

The top half of the cover features a black background with several dandelion seed heads and their seeds. Three large, fluffy seed heads are positioned in the lower part of this section, with their stems extending downwards. Numerous individual seeds with their feathery parachutes are scattered across the upper portion of the black area, appearing to drift upwards. The text 'Jan De Lepeleire en Manu Keirse (red.)' is printed in white in the upper right corner.

Jan De Lepeleire  
en Manu Keirse (red.)

# Wegwijzers naar bijzondere noden

Over kwaliteit van **zorg** en **communicatie**

acco



# Inhoud

---

Ten geleide	7
<i>Manu Keirse</i>	
Auteurs	11
Hoofdstuk 1	
Agressie in de consultatie	15
<i>Jo Goedhuys</i>	
Hoofdstuk 2	
Seksuele problemen	33
<i>Sam Geuens</i>	
Hoofdstuk 3	
Andere culturen	61
<i>Stéphanie De Maesschalck, Louis Ferrant</i>	
Hoofdstuk 4	
Moeilijk te motiveren mensen	87
<i>Myriam Deveugele</i>	
Hoofdstuk 5	
Medisch onverklaarde klachten	101
<i>Els Coremans</i>	

Hoofdstuk 6	
Personen met een verslaving	121
<i>Cathy Matheï, Natalie Claeys, Bert Aertgeerts</i>	
Hoofdstuk 7	
Personen met dementie	131
<i>Luc Van de Ven, Mathieu Vandenbulcke</i>	
Hoofdstuk 8	
Personen met een psychotische aandoening	145
<i>Jan De Lepeleire, Ludi Van Bouwel</i>	
Hoofdstuk 9	
Personen met een doodswens	153
<i>Joris Vandenbergh</i>	
Hoofdstuk 10	
Personen met een verstandelijke beperking	165
<i>Bea Maes</i>	
Literatuur	193

## Hoofdstuk 6

# Personen met een verslaving

*Cathy Matheï, Natalie Claeys, Bert Aertgeerts*

*Wie heeft er onnodige wonden? Wie heeft er fletse ogen?  
Zij die blijven zitten bij de wijn en die diep in het mengvat gaan turen.  
Kijk niet hoe rood de wijn is, hoe hij je toelacht in de beker,  
hoe hij vlot naar binnen glijdt.  
Later bijt hij als een slang en spuit hij gif als een adder.  
Dan zien je ogen vreemde dingen en spreekt je hart verdorven taal.  
Dan ben je als een man die midden in zee ligt,  
als een man die boven op de ra ligt, die zegt:  
"Ze hebben me geslagen, ik voelde geen pijn;  
ze hebben mij afgeranseld, ik merkte er niets van!  
Als ik wakker word ga ik er weer opuit!"  
Boek der spreuken 23, vers 29-37*

### **Een chronische ziekte**

Middelengebruik is alom aanwezig in onze samenleving. Er is een groot aanbod van allerhande middelen, zowel legale als illegale, al dan niet sociaal aanvaard. Wie voor het eerst iets gebruikt maakt op dat ogenblik de keuze om dat al dan niet te doen. Dat betekent echter niet dat die eerste keuze altijd in volle vrijheid genomen is. Er kunnen allerlei aspecten meespelen, zoals: sociale druk, levensomstandigheden, een tijdelijke crisissituatie, ... Experimenteren met middelen kan bij sommige mensen en in bepaalde omstandigheden na verloop van tijd aanleiding geven tot verslaving.

Of middelengebruik al dan niet evolueert naar een verslaving hangt af van veel factoren, waaronder een genetisch-biologische kwetsbaarheid, een

depriverende leefomgeving, minder ontwikkelingskansen, sociale verdringing of uitsluiting, relationele moeilijkheden, een gebruikende partner, psychologische en psychiatrische problemen, demoralisatie en verlies van zingeving.

Wanneer gebruik evolueert naar misbruik en zelfs afhankelijkheid ontstaan er neurobiologische processen die de vrije wil en de persoonlijke motivatie in ernstige mate belemmeren: enerzijds zal veelvuldig gebruik het beloningscentrum uitputten en anderzijds is er aantasting van de hersenzone die instaat voor gedragscontrole. Deze neurologische veranderingen hangen samen met een aangeboren kwetsbaarheid. Hier zijn morele veroordeling en verwijzing naar persoonlijke verantwoordelijkheid niet (altijd) meer gepast. Verslaving moet gezien worden als een chronisch ziekteproces. De betrokkene moet met wetenschappelijk verantwoorde methoden geholpen worden om terug controle te verwerven en om te gaan met zijn/haar chronische problematiek (Volkow, 2004; Volkow et al., 2010).

## Een veelal verborgen probleem

---

*Een man vraagt de huisarts op huisbezoek te komen bij zijn ouders. Een paar dagen eerder was de arts al bij het echtpaar geweest omdat de vader bij het schilderen van een ladder was gevallen. Er waren geen fracturen, alleen wat kneuzingen. De zoon vertelt het volgende: hij trof zijn vader aan rechtop zittend in het bed. Vader leek hem nauwelijks te herkennen. Hij was erg bezweet. Zijn moeder vertelde dat de vader die nacht al nauwelijks in bed te houden was. Toen de zoon binnenkwam, had hij hem midden in de slaapkamer aangetroffen, waar hij wat in zichzelf stond te praten. Het bleek uiteindelijk om een delirium te gaan. Door zijn verwondingen was de vader niet meer in staat zijn dagelijkse portie alcohol te nuttigen in zijn werkschuurtje achteraan het huis.*

Middelenafhankelijkheid is een veelvoorkomende, complexe en chronische aandoening. Naar schatting kampt 5-10% van de huisartspatiënten met een afhankelijkheidsprobleem (nicotine niet meegerekend) (Sussman et al., 2011; www.vad). Daarmee kan het zich qua prevalentie meten met andere veelvoorkomende aandoeningen, zoals hypertensie, astma en diabetes (www.zorg). In tegenstelling tot andere chronische aandoeningen wordt er echter weinig of niet gescreend naar middelenmisbruik en -afhankelijkheid.

De enige uitzondering vormt tabak. Waar de meeste artsen ondertussen een 'script' hebben om rookgewoonten te bespreken lijken ze dit vaak nog niet te hebben ontwikkeld voor alcohol en andere drugs.

De meeste mensen met een alcohol- en/of drugsprobleem presenteren dit feit niet als een primaire klacht, maar trachten het 'bredere beeld' te verbergen achter een veelheid van medische symptomen. Bovendien hebben patiënten naast hun verslaving vaak extra onderliggende psychopathologie (comorbiditeit), die zowel oorzaak als gevolg van de verslaving kan zijn. Verslaving kan zich ook manifesteren onder de vorm van een – vaak dwingende – vraag naar medicatie, veelal benzodiazepines en/of opioïden. Vaak is het de omgeving die vraagt om in te grijpen. Zelden zal de patiënt zelf zijn probleem te berde brengen. Het feit dat een verslavingsprobleem zich vaak via een omweg manifesteert, compliceert in vele gevallen de communicatie en aanpak (Moriarty, 2007).

*Een patiënt raadpleegt een arts kort nadat die associeerde met een collega door wie de patiënt al langer verzorgd werd. 'Dokter, ik heb een alcoholprobleem, maar durf dat niet te zeggen aan mijn huisarts. Nu jullie samenwerken: kunt u het noteren in het dossier, het hem zeggen zodat ik de volgende keer daar de draad terug kan opnemen.'*

## Interesse in en kennis van het ziektebeeld

---

*Een gesprek tussen artsen:*

*'Ik had onlangs weer iemand die hervallen is.' 'Ja, verslaafden zijn onverbetterlijk en ze kunnen het meestal goed wegstoppen.' 'Ik begin te denken dat ze niet geholpen willen worden.' 'Het zijn echte struisvogels. Hoe kun je iemand helpen die niet wil toegeven dat hij een probleem heeft.' 'Je steekt er ontzettend veel tijd in en als je dan ziet dat ze toch altijd hervallen, geeft dat niet veel moed om nog iets te doen.' (www.vad)*

Voor mensen zonder persoonlijke ervaring is verslaving een moeilijk te begrijpen fenomeen. Als toeschouwer lijkt verslaving vooral irrationeel, onaangepast egocentrisch en zelfdestructief gedrag, vaak gekoppeld aan complete ontkenning (Longo et al., 2000). Bovendien gaat het altijd gepaard met heel wat schade aan de omgeving. Een omgeving die je vaak ook kent als patiënt en met wie je jezelf, in tegenstelling tot de persoon met

een verslavingsprobleem, heel goed kunt identificeren. Net als voor andere chronische ziekten is het niet nodig een ervaringsdeskundige te zijn om iemand met een verslavingsprobleem te begrijpen, empathisch te benaderen en te helpen. Toch staan veel artsen huiverachtig tegenover verslavingsproblematiek. Onderzoek leert ons dat de redenen hiervoor talrijk zijn. De meesten zijn echter terug te brengen tot een gebrek aan kennis en ervaring en een zekere schroom om middelengebruik te bespreken. Kennis ter zake is dus een grote hulp. Helaas krijgen middelenmisbruik in het algemeen en verslaving in het bijzonder tot op heden heel weinig aandacht in de opleiding van artsen (Seale et al., 2010; Jackson et al., 2010).

## Zonder vertrouwen bereik je niets

---

*Arts: 'Uit het resultaat van je bloedafname blijkt maar één ding: je moet stoppen met drinken.'*

*Patiënt: 'Hoezo, stoppen met drinken? Ik ben hier omdat ik altijd moe ben en slecht slaap.'*

*Arts: 'Het resultaat van het bloedonderzoek is duidelijk. Je drinkt te veel.'*

*Patiënt: 'Dat is onzin. Ik ben geen alcoholist.'*

*Arts: 'Je drinkt te veel. Het bloedonderzoek laat daarover geen twijfel.'*

*Patiënt: 'Als het zo zit, ben ik hier weg.' (www.vad)*

Voor de aanpak van verslaving is de eerste en misschien wel belangrijkste vereiste het leggen van een goed contact met de patiënt en de aanzet tot een vertrouwensrelatie te bewerkstelligen. Als arts moet je tijd maken om op empathische wijze naar het verhaal van de patiënt te luisteren en interesse tonen. De wijze waarop de patiënt zijn situatie percipieert, zijn bezorgdheden en zijn verwachtingen zijn het vertrekpunt. Deze houding is altijd belangrijk, waar de patiënt ook staat in zijn veranderingsproces. De arts tracht de gevoelens en perspectieven van de patiënt te begrijpen zonder te oordelen, te bekritisieren of te beschuldigen. De verslaafde patiënt is vaak uiterst gevoelig voor negatieve feedback en commentaar en heeft hiervoor als het ware voelhorentjes ontwikkeld. Dat kan het gevolg zijn van herhaald stigma/trauma in het verleden, onder andere door de vaak veroordelende houding van de omgeving en de hulpverlening.

De vaardigheid om empathisch te luisteren naar de perspectieven van de patiënt vraagt van de arts dat hij bewust is van de eigen waarden en

percepties. Bijvoorbeeld: aan een patiënt die dagelijks drie tot vier glazen drinkt, kan de arts vragen stellen vanuit een negatieve perceptie ('Hij zou het best minder drinken, het is slecht voor zijn gezondheid'), vanuit een neutrale perceptie ('Ik weet niet of hij het best minder drinkt. Het kan voor- en nadelen hebben voor hem') of vanuit een positieve perceptie ('Hij functioneert goed en heeft al jaren deze regelmaat. Hij kan zo voortdoen').

## **Het inschatten van de fase van gedragsverandering**

---

*Een patiënt met een voorgeschiedenis van heroïneverslaving komt op consultatie. Hij is al enkele jaren clean. Hij komt nu omwille van zijn knieartrose waar hij vaak last van heeft en de laatste tijd in ergere mate. Hij vraagt voor het eerst om een voorschrift voor Valtran®. De arts peilt naar zijn verwachtingen met betrekking tot dit medicijn. Het blijkt dat de patiënt de laatste tijd vaak aan heroïne denkt. Er dreigt herval.*

Het werk van de arts is vaak gericht op het veranderen van gedrag: op de juiste manier voorgeschreven medicatie slikken, vaker ontspannen, meer bewegen, ... Ook in de aanpak van een verslavingsprobleem vormt gedragsverandering een belangrijk onderdeel. Gewoontegedrag veranderen gebeurt echter niet van vandaag op morgen. Het is een lang proces. Het model van verandering (Prochaska en DiClemente) beschrijft de verschillende fasen die een persoon tijdens een veranderingsproces doorloopt, van vóór het moment dat hij zijn probleem onderkent tot en met de gestabiliseerde hantering ervan (Prochaska & DiClemente, 1997). In de hoofdstukken over communicatie met moeilijk te motiveren patiënten eerder in dit deel (Deveugele, 2012) en over communicatie met chronische patiënten in het tweede deel van deze reeks (Heyrman, 2012), twee topics waarin motiveren tot verandering belangrijk is, werd ook reeds beknopt ingegaan op dat model.

Het is belangrijk te bedenken dat gedragsverandering geen lineair proces is met een duidelijk begin en een eindpunt, maar een circulair proces. Tijdens iedere fase kan de persoon terugvallen in een vorige fase of in oud gedrag. Veranderen is dikwijls twee stappen vooruit en één stap achteruit. Het is van belang de stappen niet te snel te willen doorlopen. De arts moet ervoor waken dat hij de patiënt niet forceert.



## Kortdurende interventies

*Een man van middelbare leeftijd met een gekend alcoholprobleem komt op consultatie omwille van pijn ter hoogte van de thorax. Hij blijkt de avond tevoren tegen een boom te zijn gereden. Gelukkig waren er geen andere mensen bij betrokken. Hij erkent dat hij te veel gedronken had. De arts grijpt deze gebeurtenis aan om hem te motiveren richting gespecialiseerde hulp.*

Als arts heb je niet steeds tijd voor langdurende interventies en daarom is het belangrijk te beschrijven wat men in een normaal consult met een kortdurende interventie kan bereiken. Kortdurende interventies hebben in het algemeen tot doel de patiënt te motiveren een bepaalde daad te stellen (bijvoorbeeld: een bepaald gedrag te veranderen, een andere kijk op iets te krijgen, in behandeling te gaan, ...). Dit in tegenstelling tot meer intensieve therapieën waar grotere problemen aan bod kunnen komen (bijvoorbeeld: hervalpreventie of het aanpakken van problemen die mee aan de basis liggen van de verslaving).

Hoewel kortdurende interventies op verschillende manieren worden ingevuld, heeft onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende interventies voor middelengebruik uitgewezen dat ze een aantal consistente elementen bevatten die bijdragen tot deze effectiviteit. Deze elementen kunnen worden samengevat met het acroniem FRAMES (schema 6.1) (Moyer et al., 2002; Verstuyft, 2007; Thomas et al., 2007).

### Schema 6.1

Kortdurende interventies voor gedragsverandering (FRAMES).

- **Feedback**
- **Responsability** (verantwoordelijkheid)
- **Advice** (advies)
- **Menu of options** (keuzemogelijkheden)
- **Empathy** (empathie)
- **Self efficacy** (persoonlijke effectiviteit)

Een aantal van deze kenmerken (empathie, persoonlijke effectiviteit, verantwoordelijkheid en keuzemogelijkheden) zijn ook verbonden met de basisprincipes van motiverende gespreksvoering, een gesprekstijl ontwikkeld voor het bevorderen van de interne motivatie voor gedragsverandering (Verstuyft, 2007).

## Feedback

Het geven van persoonlijke feedback is een sleutelement van kortdurende interventies. Je geeft informatie over het individuele druggebruik, informatie over persoonlijke risico's verbonden aan het huidige gebruikspatroon, en algemene informatie over de risico's en gevaren als gevolg van middelengebruik. Indien er gezondheidsklachten zijn die te maken hebben met het middelengebruik is het belangrijk om de patiënt te informeren over dit verband. Bij het geven van informatie is het belangrijk de patiënt zelf conclusies te laten trekken.

## Verantwoordelijkheid

Een belangrijk principe bij het behandelen van middelengebruikers is het erkennen dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en dat ze keuzes kunnen maken over hun gebruik. De boodschap *'Wat je met je middelengebruik doet is jouw beslissing'* en *'Niemand kan je veranderen of voor jou beslissen'* laat de patiënt de persoonlijke controle over zijn gedrag en de gevolgen ervan behouden. Dit gevoel van controle is een belangrijk element gebleken bij de motivatie voor verandering en het afbouwen van weerstand.

## Advies

Een ander sleutelement van effectieve kortdurende interventies is het geven van duidelijk advies over de nadelen verbonden aan gebruik. Duidelijk advies dat het verminderen of stopzetten van het middelengebruik hun risico's op toekomstige problemen zal verminderen, vergroot het bewustzijn over hun persoonlijke risico's en de motivatie om hun gedrag te veranderen.

## Keuzemogelijkheden voor gedragsverandering

Effectieve kortdurende interventies bieden de patiënt een aantal alternatieve strategieën om het middelengebruik af te bouwen of te stoppen. Zo kan de patiënt de strategie uitkiezen die het meest geschikt is voor zijn situatie en die hij het nuttigst vindt. Het voorzien van keuzemogelijkheden versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor het veranderen en kan helpen de motivatie van de patiënt te vergroten.

## Empathie

Een warme, empathische en begrijpende benadering door de persoon die de interventie doet, is zeer belangrijk. Uit onderzoek blijkt dat een warme en empathische aanpak een belangrijke factor is voor de reactie van de patiënt op de interventie en dat dit leidt tot verminderd middelengebruik.

## Persoonlijke effectiviteit

Het laatste element van de kortdurende interventie bestaat erin het vertrouwen van de patiënt te versterken zodat hij in staat is om te veranderen. Personen die geloven dat ze kunnen veranderen zullen daartoe veel meer in staat zijn dan diegenen die zich te machteloos of hulpeloos voelen om iets te ondernemen. Het is vooral nuttig om persoonlijke 'verandertaal' van patiënten uit te lokken, aangezien ze veel meer geneigd zijn te geloven wat ze zichzelf horen zeggen.

Meestal zijn er vele kortdurende interventies nodig of gaat er veel tijd over vooraleer deze daadwerkelijk leiden tot een resultaat. Het is erg belangrijk om je interventie af te stemmen op de fase van verandering waarin de patiënt zich bevindt (Moriarty, 2007). Het heeft bijvoorbeeld geen zin om een patiënt die zich in de fase van voorbeschouwing bevindt te motiveren voor een residentiële opname. In dit stadium kunnen je interventies er bijvoorbeeld op gericht zijn de schade ten gevolge van gebruik te beperken.

## De valkuilen in de relatie met de verslaafde patiënt

*Een vrouw komt maandagmiddag op consultatie bij de huisarts. Deze probeert al geruime tijd de dame te motiveren iets te doen aan haar benzodiazepine-afhankelijkheid en alcoholmisbruik. Het blijkt dat ze die ochtend niet naar het werk is kunnen gaan omdat ze de vorige dag te veel had gedronken. Zij vraagt de huisarts een ziekteattest en of hij haar werknemer even kan verwittigen.*

De verslaafde patiënt is een 'talking head' met een verwaarloosd en beschadigd lichaam. Hij heeft of geen enkele voeling met zijn emoties of wordt er volledig door overspoeld. Het lichaam is vaak een gebruiksvoorwerp dat misbruikt en mishandeld wordt. Alle zintuigen staan in functie van de

verdoving van emoties. Het is als zorgverstrekker vaak moeilijk om voeling te hebben met deze manier van functioneren. De patiënt vormt dan ook een echte uitdaging voor de arts die zich op een therapeutische manier wil engageren. Enerzijds kan dit afkeer oproepen, anderzijds is er mogelijk een overdadig 'medeleven/medelijden' dat kan leiden tot 'verpampering' van de zo hulpbehoevende patiënt. De patiënt is namelijk expert in de boodschap: 'Mijn probleem is nu jouw probleem.' Indien je als arts in in de hierboven beschreven casus ingaat op al de vragen van de patiënte ontnem je haar alle verantwoordelijkheid over haar eigen gedrag en keuzes. Omdat ze minder met de negatieve gevolgen van haar gedrag wordt geconfronteerd, kan dit de motivatie tot verandering negatief beïnvloeden.

Een andere extreme houding is de patiënt alle hulp te ontzeggen vanuit het idee 'wie niet horen wil moet voelen'. Om dit te voorkomen, is het belangrijk dat de arts steeds alert blijft voor atypische emoties bij zichzelf zoals kwaadheid, schuldgevoel, medelijden, weezin, ..., die afwijken van het normale gevoel van vertrouwen en empathie, tijdens de interactie met de patiënt (Longo et al., 2000). De ervaring wijst uit dat de arts-patiëntrelatie het meest gebaat is met een neutrale, ondersteunende en invoelende houding/aanwezigheid.

Een andere valkuil waarvoor je je moet hoeden is het niet tijdig stellen van de juiste grenzen. Een belangrijk deel van de contacten met de verslaafde patiënt in de huisartsenpraktijk betreft de vraag of de eis naar medicatie, veelal benzodiazepines of opioïden. De verslaafde patiënt trekt vaak alle registers open om zijn nood of zijn eis 'hier en nu' bevredigd te zien. Hij liegt en bedriegt en stelt een scala van manipulatief gedrag tentoon dat kan gaan van vleierij ('u bent naar ik heb gehoord een zeer bekwaam arts'), op het gemoed werken ('ik heb het toch zo moeilijk'), chantage ('als u mij niet helpt moet ik terug gaan gebruiken') tot verbale en zelfs fysieke agressie.

*Een jonge onbekende man meldt zich aan op het einde van de vrije raadpleging met de zeer specifieke vraag naar Loramet® en Oxycontin®. Hij wil namelijk stoppen met heroïne te gebruiken.*

Angst en conflictvermijding bij de arts spelen in de kaart van de afhankelijke patiënt, die (vaak) een sterkere relatie heeft met het voorschrift dan met de arts. Zo kan hij leren dat – indien er maar genoeg druk wordt uitgeoefend – een aanvankelijk 'nee' kan worden omgezet in een 'ja'. In dergelijke situaties is de klinische basisvaardigheid 'nee' te bedoelen wanneer men 'nee' zegt en zich daaraan te houden (Longo et al., 2000).

Terwijl je als arts volgehouden weigert om in te gaan op de vraag van de patiënt kun je verduidelijken wat maakt dat je je ongemakkelijk voelt bij zijn vraag. Bijvoorbeeld: 'Ik voel me door jou gedwongen een voorschrift te schrijven dat medisch niet verantwoord is.'

Begrenzing is een sleutelbegrip in de hulpverlening aan drugsafhankelijke patiënten. Het is een thema waar vele (vooral beginnende) hulpverleners het moeilijk mee hebben. Het gevaar na een tijdje is dat je ongemerkt overschakelt op een te rigide begrenzing. Flexibiliteit en onderhandelen blijven onontbeerlijk maar soms zeer vermoeiend.

## **De moeite waard**

---

Werken met chronisch drugsafhankelijke patiënten is niet steeds een inspiratiebron maar een dagelijkse realiteit. Het vergt soms veel. Toch is er altijd wel dat ene moment, dat ene verhaal, of die ene ontmoeting die het allemaal de moeite waard maakt.

In dit derde deel van een reeks van vier boeken over communicatie in de gezondheidszorg worden inzichten en modellen aangereikt om te communiceren met personen die vanuit hun anders zijn om een aangepaste benadering vragen.

Hoe kan je tot een goede werkrelatie komen met agressieve personen? Hoe kan je praten over seksuele problemen? Wat kan de communicatie vergemakkelijken met mensen uit andere culturen? Hoe kan je tot zinvolle communicatie komen met personen met ernstige verstandelijke beperkingen, die zich moeilijk verbaal kunnen uitdrukken? Hoe kan je mensen met een verslaving motiveren tot een andere levenswijze en wat als het gaat om mensen die moeilijk te motiveren zijn? Hoe breng je een zinvolle communicatie tot stand met personen met beginnende en gevorderde dementie, mensen met een psychose of met een doodswens? Is er een adequate strategie in het omgaan met de patiënt met lichamelijk onverklaarde klachten?

Ook al richt het boek zich in eerste instantie tot artsen, het bevat nuttige informatie voor allen die in de gezondheids- en welzijnszorg werkzaam zijn als zorgverstreker, opleider of beleidsmedewerker.

**Jan De Lepeleire** is arts en doctoreerde in de medische wetenschappen aan de KU Leuven. Hij werkt als huisarts en is als hoogleraar verbonden aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Hij is voorzitter van de werkgroep coördinerende en raadgevende artsen binnen de Belgische Vereniging voor Geriatrie en Gerontologie.

**Manu Keirse** is klinisch psycholoog en doctoreerde in de geneeskunde aan de R.U. Leiden (NL). Hij is emeritus hoogleraar van de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Daarnaast is hij voorzitter van de Federale Evaluatiecommissie Palliatieve Zorg, van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen en van diverse andere voorzieningen in de zorg.

#### **Aan dit boek schreven mee:**

Bert Aertgeerts, Natalie Claeys, Els Coremans, Jan De Lepeleire, Stéphanie De Maesschalck, Myriam Deveugele, Louis Ferrant, Sam Geuens, Jo Goedhuys, Manu Keirse, Bea Maes, Cathy Matheï, Ludi Van Bouwel, Joris Vandenbergh, Mathieu Vandenbulcke en Luc Van de Ven.



[Dit boek is online beschikbaar \(klik hier\)](#)