geeft ook aan dat hierin nog verbetering mogelijk is.

Over het algemeen kan er dan ook duidelijk gesteld worden dat creatieve en meer bepaald beeldende therapie (nog) niet erg gekend is in deze sector in Vlaanderen. Hoewel ongeveer een derde van de respondenten op de vragenlijst aanduidde al gehoord te hebben van beeldende therapie, kon men enkel bij Topaz en Pallion dit verder correct toelichten. Vooral bij Pallion is men reeds vertrouwd met beeldende therapie, maar dan wel bijna uitsluitend voor kinderen. Algemeen kan er dus geconcludeerd worden dat men nog onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden van beeldende therapie en dan zeker specifiek voor volwassenen. Bij persoonlijke gesprekken met hulpverleners op palliatieve eenheden werd er stevast de vraag gesteld wat beeldende therapie was. Na uitleg was men hier telkens enthousiast over en was men van mening dat beeldende therapie inderdaad een mooie aanvulling kan betekenen op het huidige aanbod van psychosociale zorg voor de palliatieve patiënt en zijn omgeving. In Groot-Brittannië en Amerika maakt men reeds meerdere jaren gebruik van beeldende therapie in palliatieve settings en bereikt men hier goede resultaten mee. In België gebruikt men beeldende therapie wél al op enkele oncologische afdelingen en ook daar ziet men de meerwaarde ervan. De kracht van het beeldend werken kan een meerwaarde betekenen in de palliatieve zorg, om de mens in zijn laatste fase te ondersteunen en de psychische pijn te verlichten.

## 3.3.2. Holistische aanpak

Beeldende therapie vindt aansluiting bij elk van de vier facetten van het mens-zijn. Beeldende therapie in de palliatieve zorg draait niet zozeer rond inzicht verwerven en verandering stimuleren, maar veel meer rond een mens bijstaan in heel zijn wezen, om afscheid te kunnen nemen van het leven.

### 3.3.2.1. Het somatische aspect

In de laatste levensfase kan het lichaam meer en meer aftakelen en onbetrouwbaar worden. Men krijgt te maken met allerlei kwaaltjes en pijn. Door de patiënt zelf mee het onderwerp te laten bepalen, geeft men hem een stukje waardigheid en autonomie terug. Beeldende therapie kan een middel zijn om de controle terug in handen te nemen door zelfexpressie. Een heel belangrijk uitgangspunt hierbij is dat we de patiënt die zoveel *ondergaat*, de mogelijkheid bieden weer een *handelend* mens te zijn.

Wanneer iemand actief bezig kan zijn, ervaart hij meer voldoening en positiviteit. Spelplezier in het beeldend medium biedt de mogelijkheid om los te komen van de ziekte en de stress van alle behandelingen. Het kan ontspanning en afleiding bieden. Het leuke aan opgaan in een activiteit - zoals schilderen - is niet alleen het resultaat, maar ook de activiteit zelf. Men geniet van het bezig zijn; het hele wezen is erbij betrokken; de tijd vliegt. Dit verschijnsel noemen we "flow". Flow verwijst naar een toestand waarin je helemaal opgaat in je bezigheid. Als je flow bent, ben je zo geconcentreerd bezig dat je al het andere (jezelf, de tijd, de drukte om je heen, je pijn,...) even vergeet. Door heel geconcentreerd aan iets te werken, kan het lichaam tot rust komen. Psychische lasten kunnen hun weerslag vinden in het lichaam; door beeldend uiting te geven aan gedachten en gevoelens kan een mens ook wat rust vinden.

Wanneer er geen herstel meer mogelijk is, kan beeldende therapie een ontspannende en betekenisvolle ondersteuning bieden. We kunnen in deze context spreken over palliatieve beeldende therapie, waarbij het verzachtende en begeleidend element voorop staat. Henk Smeijsters geeft ons hierover volgende definitie: "De palliatieve creatieve therapie heeft als belangrijkste doelstellingen het verzachten van fysieke pijn en het verzachten van, en het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek." De doelstellingen zijn onder meer gericht op het verminderen van psychosomatische klachten, het verminderen van chronische pijn en het afscheid kunnen nemen van het leven. (Smeijsters, 2003)

Wanneer het voor de patiënt fysiek niet meer mogelijk is om zelf bijvoorbeeld te schilderen, kunnen we steeds nog op zoek gaan naar manieren waarbij we hem toch zoveel mogelijk actief betrekken bij de creatie. Een klein voorbeeldje kan dit misschien beter toelichten: op mijn stageplaats had ik een cliënte die lichamelijk erg zwak was en zich verbaal zeer moeilijk kon uitdrukken. Ik toonde haar één voor één de potten verf en liet haar zo zelf de kleuren kiezen. Vervolgens deed ik haar een aantal voorstellen voor een onderwerp en kon zij me aangeven welke haar voorkeur had. Ik knipte een mal uit karton en deed verf op een schilderspalet. Door met een sponsje in de verf te deppen, kon ze deze mal vullen met verf. Ondanks haar beperkingen slaagde zij er zo in om toch op een creatieve manier bezig te zijn en een persoonlijk werkstuk te maken. Zij werkte erg geconcentreerd en kon heel even alle zorgen en pijn naast zich neerleggen. Met een heel eenvoudige techniek bereikte ze een prachtig resultaat. Haar voldoening was enorm groot; haar stralende blik zal me nog lang bijblijven. Ik wil dan ook graag pleiten om te kijken naar de mogelijkheden van iemand i.p.v. ons steeds te focussen op de beperkingen.

Natuurlijk krijgen we bij palliatieve patiënten vaak te maken met heel wat beperkingen op fysiek vlak of op het vlak van bewustzijn door de medicatie. En de ene dag gaat het al wat beter dan de andere. Het is net de uitdaging om hier te zoeken naar de mogelijkheden die de patiënt nog wel heeft, i.p.v. ons dood te staren op de beperkingen.

### **3.3.2.2. Het psychische aspect**

Beeldende therapie biedt de patiënt nieuwe wegen om zichzelf uit te drukken en copingstrategieën te vinden. Het kan vorm geven aan z'n diepste gevoelens en meest intense belevingen. Beeldende therapie sluit aan bij de behoefte van de mens om uitdrukking te geven aan zichzelf. Jezelf uiten geeft een bevestiging van wie je bent en versterkt je gevoel van eigenwaarde. (Pallium, 2007)

De grote kracht van beeldende therapie zit 'm in de externe functie die het medium kan hebben. Door de afstand die er zit in dat wat zichtbaar kan worden gemaakt in het beeldend werk en dat wat zich op gevoelsmatig vlak afspeelt bij de patiënt, kan het de veiligheid bieden om de confrontatie met moeilijke zaken aan te kunnen gaan.

Soms is er een andere taal nodig die beter kan uitdrukken wat er vanbinnen gebeurt. De taal van kunst, van tekeningen en schilderijen, van muziek, van poëzie. (Somers, 2002) Gevoelens en emoties waar men (nog) geen woorden voor heeft, kunnen via een beeldend werkstuk of via het werken met beeldende materialen ervaren of geuit worden. Het uiten van gevoelens en emoties kan de psychische lasten van het stervensproces verlichten. Wat door de creativiteit naar buiten komt, voelt veiliger en is vaak een eerlijkere weergave van de gevoelswereld omdat de verdedigingsmechanismen wegvallen. Wat vorm krijgt en daardoor van binnen naar buiten komt, werkt bevrijdend. Wat benoemd en verbeeld wordt, krijgt bestaansrecht. De patiënt kan zicht krijgen op zijn verschillende emoties. Door deze de ruimte te geven, ontstaat er rust. In het werken met beeldende middelen kan de patiënt zijn emoties symboliseren. Symboolcommunicatie vermindert de controle en komt daardoor vlugger bij herinneringen en gevoelens.

Tekenen, schilderen, kleien,... spreken het onbewuste aan. Door gevoelens en emoties op een non-verbale wijze te kunnen uiten, kan de patiënt contact maken met zijn innerlijke beelden en hier tegelijkertijd ook afstand van nemen. Hierdoor kunnen weer nieuwe inzichten ontstaan.

In de inzichtgevende beeldende therapie kunnen we ook egoversterkende aspecten vinden. De patiënt kan in het beeldend medium zijn kracht in beeld brengen, grenzen stellen, keuzes maken en verantwoordelijkheid dragen. Beelden uit het onbewuste kunnen tot spreken worden gebracht door middel van tekenen, schilderen, dichten, boetseren, collages en/of verhalen. Symbolen, gedichten, sprookjes of andere verhalen kunnen gebruikt worden ter ondersteuning. Door imaginatie met behulp van symbolen en metaforen kan een mens meer inzicht in zichzelf krijgen en wat hij nodig heeft om ook dit laatste stukje weg in het leven af te leggen.

Soms is een patiënt niet in staat verbaal uiting te geven aan zijn dringende wensen en behoeften of aan zijn vroegere, huidige of potentiële toestand; maar deze belangrijke punten kunnen zich weerspiegelen in de symbolische taal van de tekening. Deze symbolische taal, die zijn oorsprong heeft in het onbewuste, functioneert zowel in tekeningen als in dromen. Ze dient om het individu te helpen harmonie en evenwicht in zijn leven te handhaven. Wanneer de symbolische taal van dromen of tekeningen op onbewust niveau blijft, is de bruikbaarheid ervan voor het corrigeren van bepaalde omstandigheden gering. Als het individu ertoe kan worden gebracht, datgene wat zijn symbolische taal hem heeft te zeggen in zijn bewustzijn toe te laten en te assimileren, kan hij onmiddellijk beginnen te werken aan noodzakelijke veranderingen in zijn leven, die anders misschien pas tot stand zouden komen na vele maanden van indirect zoeken naar verbetering. (Kübler-Ross, 1981)

Bij het werken met palliatieve patiënten kan ook de supportieve werkwijze een belangrijke plaats innemen. Smeijsters definieert dit als volgt: “Men probeert de (dieperliggende) problemen niet weg te nemen, maar de omgang met de problemen te verbeteren. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht karakter.” De doelstellingen die hierbij centraal staan zijn: verbeteren van de emotionele aanpassing, verstevigen van de bestaande afweer, ontwikkelen van controlemechanismen (leren omgaan met de symptomen) en zelfactualisatie (mogelijkheden van jezelf ontwikkelen). (Smeijsters, 2003)

Iedere patiënt gaat op een andere manier om met al deze emoties. Het is belangrijk om de patiënt steeds te zien als een uniek persoon. Als hulpverlener kunnen we de patiënt begeleiden in zijn proces, maar uiteindelijk blijft het de patiënt die alle beslissingen neemt. Wim Distelmans (2009) omschrijft het mooi in één van zijn boeken: “Ze willen vaak de patiënt zover krijgen dat ze *de dood aanvaarden*. Indien dat niet gebeurt wordt het als een persoonlijke mislukking van hun patiëntenbegeleiding gezien. De doodsontkenning door een patiënt kan echter deel uitmaken van zijn manier om met het levensbedreigend probleem om te gaan, om mentaal te kunnen ‘overleven’.

Deze copingstrategie wordt trouwens ook doorlopend door gezonde mensen gehanteerd: de meesten leven alsof ze onsterfelijk zijn en er wordt zo weinig mogelijk aan de dood gedacht. Daar is niets mis mee zolang dit niet schadelijk is voor henzelf. Men moet op 85 jaar geen 20-jarenplan willen maken met allerlei financiële implicaties voor hemzelf en zijn nageslacht.” (Distelmans, 2009)

Ook in een boek van Joan Halifax staat een waardevolle tip voor een correcte omgang met een palliatieve patiënt: “Als ik een weloverwogen en verantwoorde manier van zorgverlening in één zin zou moeten samenvatten, zou ik zeggen: ‘Laat de stervende de leiding nemen.’ Te vaak behandelen we stervenden alsof zij al dood zijn. Alsof zij geen eigen stem hebben en niet zelf kunnen kiezen hoe zij willen sterven. Als wij de stervende de touwtjes in handen geven, vraagt dit van ons om bij niet-weten te blijven en aanwezig te zijn bij de dingen zoals zij zich ontvouwen. Dit vraagt om moed en vertrouwen in de natuurlijke, aangeboren wijsheid van de ander, die steeds vertrouwder raakt met de dood.” (Halifax, 2009)

### 3.3.2.3. Het relationele aspect

Beelden zijn universeel en kunnen veiliger aanvoelen dan woorden. In een ervaring waarin woorden ontbreken kan beeldende therapie ook een verbetering betekenen in de communicatie van de palliatieve patiënt met zijn omgeving. Het contact met zijn directe omgeving kan hierdoor positief beïnvloed worden. Het innigste van zichzelf, het meest verborgen deel wordt dikwijls gemakkelijker geuit door gedichten te schrijven, door te tekenen, te schilderen of te werken met klei. Wat op deze manier geuit wordt, laat zien wat er in de mens omgaat. Al spelend en tekenend, brengt men iets van het innerlijke conflict naar buiten of kan men bepaalde crisissen verwerken. Zich uiten via de wereld van de kunst, via de kunstenaar die in elk van ons en van onze kinderen leeft, betekent een deel van de innerlijke beleving prijsgeven. Het is een vorm van zich meedelen, zich ontdoen van, zich bevrijden. (Vanden Abbeele, 2001)

In groepstherapie kan men steun vinden bij lotgenoten. Ervaren dat anderen kampen met dezelfde angsten en onzekerheden, kan het isolement doorbreken. Men kan zich gedragen voelen door de groep.

Tot nu toe kwam de meerwaarde van de beeldende therapie voor de patiënt zélf aan bod. Maar natuurlijk geldt dit ook voor de familie en omgeving van de patiënt. Ook zij kunnen heel veel baat hebben bij beeldende therapie om vorm te geven aan hun emoties tijdens een intense periode van afscheid nemen en in de fase na de dood van de patiënt. Zo kan het bijvoorbeeld ook erg therapeutisch zijn - zowel voor de patiënt als voor zijn familie - om samen met de stervende een werkstuk te maken. Dit onderzoek richt zich vooral op de noden van de patiënt omdat dit nog een onontgonnen gebied blijkt voor de beeldende therapie in Vlaanderen. Over beeldende therapie bij rouwverwerking (na de dood van een geliefd persoon) is reeds meer literatuur verschenen.

Een mens kan ook de behoefte hebben om iets betekenisvols achter te laten in kleur of beeld waarbij tegelijkertijd de verwerking van het sterven makkelijker kan worden (Hartmann, 2010). Anderen willen graag nog een herinnering achterlaten voor hun nabestaanden. Vooral mensen met jonge kinderen willen graag een tastbare herinnering achterlaten voor hun kinderen later. Zo kan het maken van een herinneringsdoosje, met allerlei kleine persoonlijke bezittingen erin, een heel betekenisvolle daad zijn. Dit wordt door de nabestaanden ook vaak als een heel kostbaar iets beschouwd.

#### 3.3.2.4. Zingeving

Wanneer alles onzeker is geworden en men de controle over het eigen lichaam en leven uit handen moet geven, lijken er geen keuzemogelijkheden meer te zijn en er is grote behoefte aan zingeving. De patiënt zal moeten gaan zoeken naar nieuwe betekenissen in zijn leven binnen een ziekteproces dat voortdurend voortschrijdt en in intensiteit toeneemt. Door contact te maken met de innerlijke beelden kan de patiënt tot een diepere vorm van zichzelf komen en steun vinden bij het zoeken naar de zin van zijn bestaan. Met symbolen, metaforen en rituelen kan door de patiënt, naar eigen inzicht en behoefte, beeldend een antwoord gezocht worden op religieuze zingevingvragen.

In het beeldende proces is er enige afstand, enige relativisering, doordat men werkt aan iets buiten het zelf. Door middel van deze afstand kan het beeldende werk fungeren als symbool om existentiële vragen in kaart te brengen en vanuit de afstand weer terug worden gebracht naar de situatie van de cliënt. Deze verschuiving van focus kan goed worden ingezet bij het werken vanuit existentieel oogpunt; men wil toewerken naar bewustwording, naar het ervaren van eigen keuzemogelijkheden en het dragen van verantwoordelijkheid (aanvaarden van consequenties) van gemaakte beslissingen. Door de concreetheid van het beeldende medium kan hier direct naar verwezen worden, omdat stappen gezet in het medium concrete gevolgen hebben; het wordt zichtbaar. (Waaning, 2008)

Het zoeken naar de zin van het bestaan is een spiritueel proces waarin de mens een manier zoekt om het negatieve en het positieve in zijn leven een plaats te geven, om “de balans op te maken”. Controle hervinden over het eigen leven lijkt hierbij een sleutelwoord te zijn. Bij palliatieve patiënten kan het daarom heel zinvol zijn om te werken rond het levensverhaal. Door het levensverhaal vorm te geven (bijvoorbeeld door alle belangrijke levensgebeurtenissen visueel op een tijdslijn te plaatsen), kan de patiënt terugblikken op zijn leven en alles beter in perspectief zien. Met behulp van tekenen, schilderen of collage kan het eigen leven verbeeldt worden en kan hiernaar teruggekeken worden. We doen dan aan autobiografische reflectie of “life-review”. (Schweizer, 2009)

De existentiële werkwijze richt zich op het doorwerken, beïnvloeden en accepteren van problemen. In het existentieel creatief therapeutisch proces gaat het om het geven van uitdrukking aan existentiële conflicten en het (her)vinden van betekenis van het persoonlijke bestaan. De mediumactiviteiten zijn gericht op het (leren) ervaren van keuzemogelijkheden en zeggenschap met betrekking tot de eigen wil. Er wordt toegewerkt naar een proces van bewustwording, naar het ervaren van eigen mogelijkheden ten opzichte van hoe men zich verhoudt tot de betreffende problematiek. (Waaning, 2008)



## **3.4. Voorbeelden**

Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van wat zinvolle oefeningen kunnen zijn, specifiek gericht op palliatieve patiënten. Deze voorbeelden zijn slechts exemplarisch. Het is belangrijk om elke patiënt apart te benaderen en te kijken welke zijn noden en interesses zijn en hierop aan te sluiten.

Beeldende therapie in de palliatieve zorg is best non-directief. De patiënt moet zich vrij voelen in de keuze van het onderwerp en het gebruikte materiaal. Als therapeut kunnen we wel suggesties hiervoor aanbrengeen en handvaten bieden. Elke mens is uniek en moet zijn eigen dood kunnen sterven. Als therapeut moeten we respect hebben voor de stervende mens en deze in zijn waarde laten.

Onderstaande voorbeelden zijn geïnspireerd door de holistische visie. Elk van deze werkvormen sluit aan bij een ander facet van het mens-zijn.

### **3.4.1. Mandala**

Mandala-tekenen sluit mooi aan bij het somatische aspect. Mandala-tekenen is een vorm van meditatie die rust, ontspanning en plezier brengt. Het tekenen of eventueel inkleuren van een mandala zorgt ervoor dat men geconcentreerd bezig is en dit zal helpen om in het hier en nu te zijn.

Het woord mandala komt uit het Sanskriet en betekent cirkel, kern, middelpunt. De cirkel is een oeroud symbool dat staat voor diverse begrippen. Zo symboliseert de cirkelrand het fysieke lichaam en het punt in het midden het diepste "ik" van de mens. De cirkel staat ook symbool voor de kosmos en oneindigheid. Een cirkel heeft immers geen begin- of eindpunt. De cirkel is het meest verbreide geometrische symbool en is volmaakt van vorm. Vanuit een middelpunt, een kern, een heel klein cirkeltje, kan alles groeien, alles groter worden. Een mandala creëren schept orde in de chaos en kan object zijn voor meditatie en concentratie. De cirkelvorm biedt houvast en begrenzing, waarbinnen je alle vrijheid hebt om uitdrukking te geven aan velerlei vormen en symbolen.

(<http://www.mandalatekenen.net>)

Mandala-tekenen is een manier van tekenen en kleuren met de energie van lijnen, kleuren en vormen binnen de ruimte van een cirkel. Een symbolische manier van tekenen om op een speelse wijze jezelf wat beter te leren kennen. Hierdoor kun je bewuster en krachtiger in het leven komen te staan. Je persoonlijk licht zal (meer) gaan stralen, je eigen omgeving wordt gevoed. Wanneer je de basisprincipes van het mandalatekenen hebt eigen gemaakt kan je oneindig doorgaan met het maken van mandala's. Je leefomgeving, je fantasie, de natuur, geschiedenis en zo meer, bieden een bron van inspiratie tot het maken van een mandala. Daarnaast is het intuïtief vullen van deze magische cirkel een vrije en ontspannen manier van werken. (<http://www.mandalateken.nl>)

Een gemaakte mandala bestaat uit een basiscirkel die meestal opgevuld is met geometrische figuren, vormen, lijnen, symbolen en kleuren. In het westen wordt steeds meer de vrije, meer intuïtieve beweging in de mandala toegepast waardoor naast de eventuele kosmische inzichten meer persoonlijke spiegels zichtbaar kunnen worden. Wanneer je de boeken van psychiater Carl Jung er op naleest, zie je de mandala als een voorstelling van het onbewuste zelf. Door het herkennen van patronen in mandala's die getekend zijn door patiënten naar aanleiding van dromen, heeft Carl Jung zich in de betekenis kunnen verdiepen en is zo van grote waarde geweest voor de latere, westerse ontwikkelingen in het maken van mandala's. (<http://www.mandalateken.nl>)

In de praktijk blijkt dat niet iedereen openstaat voor de symboliek achter het tekenen van mandala's. Maar ook wie niet geïnteresseerd is in deze achterliggende ideeën, kan toch een meerwaarde vinden in het tekenen van mandala's. De mandalasyboliek hoeft je niet aan te spreken om toch vol overgave bezig te gaan met deze vorm van tekenen.

Mandalatekenen is voor elke leeftijd een manier om je even terug te kunnen trekken uit de vaak veeleisende maatschappij. Even een moment voor jezelf. Dit is voor elke leeftijdsgroep prettig. In praktijk valt het ons op hoe belangrijk het mandalatekenen voor ouderen is. Het helpt door zijn vaak herhalende bewegingen de concentratie op peil te houden of te verbeteren. De samenwerking tussen linker- en rechterhersenhelft stimuleert de prikkeling om alert en bewust te blijven. Verder merken we op dat er al tekenend onderwerpen naar boven kunnen komen die men met elkaar kan delen. Teruggaan in het verleden, zien wat dit heeft gebracht en waar je eventueel nog iets mee kan doen. (<http://www.mandalateken.nl>)

In bijlage 2 vindt u twee voorbeelden van een mandala: een klassieke, geometrische versie en een vrijere uitwerking.

### 3.4.2. Werkvormen gericht op de vier basisemoties

Gevoelens en emoties waar men (nog) geen woorden voor heeft, kunnen via een beeldend werkstuk of via het werken met beeldende materialen ervaren of geuit worden. Het werken met klei is bijvoorbeeld een erg doeltreffende manier om boosheid te uiten. Het materiaal op zich nodigt uit om al z'n frustraties erin te kneden, ermee te gooien op het werkvlak,... Voor sommige patiënten kan het ook heel betekenisvol zijn om het afgewerkte werkstuk nadien stuk te kunnen gooien.

Op mijn stageplaats maakte ik kennis met een patiënte met zeer veel opgekropte woede en frustraties rond alles wat haar werd "aangedaan" door haar (levensbedreigende) ziekte. Zij kon deze gevoelens uiten in een reeks schilderijen van een woeste zee. Het was mooi om de evolutie doorheen de verschillende werken te zien: het eerste schilderij was erg donker van kleur, in dikke lagen erop gelegd; naarmate ze verder werkte met dit thema, werden haar schilderijen stilaan kleurrijker.

Naast het vrij of intuïtief schilderen kunnen we ook werkvormen aanbieden die gericht zijn op de vier basisemoties. Al onze emoties kunnen grofweg herleid worden tot vier basisemoties: de 4b's: bang, boos, blij en bedroefd. Hierrond kunnen we verschillende oefeningen doen.

In bijlage 3 wordt een voorbeeld weergegeven van een emotiekring. De patiënt kan elke basisemotie een kleur geven. Hierna kan dan een cirkel gevuld worden met deze kleuren. Zo kunnen mensen zicht krijgen op de wirwar van emoties waar ze mee te maken krijgen. Deze emotiekring kan eventueel verder uitgebreid worden naar een emotiedagboek (zie bijlage 4). In een klein blanco schriftje kan men op regelmatige basis een emotiekring inkleuren. Dit kan voor de patiënt zinvol zijn om zelf zicht te krijgen op alle wisselende emoties, maar het kan indien gewenst ook gebruikt worden als communicatiemiddel tussen de patiënt en zijn omgeving. Het kan een weg openen om moeilijkere emoties te bespreken of gewoon te delen.

### 3.4.3. Herinneringsdoosje

Wanneer mensen geconfronteerd worden met hun nadere einde kunnen zij de behoefte hebben om nog een herinnering achter te laten voor hun nabestaanden. Vooral mensen met jonge kinderen willen graag een tastbare herinnering achterlaten voor hun kinderen later. Het maken van een herinneringsdoosje kan dan een heel betekenisvolle daad zijn. Er worden tijdens de laatste levensfase persoonlijke en dierbare spullen verzameld om zo de nabestaanden een tastbare

herinnering te geven. Deze blijvende herinnering wordt door de nabestaanden vaak als een heel kostbaar iets beschouwd.

Het samenstellen en versieren is een heel persoonlijke keuze. In het doosje kunnen zelfgemaakte tekeningen een plaats krijgen naast foto's, gedichten, een haarlok, een dierbaar juweeltje of een stukje van een trouwkleed,... Aan de buitenkant kan het doosje versierd worden en kan eventueel de naam geschreven worden. De therapeut kan hiervoor suggesties aanreiken en steun bieden.

In bijlage 5 zijn enkele afbeeldingen van een herinneringsdoosje geplaatst.

### **3.4.4. Life-review**

“life-review” is terugblikken op ons leven om gebeurtenissen op een rij te zetten en misschien een ontwikkeling waar te nemen, bepaalde negatieve ervaringen te verwerken en een plaats te geven, stil te staan bij de betekenis van sommige ervaringen. Het werken met herinneringen in het algemeen wordt ook wel reminiscentie genoemd. Eén van de manieren is autobiografisch schrijven of autobiografisch beeldend werken. Life-review en reminiscentie of werken met levensverhalen met behulp van beeldende of andere creatieve werkvormen zijn methoden die men vaker terugziet in beeldende therapie bij rouw en verlieservaringen, bij levensfaseproblematiek en in het bijzonder bij ouderen. Life-review is een vorm van gestructureerde reminiscentie. Daarbij valt te denken aan het ophalen van herinneringen door materialen, geuren en beelden. In het beeldend werk wordt vaker gewerkt aan een levenslijn in beeld en aan het uitwerken van speciale gebeurtenissen in beeld en materiaal. Deze methoden helpen bij het vinden van persoonlijke betekenis en zin aan het eigen leven. Belangrijkste uitdaging is: wat is en wat was de betekenis van mijn leven? Het is een soort schatgraven naar de positieve dingen die er in een leven geweest zijn. (Schweizer, 2009)

Men kan een collage maken waarop de meest belangrijke gebeurtenissen uit het leven een plaats krijgen. Iedereen is vrij om te kiezen welke momenten hij wil afbeelden. De levenslijn kan zowel volledig getekend worden, als samengesteld worden met afbeeldingen uit tijdschriften die dan eventueel nog aangevuld worden met woorden. Het is ook mogelijk om te werken met eigen foto's. Indien gewenst kan men de gebeurtenissen kort toelichten. In bijlage 6 vindt u een voorbeeld van een levenslijn.

# 4. Conclusie

Uit de literatuurstudie blijkt dat het belangrijk is om de palliatieve patiënt te benaderen vanuit een holistische mensvisie. In deze laatste levensfase moeten we aandacht hebben voor alle facetten van het mens-zijn. Ernstig ziek zijn betekent meer dan hinderlijke fysieke en psychische klachten. Men spreekt vaak van de vier dimensies: pijn- en symptomen, psychologische problemen, sociale opvang en spirituele nood. Palliatieve zorg is een actieve totaalzorg voor patiënten van wie de ziekte niet meer te genezen is. Pijn- en symptoomcontrole, tezamen met een aanpak van de psychische, sociale en spirituele problemen, zijn van overwegend belang. Het doel van de zorg is het bereiken van de best mogelijke kwaliteit van leven voor zowel de patiënt als zijn familie.

In België is palliatieve zorg verweven in verschillende gezondheidsstructuren. Naast algemene palliatieve zorg door de eerste- of tweedelijnszorgverleners wordt er ook specialistische palliatieve zorg aangeboden. Dit zijn experts die samenwerken in een multi-professioneel team zoals thuiszorgequipes, palliatieve dagcentra, palliatieve eenheden en support teams in een ziekenhuis. Verder zijn er heel wat organisaties die instaan voor een kwaliteitsbevordering van zorg, de organisatie van overleg en de ondersteuning van (non-) professionele hulpverleners.

Om een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen werd de opgestelde vragenlijst uitgedeeld in de verschillende palliatieve settings. Uit de vragenlijst blijkt dat hulpverleners in palliatieve settings algemeen nog onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van beeldende therapie. Hierdoor wordt dit op de meeste plaatsen niet aangeboden. Nochtans hechten de meeste hulpverleners zeer veel belang aan psychologische ondersteuning bij palliatieve patiënten en hun familie. Ongeveer de helft van de respondenten vindt dat er nog verbetering hierin mogelijk is. Hypothetisch gezien is er dus nog ruimte voor een complementair zorgaanbod, zoals beeldende therapie. Beeldende therapie kan een goede aanvulling zijn in het huidige aanbod in de palliatieve zorg.

In de praktijk blijkt dat beeldende therapie op de verschillende domeinen ondersteuning kan bieden. In een context waar woorden vaak tekort schieten, kan beeldende therapie een belangrijke rol spelen. Wanneer genezen niet meer mogelijk is, zal de patiënt moeten gaan zoeken naar nieuwe betekenissen in zijn leven binnen een ziekteproces dat continu voortschrijdt en in intensiteit toeneemt.

Het non-verbale karakter van beeldende therapie biedt goede mogelijkheden bij verwerking van emoties en problemen die moeilijk te verwoorden zijn. In het beeldend werken kan de patiënt zelf controle uitoefenen, keuzes maken en autonoom zijn. In het ziekte- en behandelproces verdwijnen deze essentiële competenties vaak naar de achtergrond. Beeldende therapie kan daardoor een belangrijke bijdrage bieden in het integrale behandelplan. Met behulp van beeldende therapie kan de patiënt zich zowel uitleven (uitlaatklep) als inleven (contact maken met zijn gevoelens).

Palliatieve zorg is een actieve totaalzorg voor patiënten van wie de ziekte niet meer te genezen is. Pijn- en symptoomcontrole, tezamen met een aanpak van de psychische, sociale en spirituele problemen, zijn van overwegend belang. Uit de literatuurstudie blijkt dat beeldende therapie aansluiting vindt bij elk van de vier facetten van het mens-zijn. Beeldende therapie sluit dus aan bij de holistische mensvisie. Zo kan beeldende therapie bijdragen aan het reduceren van de pijn, angst, vermoeidheid en depressie. Beeldende therapie heeft een positief effect op het gevoel van welbevinden van de patiënt. Het kan patiënten ook helpen bij het hervinden/versterken van hun identiteit en plaats in de maatschappij. Daarnaast kan beeldende therapie bijdragen tot een herstel/verbetering van de relatie tussen patiënten en hun familie door non-verbale communicatie.

In het buitenland zijn er reeds studies gedaan over beeldende therapie in de palliatieve zorg. Op een palliatieve zorgeenheid in Lyon bijvoorbeeld werkt men sinds 2006 met het concept van Art Therapy of kunsttherapie. Men hanteert hierbij bestaande richtlijnen opgesteld door een Engels team. Ook hier ziet men bemoedigende resultaten (Rhondali & Barmaki, 2009). Margriet Gordijn is werkzaam in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam en stelt daar beeldende therapie beschikbaar voor palliatieve patiënten. Ook daar is men erg positief hierover (Pallium, 2007). En in Engeland - de bakermat van de palliatieve zorg - is beeldende therapie al wel opgenomen in het zorgaanbod voor palliatieve patiënten.

Door dit alles kunnen we aannemen dat beeldende therapie een meerwaarde kan betekenen in de palliatieve zorg. Misschien kan dit onderzoek een kleine bijdrage leveren in het bekendmaken van de beeldende therapie in deze sector in Vlaanderen?

# 5. Discussie

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat beeldende therapie een meerwaarde kan betekenen in de palliatieve zorg, maar nog niet geïmplementeerd is in deze sector in Vlaanderen. Deze resultaten kunnen enigszins genuanceerd worden, omdat dit slechts een beperkt onderzoek is. De vragenlijsten werden in het kader van dit eindwerk slechts in een beperkte kring rondgedeeld. Om deze resultaten te verifiëren op grotere schaal binnen gans Vlaanderen is een grootschaliger onderzoek aangewezen.

Binnen een kleinschalig onderzoek zoals dit kunnen resultaten al snel beïnvloed worden door de verkregen respons binnen een bepaalde setting. Zo werd er een grote respons ontvangen vanuit de thuiszorg (Pallion). De hulpverleners bij Pallion bleken door opleiding en ervaring wel reeds vertrouwd met beeldende therapie. Door hun grote respons – waarvoor dank – beïnvloedt dit natuurlijk wel het globale beeld. De respons uit de andere settings (waar beeldende therapie niet gekend was) was beperkter, hierdoor is hun aandeel kleiner in het uiteindelijke resultaat. Om een completer beeld te verkrijgen is dus zeker ook een grootschaliger onderzoek nodig.

Omwille van een beperktheid in tijd is ook het praktijkgerichte gedeelte slechts hypothetisch opgesteld. Ook hier is meer ervaring aangewezen om een meer gefundeerde conclusie te trekken. Dit onderzoek kan alvast een aanzet betekenen.

# Bibliografie

## Boeken:

BOLTON, G. (Red.). (2007). *Dying, Bereavement and the Healing Arts*. London: Jessica Kingsley Publishers.

DARLEY, S. & HEATH, W. (2008). *The Expressive Arts Activity Book. A Resource for Professionals*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

DE COCK, M. (2006). *Hoe mensen sterven*. Amsterdam/Antwerpen: Meulenhoff/Manteau.

DISTELMANS, W. (2009). *Een waardig levenseinde*. Antwerpen: Houtekiet.

HALIFAX, J. (2009). *Als sterven dichtbij komt. Boeddhistische lessen over de dood*. Utrecht: Uitgeverij Ten Have.

HARTLEY, N. & PAYNE, M. (Eds.). (2008). *The Creative Arts in Palliative Care*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

HOLZENSPIES, C & TAAL, J. (2003). *Kanker in beeld. Verwerking door creatieve expressie*. Amsterdam: Stichting Kanker in Beeld.

KEIRSE, M. (2006). *Stil verdriet*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.

KEIRSE, M. (2008). *Helpen bij verdriet en rouw*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.

KUBLER-ROSS, E. (1981). *Leven met stervenden*. Baarn: Uitgeverij Ambo bv.

MEES-CHRISTELLER, E. (1997). *Genezen met kunst. Handreikingen aan kunsttherapeuten*. Zeist: Uitgeverij Vrij Geestesleven.

MENTEN, J. & VAN ORSHOVEN, A. (Red.). (2004). *Palliatieve zorg, stervensbegeleiding, rouwbegeleiding. Handboek voor deskundige hulpverlening in de thuiszorg en in het ziekenhuis*. Leuven: Acco.

NUYTS, D. (2000). *Nog enkele weken of maanden. Een authentiek verhaal over palliatieve zorg, met op de achtergrond het stervende polderdorp Doel*. Roeselare: Globe.

OUTTIER, M. (1979). *Creatieve en expressieve therapie*. Leuven: Acco.

SCHWEIZER, C. (2009). *Handboek beeldende therapie. Uit de verf*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

SIMON, R.M. (1997). *Symbolic Images in Art As Therapy*. London: Routledge.



SMEETS, W. (2009). *Is er leven na de dood? Eigentijdse antwoorden op veelgestelde vragen*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

SMEIJSTERS, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.

SOMERS, P. (2002). *Woorden van troost. Hoe vind ik de juiste woorden bij een overlijden*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

SOMERS, P. & Leefsleutels vzw (2003). *Wat nooit verloren gaat. Dagboek voor jongeren over sterven en leven*. Mechelen: Uitgeverij Bakermat.

SPIJKER, T. & LAARMAN, M. (Eds.). (1998). *They just fade away. Symposiumverslag palliatieve zorg*. Utrecht: Uitgeverij Lemma bv.

STRUYF, A. & CELIE, L. (1997). *Het kleine sterven*. Leuven: Uitgeverij Van Halewyck.

TODD BEAM, M. (2009). *Eindeloze Creativiteit*. Baarn: Tirion Uitgevers BV.

VANDEN ABBEELE, C. (2001). *De kunst van het afscheid nemen. Beelden van innerlijkheid*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

VANDEN ABBEELE, C. (2001). *Nu jij er niet meer bent. Rouwen met kinderen en tieners*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

VANDEN ABBEELE, C. (2002). *Mijn herinneringsboek*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

VANDEN ABBEELE, C. (2004). *Er zijn voor jou. Omgaan met jonge mensen die rouwen*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

VAN DE WIEL, H. & WOUDA, J. (2001). *Cahierreeks Pallium. Zelfzorg in de palliatieve fase*. Diegem: Houten.

VAN GEFFEN, L. (2003). *Het lijden omarmd. Ontmoetingen met verpleeghuisbewoners*. Zeist: Christofoor.

VAN OSSELEN-RIEM, J. (2000). *Zorg op de grens. Palliatieve zorg in ethisch perspectief*. Utrecht: Uitgeverij Lemma bv.

VAN OSSELEN-RIEM, J. & DE NIJS, E. & VAN DIJK, B. (Red.). (2004). *Theorie en praktijk van de palliatieve zorg*. Utrecht: Uitgeverij Lemma bv.

VERLIEFDE, E. & DIRIX, R. & MORIS, L. (2012). *Stil Leven. Herinneringen aan een geliefde*. Averbode: Uitgeverij Altiora Averbode nv.

WEIJERS, A. & PENNING, P. (2003). *Het leven duurt een leven lang. Een boek om kinderen en jongeren te helpen bij een verlies*. Nijmegen: Annet Weijers, in samenwerking met Stichting "Achter de Regenboog".

WOLFAERT, M. (2013). *Sterven is klote, maar jullie koffie is lekker. Dagelijks leven in een hospice voor palliatieve zorgen*. Antwerpen: Uitgeverij Vrijdag.

**Brochures:**

FORUM PALLIATIEVE ZORG, *Voorzieningen palliatieve zorg in Vlaanderen*.

FORUM PALLIATIEVE ZORG, *Nieuwsbrief nr. 25 – jan/feb/maart 2012*.

FORUM PALLIATIEVE ZORG, *Nieuwsbrief nr. 26 – april/mei/juni 2012*.

FORUM PALLIATIEVE ZORG, *Nieuwsbrief nr. 28 – okt/nov/dec 2012*.

FORUM PALLIATIEVE ZORG, *Nieuwsbrief nr. 29 – jan/feb/maart 2013*.

FORUM PALLIATIEVE ZORG, *Nieuwsbrief nr. 30 – april/mei/juni 2013*.

**Artikels:**

BORGMANN, E. (2002). *The Arts in Psychotherapy* 29. p. 245-251.

GRIFFIOEN, M. (2010). *Papa is stuk*. Hogeschool Utrecht.

HENDRICKX, H. (2010). *Rouwverwerking bij ongeneeslijk zieken*. Academie voor Integratieve Psychologie.

GORDIJN, M. (2007). *Woorden verbeelden*. Pallium Februari 2007. Springer.

RHONDALI, W.& BARMAKI, M. (2009). *The value of art therapy – case studies from France*. European Journal of Palliative Care, 2009-16. p. 26-30.

VALK, M. & VAN DER HELM, C. (2011). *Het palliatief patiënten paspoort*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

VAN AAR, A. (2010). *Een ander beeld: beeldend (ver)werken en borstkanker*. HAN-CTO.

VITAYA. Augustus 2013. p. 16-19.

WAANING, A. (2008). *Existentiële beeldende creatieve therapie*. HU – Amersfoort, Faculteit Maatschappij en Recht.

**Internet:**

<http://afscheidsfotograaf.nl/herinneringsdoos>

<http://www.annethogenesch.nl>

<http://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=5H2MqOLnvJsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=palliatieve+zorg&ots=JcZvLy-Tz1&sig=hYefKsefGQbc3uh1CGhWNLGz7IE#v=onepage&q=palliatieve%20zorg&f=false>

[http://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=H0h19hB2wuYC&oi=fnd&pg=PA10&dq=palliatieve+zorg%2Bcreatieve+therapie&ots=GpONJ-Sviu&sig=D\\_fZ7Y25b4hklPs9UPqEvl-hc1g#v=onepage&q=palliatieve%20zorg%2Bcreatieve%20therapie&f=false](http://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=H0h19hB2wuYC&oi=fnd&pg=PA10&dq=palliatieve+zorg%2Bcreatieve+therapie&ots=GpONJ-Sviu&sig=D_fZ7Y25b4hklPs9UPqEvl-hc1g#v=onepage&q=palliatieve%20zorg%2Bcreatieve%20therapie&f=false)

<http://www.bronkracht.be>

<http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/treatment/complementary-alternative/therapies/art-therapy>

<http://www.clairevandenabeele.be>

<http://www.daisyluiten.nl/index.php/praktijk/werk-van-clienten.html>

<http://derouwmantel.nl/>

[https://doks.khlim.be/do/files/FiSe413eb868195bfc800119bd3c34a801f7/E08\\_VP\\_BZH\\_10\\_WirixEsther.pdf?recordId=SGEZ413eb868195bfc800119bd3c34a801f6](https://doks.khlim.be/do/files/FiSe413eb868195bfc800119bd3c34a801f7/E08_VP_BZH_10_WirixEsther.pdf?recordId=SGEZ413eb868195bfc800119bd3c34a801f6)

<http://doks.phl.be/doks/do/files/FiSe2c904921195d9680011977216d6504e8/Artikel%20Bogaerts%20Sanne%20Govaerts%20Anja.pdf?recordId=SEtd2c904921195d9680011977216d6504e7>

<http://www.goudennagedachtenis.nl>

<http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=han%3Aoi%3Arepository.samenmaken.nl%3Asmpid%3A9829>

<http://www.heliotherapie.nl/ouderen>

<http://www.hulpvaardig.nl/index.php?pageID=12>

<http://www.in-de-wolken.nl>

<http://www.ingentaconnect.com/content/maney/ppc/2013/00000021/00000002/art00001>

[http://www.jongeheldenindegklas.nl/overlijden\\_van\\_een\\_dierbare/10\\_12\\_jaar/werkvormen\\_over\\_verdriet\\_en\\_de\\_dood](http://www.jongeheldenindegklas.nl/overlijden_van_een_dierbare/10_12_jaar/werkvormen_over_verdriet_en_de_dood)

[http://www.kublerrossvlaanderen.be/?item=1\\_de\\_vijf\\_fasen\\_van\\_rouw](http://www.kublerrossvlaanderen.be/?item=1_de_vijf_fasen_van_rouw)

<http://www.landelijksteunpuntrouw.nl>

<http://link.springer.com/article/10.1007/BF03061221>

<http://www.mandalateken.nl/beginpunt/welkomspagina>

<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/104283-bang-voor-de-dood.html>

<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/106535-wat-is-een-rouwproces.html>

<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/120722-rouwverwerking-omgaan-met-rouw.html>

<http://nieuws.kuleuven.be/node/9447>

<http://ninoc89.wix.com/ninocbt#!foto's>

[www.pnat.be](http://www.pnat.be)

<http://www.praktijkrouwenverlies.nl/workshops.htm>

<http://puurafscheid.nl/?id=0ea93&s=k2&lang=nl>

<http://www.rouwkalender.nl/home>

<http://www.umcutrecht.nl/subsite/cancercenter/Patienten/Palliatieve-zorg/Verschil-palliatieve-en-terminale-zorg.htm>

<http://www.watalsiknietmeerbeterword.nl/index.php?page=74>

<http://www.who.int/cancer/palliative/en>

[http://nl.wikipedia.org/wiki/Palliatieve\\_zorg](http://nl.wikipedia.org/wiki/Palliatieve_zorg)

# Bijlagen

1. Vragenlijst	p.	54
2. Mandala	p.	56
3. Emotiecirkel	p.	58
4. Emotiedagboek	p.	59
5. Herinneringsdoosje	p.	60
6. Levenslijn	p.	61

Geachte,

Ik volg een BaNaBa-opleiding creatieve therapie aan de PXL in Hasselt. Voor mijn afstudeerproject maak ik een scriptie over de meerwaarde van creatieve therapie in de palliatieve zorg. Hiervoor ben ik momenteel bezig met een studie van het huidige aanbod aan psychosociale zorg in de palliatieve zorg.

Hieronder vindt u de invullijst van vragen met betrekking tot de psychosociale zorg voor palliatieve patiënten. Wilt u hiervoor heel even tijd maken en deze invullen vanuit uw persoonlijke werkervaring binnen deze sector?

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!

Wendy Mellaerts  
0474-27 48 18

## Vragenlijst

1. Hebt u al gehoord van creatieve of beeldende therapie?

Ja. Omschrijf eventueel kort in je eigen woorden.

Nee.

2. Is er momenteel een aanbod van creatieve activiteiten op uw afdeling aanwezig? Zo ja, welke activiteiten worden er aangeboden?

3. Welke vormen van psychosociale zorg worden er momenteel aangeboden op uw afdeling?

- Psycho-educatie
- Psychotherapie
- Gedragstherapie
- Creatieve therapie
- Spirituele zorg
- Andere:

- Individuele sessies
- Groepssessies

4. Hoe belangrijk vindt u psychologische ondersteuning voor mensen in een palliatieve zorgsituatie? Duidt aan op de waardeschaal.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Niet belangrijk

heel erg belangrijk

5. Vindt u dat er momenteel voldoende psychologische ondersteuning aanwezig is op uw afdeling?

- Er is momenteel geen aanbod.
- Er is verbetering mogelijk.
- Er is voldoende aanbod.
- Er is momenteel een te ruim aanbod.

6. Vindt u het belangrijk om ook psychosociale ondersteuning aan te bieden aan familie en omgeving van de patiënt? Duidt aan op de waardeschaal.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Niet belangrijk

heel erg belangrijk

7. Wat zijn de competenties van een therapeut in de psychosociale zorg? Duidt aan welke volgens uw mening de drie belangrijkste kenmerken zijn.

- Zelfkennis
- Openstaan voor verschillende spirituele overtuigingen
- Empatische, oprechte houding
- Onvoorwaardelijk positieve blik
- Flexibele houding
- Luistervaardigheid
- Uitstralen van rust
- Vertrouwelijkheid
- Andere:

## 2. Mandala:



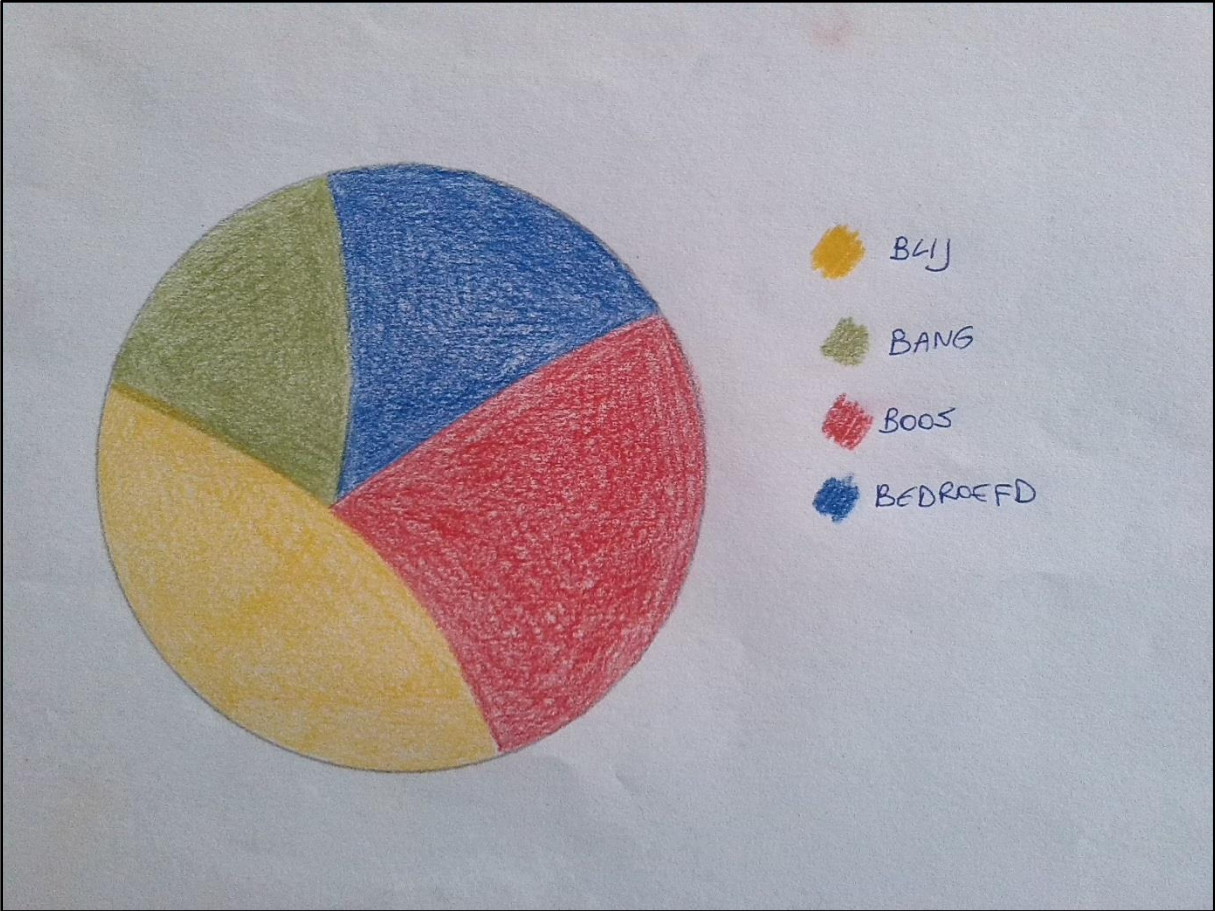
Bron: <http://www.wattedoen.be/basis-mandala-tekenen-447732.shtml>



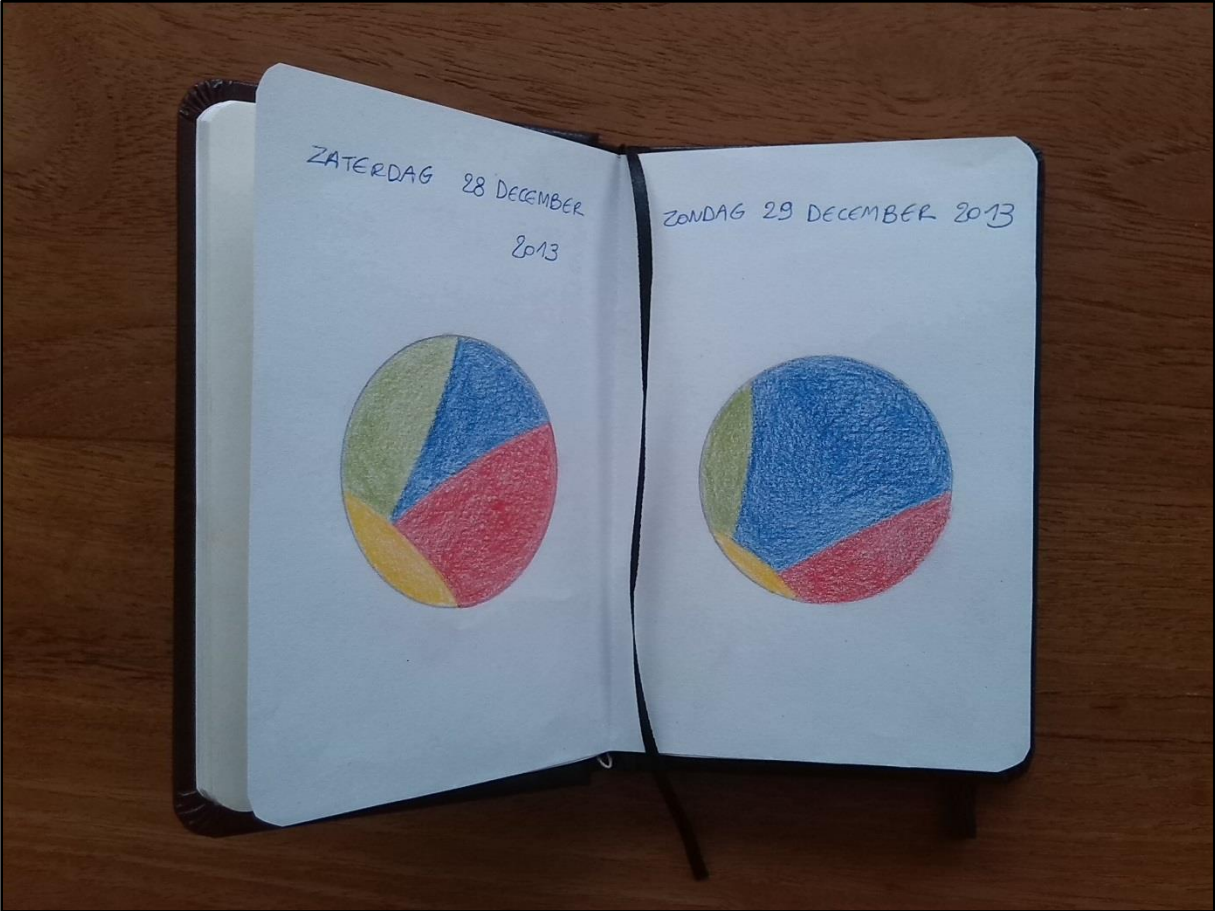


Bron: [http://www.deviantart.com/morelikethis/309408937?view\\_mode=2](http://www.deviantart.com/morelikethis/309408937?view_mode=2)

Emotiecirkel:



Emotiedagboek:



Herinneringsdoosje:



Bron: <http://www.annethogenesch.nl>



Bron: <http://www.goudennagedachtenis.nl>

Levenslijn:

