

A close-up photograph of a stone mortar and pestle. The mortar is filled with fine, light-colored sand. The pestle is partially visible in the upper right corner. The lighting creates soft shadows, highlighting the texture of the sand and the stone.

VERDIEPING

Laten we het vooral wél over de dood hebben

Vaandeldragers in de palliatieve zorg roemen arts en minister Els Borst. Zij zette in 1998 Centra voor Palliatieve Zorg op. De Els Borstprijs wordt nu jaarlijks uitgereikt aan een verpleegkundig specialist die zich opvallend heeft ingezet voor een betere levenskwaliteit van ongeneeslijk zieke patiënten. Hoe staat het er ruim 25 jaar later voor in de ziekenhuizen, en wat is er nodig om ook bij medisch specialisten het vuur voor palliatieve zorg te doen ontvlammen?

TEKST FRED HERMSEN BEELD ISTOCK

De dood is nooit ver weg in een ziekenhuis, en toch hebben we het er niet graag over. Internist-oncologen, cardiologen, longartsen en maag-darm-leverartsen komen vaak op het punt dat ze hun patiënten niet meer kunnen genezen. Op dit moment bevindt ongeveer een op de drie patiënten

die in een ziekenhuis worden opgenomen zich in de palliatieve fase. Hoofdbehandelaars kunnen bij hoogcomplex specialistische problematiek de hulp inroepen van een palliatief team. Ook bij ambulante patiënten met een complex beloop in de palliatieve en terminale fase bestaat die mogelijkheid. Carend, een platform van zorgprofessionals dat zich inzet voor betere palliatieve zorg in Nederland, stelt dat medisch specialisten deze weg te weinig volgen, waardoor patiënten zonder proactieve zorgplanning weer in de - toch al overbelaste - eerste lijn terechtkomen. De overdracht is dan summier en de bereikbaarheid voor nader overleg beperkt. Een op de drie patiënten in de laatste levensfase krijgt, volgens Carend, mede daardoor geen goede palliatieve zorg.

Genezen als dogma

Medisch specialisten constateren vaak dat hun patiënt is uitbehandeld. 'Een ongelukkige woordkeuze', oordeelt Alexander de Graeff, internist-oncoloog in het UMC Utrecht en hospice-arts in academisch hospice Demeter. 'Er schuilt een koude ratio achter, want je impliceert ook dat je als medisch specialist bent uitgespeeld, dat het tijd wordt deze patiënt los te laten zodat je je aandacht weer kan richten op patiënten waarvan de ziekte wél behandelbaar is.' Longarts Sander de Hosson (Wilhelmina Ziekenhuis Assen) kan dat wel verklaren: 'Wij zijn dokters en maken mensen

In het kort

1 op de 3 patiënten in het ziekenhuis bevindt zich in de palliatieve fase.

De palliatieve zorg in Nederland is voor verbetering vatbaar.

De focus ligt nog te vaak op doorbehandelen in plaats van op palliatieve zorg.

Nog niet alle medisch specialisten beschikken over adequate kennis en vaardigheden voor palliatieve zorg.

De financiering rondom palliatieve zorg schiet te kort.

Raad van bestuur en zorgprofessionals in het ziekenhuis zijn samen verantwoordelijk voor het faciliteren van een goed ingericht palliatief proces.

Palliatieve zorg moet meer aandacht krijgen in de studie en de vervolgoedingen.

beter door te handelen, we bedrijven niet voor niets "geneeskunde". Genezen als dogma is ons met de paplepel ingegoten.' De Graeff nuanceert: 'Genezing is niet altijd het doel van behandelingen in de palliatieve fase. Internist-oncologen en cardiologen behandelen patiënten in die fase bijvoorbeeld vrijwel nooit om nog genezing te bereiken. Ik zou dus willen spreken van ziektegericht behandelen als dogma. Want daarmee gaan medisch specialisten in alle disciplines wel vaak te lang door.' De Hosson ziet ook een sterke focus op zorginnovatie in ons land: 'Nieuwe mogelijkheden stimuleren nu eenmaal om te behandelen, zelfs als dat geen zinvolle levensverlenging oplevert.' Daardoor nemen artsen volgens de longarts soms ongewenste afslagen: 'Ze trekken ofwel hun handen af van palliatieve patiënten terwijl ze als medici nog veel voor hen kunnen betekenen, of ze behandelen tot het uiterste door. Ze zijn hierin toch wel vaak onbewust onbekwaam, ik hoor zelfs weleens dat artsen ondersteuning door een palliatief team nadrukkelijk weigeren.'

Anders behandelen

Cardioloog Bas Bekkers (Bernhoven) ziet ook dat er in zijn vakgebied sterke nadruk ligt op levensverlenging. 'Wetenschappelijk onderzoek naar hart- en vaatziekten is daarop van oudsher gericht, we kunnen daardoor steeds meer, met steeds geavanceerdere technieken. Onze focus is hierdoor sterk gericht op doorbehandelen.' Bas keek ook door die bril, totdat bijzonder hoogleraar Palliatieve Geneeskunde Marieke van den Beuken van de Maastricht University hem de gouden tip gaf om de eerdergenoemde negendaagse cursus Palliatieve Zorg te volgen - destijds gegeven door Alexander de Graeff, Sabine Netters en Marika de Meij. 'Daar kwam het besef dat ik als cardioloog ook veel kan betekenen door niet, of beter gezegd anders te behandelen. Inmiddels zit ik in de landelijke werkgroep Palliatieve Zorg van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Ik merk dat het kwartje ook bij mijn vakgenoten begint te vallen.'

Gesprek over wat zinvol is

'In ieder ziekenhuis kom je wel overbehandelaars tegen', weet huisarts Marika de Meij, voorzitter van het Team Ondersteunende en Palliatieve Zorg in het OLVG. 'Internist-oncologen die tot het bittere einde chemotherapieën voorschrijven of orthopedisch chirurgen die riskante heupoperaties uitvoeren bij kwetsbare ouderen op hoge leeftijd. Dat is hun interpretatie van "nog iets kunnen doen" voor patiënten. En eerlijk is eerlijk, ik heb respect voor die strijd lust. Als patiënt zou ik ook kiezen voor een specialist die voor mij vecht, dus de druk vanuit patiënten zal een rol spelen. Maar het leven wordt dan tot het uiterste opgerekt met steeds meer kwalijke bijverschijnselen; de kwaliteit van leven raakt uit zicht.' Bij samen beslissen staat de kwaliteit van leven voorop, zegt ze. 'Maar dan moet je



Kerncijfers Palliatieve Zorg van Stichting PZNL (2019)

Van de overleden mensen met kanker had 34% te maken met potentiële overbehandeling. Dat blijkt uit het feit dat:

12% de spoedeisende hulp meer dan één keer bezocht in de laatste maand;

9% meer dan 1 keer werd opgenomen in de laatste maand;

8% in de laatste maand meer dan 14 ligdagen had;

6% in deze laatste maand werd opgenomen op de intensive care.

De rapportage is te vinden op palliaweb.nl.

'Onze focus is door steeds geavanceerdere technieken sterk gericht op doorbehandeling'

wel het gesprek durven aangaan over de vraag wat er moet gebeuren als behandelen niet meer zinvol is en je patiënten waarschijnlijk van de regen in de drup helpt. Het lijkt erop dat sommige medisch specialisten dat ongemakkelijk vinden.'

Overbehandeling in de laatste levensfase

De cijfers lijken De Meij gelijk te geven: 80 procent van de zorgprofessionals geeft aan adequate kennis te missen over palliatieve zorg. En dat vertaalt zich: bij slechts 39 procent van de mensen die overleden met of aan kanker werd in het jaar voor overlijden palliatieve zorg gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, terwijl ruim een derde van hen te maken kreeg met potentiële overbehandeling.

Vier dimensies van palliatieve zorg

Uitgangspunt van palliatieve zorg is dat medisch specialisten tijdig het gesprek aangaan met patiënten over hun onvermijdelijke levenseinde en de mogelijkheden die hen nog resten. Niet altijd is het levenseinde daarbij al direct in zicht, het kan ook gaan om patiënten met een levensbedreigende ziekte of kwetsbaarheid die in een wat verdere toekomst tot de dood zal leiden, zoals COPD, hart- en ander orgaanfalen. Alexander de Graeff onderscheidt - in navolging van het Kwaliteitskader palliatieve zorg in Nederland - vier dimensies van palliatieve zorg: fysiek (denk aan symptoombestrijding bij pijn en aan sedatie vlak voor het overlijden), psychisch (zoals de omgang van de patiënt met onbegrip, woede, angst, somberheid, verdriet en -hopelijk uiteindelijk - acceptatie), sociaal (bijvoorbeeld de inschakeling van hulp van familie en de inrichting van mantelzorg) en spiritueel (of zoals velen dat liever noemen: existentieel of zingeving: wie ben ik, wat geloof ik, wat geeft mijn leven zin?). De dimensies zijn op zichzelf al complex, maar ook nog eens met elkaar verweven. Want psychische klachten kunnen misselijkheid, kortademigheid en slapeloosheid veroorzaken, en fysieke verschijnselen kunnen op hun beurt weer angst en somberheid aanwakkeren.

Kennis, vaardigheden en empathie

Op de vraag of je daarom niet te veel vraagt van medisch specialisten - ze hebben immers al zoveel op

Onderzoek naar protocol en kosteneffectiviteit palliatieve zorg in Alrijne

In het Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp spelen verpleegkundig specialisten een sleutelrol op de hartfalenpoli. Cardioloog Carolien Lucas roemt hun inzet: 'We draaien de hartfalenpoli met drie hartfalencardiologen en vijf verpleegkundig specialisten. Zij zijn belangrijk bij de titratie van medicatie en spelen een cruciale rol bij de afstemming met de eerste lijn. Bij de ongeveer vijfhonderd nieuwe patiënten die we jaarlijks op de hartfalenpolikliniek zien gaat het in overgrote meerderheid om tachtigplussers met hartfalen. De vraag is dan vaak: "Gaan we nog een interventie doen of niet?" Dat vergt zorgvuldige communicatie met de patiënt en - als er eenmaal sprake is van opereren of juist niet - een strak protocol voor de overdracht aan de eerste lijn, met goede afspraken over consultatie, eventueel in samenwerking met het palliatieve team.'

Onder aan de streep
Die aanpak werkt: huisartsen, thuiszorg en patiënten zijn tevreden. En na analyse van zestig patiënten die in 2016 naar de eerste lijn zijn verwezen, kwamen er in dat jaar

niet meer dan drie terug in het ziekenhuis. De raad van bestuur ondersteunt deze aanpak van harte, terwijl die best veel tijd en energie vergt. 'Op het eerste gezicht zijn we als hartfalenpolikliniek met deze interventie verliesgevend, daarom willen we aantonen dat de aanpak onderaan de streep wel kosteneffectief is, simpelweg doordat vanaf de start van deze proactieve zorgplanning het aantal interventies en heropnames afneemt.'

Nieuwe betaaltitel
Het team van Lucas heeft in mei een onderzoekaanvraag bij ZonMw verdedigd. De verpleegkundig specialisten kunnen dan vol aan de slag met dataverzameling en -analyse. Een ding weet Lucas zeker: 'Dit onderzoek is belangrijk als argument voor een nieuwe betaaltitel. Ook het financiële aspect krijgt dus onze aandacht. De grootste zorgverzekeraar in de regio, Zorg en Zekerheid, is helaas nog niet aangehaakt. Ik heb de indruk dat zorgverzekeraars gecharmeerd zijn van telemonitoring en online consults. Dit is echter precies de route die voor palliatieve zorg weinig bruikbaar is.'

hun bord - zegt De Graeff: 'Goede palliatieve zorg is iets anders dan een specialisme Palliatieve Zorg. Het gaat om basiskennis, vaardigheden en attitude. Iedere medisch specialist kan die aanleren. In mijn ervaring draait het daarbij vooral om luister- en adviesvaardigheden, met empathie als fundament. Je moet de patiënt holistisch gaan beschouwen, als mens. Met de juiste gesprekstechnieken komt iedereen dan al heel ver.' Hij wuift de suggestie weg dat je een halve psychiater of psycholoog zou moeten zijn om dat te kunnen. 'Het is natuurlijk goed om mechanismes als overdracht en tegenoverdracht in gesprekken te herkennen, en je moet tekenen van depressie, angstaanvallen of een existentiële crisis ook kunnen zien, zodat je tijdig naar een psychiater kunt doorverwijzen. Maar je kunt dat soort zaken heel goed leren zien en overleg met een palliatief team helpt je ook verder. En heus, ook in gesprekken van tien tot vijftien minuten kun je meer betekenen dan je wellicht denkt.'

Individuele aanpak

'Er bestaat nog wel verschil van inzicht over het beste startgesprek voor palliatieve zorg', weet Marike de Meij: 'De ene arts zal het slechte bericht onomwonden brengen, de ander pakt het liever voorzichtiger aan: "Uw ziekte is helaas niet langer goed te behandelen. Er zijn patiënten die in zo'n situatie graag in gesprek gaan over de invulling van de tijd die hen nog rest, ik kan u daarbij helpen. Hoe staat u hier tegenover?" Dat is een persoonlijke stijl, ik ben zelf voor een aanpak die past bij het type patiënt, want bij iedereen valt een slechte boodschap anders. Mijn indruk is dat patiënten doorgaans hun beste pak aantrekken voor een bezoek aan de medisch specialist, anders dan bij een huisartsenbezoek. Ze doen hun best en willen constructief overkomen. Vaak staan ze dan open voor palliatieve zorg. Maar uiteraard heb je ook mensen met een afwerende reactie, of ze willen er helemaal niet over praten. Soms omdat het niet bij hun karakter past, soms omdat hun culturele of religieuze achtergrond het verhindert om open over afscheid en de dood te praten. Soms laten mensen dit soort gesprekken liever over aan familieleden. Ook dat vind ik een optie. Hoe dan ook, op iemand die voor negeren kiest, zal ik nooit het etiket plakken: "Die patiënt zit nog in de ontkenkende fase".'

Passende ondersteuning

Ontkenning kan volgens De Meij een effectieve manier zijn om met het naderend einde om te gaan, en vermindert de levenskwaliteit niet per se. 'Tineke Vos heeft dat in haar proefschrift Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients onderzocht en aangetoond. We zien graag dat patiënten kunnen praten over hun situatie, maar als dat niet lukt, heb je dat te respecteren.' De kunst is volgens de huisarts dan natuurlijk wel om patiënten op een passende manier te kunnen

ondersteunen bij vraagstukken op de vier genoemde dimensies. Dat kan lastig zijn. Zoals Alexander de Graeff stelt: 'Je wordt sowieso nederig van dit type zorg omdat je het ook allemaal even niet meer weet, en in die kwetsbaarheid het gesprek aanknoopt. Ik heb meegemaakt dat een patiënt in de laatste levensfase niet meer door mij behandeld wilde worden. Dan zet je je ego opzij en zoek je mee naar een andere behandelaar. Er staan gelukkig genoeg mooie contacten tegenover, met waardevolle en zinvolle gesprekken.'

Palliatieve teams

Wie eenmaal de uitdaging aangaat om palliatieve zorg te verlenen, kan om hulp vragen. Sinds 2017 kunnen specialisten voor consultatie en ondersteuning terugvallen op palliatieve teams in vrijwel alle ziekenhuizen. Het SONCOS normeringsrapport van dat jaar verplichtte ziekenhuizen om palliatieve teams in te richten voor de ondersteuning aan palliatieve oncologiepatiënten. In die teams nemen vaak verpleegkundig specialisten, een internist-oncoloog, huisarts, geestelijk verzorger, anesthesioloog, klinisch geriater en cardioloog plaats. Ook een psycholoog of psychiater schuift soms aan. De kinderpalliatieve zorg vindt overigens zelfstandig plaats, dus onafhankelijk van palliatieve teams. De ervaring met deze teams is wisselend. Marike de Meij: 'Het hangt sterk af van persoonlijke betrokkenheid, beschikbare tijd en rolomgeving. Daarin bestaan verschillen. Wij zijn bij het OLVG echt lerende geweest, en we doen het steeds beter. Als team komen we welkelijks bijeen. Inmiddels zijn we in staat hele levensverhalen te maken over palliatieve patiënten - momenteel zo'n zeshonderd per jaar - met aandacht voor hun psychische gesteldheid, hun verwachtingspatroon, het idee over het levenseinde, de thuissituatie en de beschikbaarheid van hulp. En we kunnen dan een heel netwerk van specialisten en instellingen in en buiten het ziekenhuis inschakelen. Ook helpen we medisch specialisten bij ethisch lastige vraagstukken, bijvoorbeeld als het gaat om palliatieve sedatie en euthanasie. Aspecten die horen bij de toenemende individualisering van het leven en het feit dat patiënten steeds meer controle en regie willen.'

Palliatieve zorg onzichtbaar

Internist-oncoloog Sabine Netters (sinds kort verbonden aan het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam, en mede-initiatiefnemer van Carend) is kritisch op de kracht van palliatieve teams. 'Ik zie vaak zeer gemotiveerde zorgprofessionals die onvoldoende worden gefaciliteerd. De medische zorg is momenteel - zoals we allemaal weten - sterk gericht op productieprikkel, en dat wrekt zich in de palliatieve zorg. Behandelen levert in een ziekenhuis simpelweg meer op dan niet-behandelen. Vakgroepen worden aan de hand van een jaarlijkse benchmark afgerekend op de hoeveelheid



'Goede palliatieve zorg is iets anders dan een specialisme Palliatieve Zorg'

dbc's per fte. En doordat er slechts één dbc is voor palliatieve zorg, die niet passend is en bovendien vaak niet op een juiste manier wordt gedeclareerd, blijft veel uitgevoerde palliatieve zorg onzichtbaar in de cijfers en rapporten. Soms loopt dit wel goed, zoals in Zuyderland Ziekenhuis en Ziekenhuis Gelderse Vallei, waar de raden van bestuur hun verantwoordelijkheid pakken en de palliatieve teams goed faciliteren. Maar in de meeste ziekenhuizen zijn de medisch specialisten die zich wel inzetten voor palliatieve zorg - vaak in hun vrije tijd - hiervan de dupe.'

Geen passende betaaltitels

Netters schetst hoe de afwezigheid van passende betaaltitels in de praktijk uitpakt. 'Er is wel een zorgproduct voor consultatie van een lid van het palliatief team. Het gebruik hiervan is helaas voorbehouden aan niet meer dan zes zogeheten poortspecialismen: longgeneeskunde, interne geneeskunde, anesthesiologie,

neurologie, klinische geriatrie en kindergeneeskunde.' Ze blikt terug: 'Tot 2018 kon alleen de anesthesioloog deze dbc openen, dat is gelukkig veranderd. Maar nog steeds zijn cardiologen geen poortspecialisten, waardoor ze geen gebruik kunnen maken van deze dbc.' Netters ziet dat de verhoudingen in palliatieve teams al met al op scherp gezet kunnen worden en dat de persoonlijke inzet hierdoor wisselt. En daar blijft het volgens haar niet bij: 'Ook de administratieve last van deze dbc is relatief groot. Je moet er als poortspecialist namelijk zelf allerlei verrichtingen aan koppelen. Dat gebeurt niet - zoals bij andere betaaltitels - automatisch in een elektronisch patiëntendossier, want palliatieve zorg is niet in de standaard content ingebouwd. Secretariële ondersteuning rondom palliatieve zorg is doorgaans ook ver te zoeken. En dan kom je snel in een neerwaartse spiraal terecht: de invoering verloopt gebrekkig, het ziekenhuis declareert te weinig en het management kondigt weer een nieuwe bezuinigingsronde aan. Terwijl iedereen zich driemaal een slag in de rondte werkt.'

Faciliteren palliatieve proces

Daarom houden palliatieve teams vaak schaduwbestanden aan, waardoor in gesprekken met de afdeling Verkoop kan worden aangetoond: 'Zie je wel, palliatieve zorg kan budgetneutraal. Jullie hebben namelijk slechts 350 benutte dbc's voor het laagste tarief gedeclareerd, terwijl het er in werkelijkheid 700 waren, die bovendien grotendeels voor een hoger tarief gedeclareerd hadden mogen worden.' De internist-oncoloog ziet schaduwbestanden niet als duurzame oplossing, maar ze bevestigen wel de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek: palliatieve zorg hoeft ziekenhuizen geen geld te kosten en vermijdt - zoals Netters het nadrukkelijk formuleert - schadelijke zorg. 'Want je voorkomt heropnames, bezoeken aan de seh, zinloze chemotherapie en ic-opnames. Je houdt de zorg betaalbaar en verhoogt de levenskwaliteit in de laatste levensfase. Hoeveel vliegen wil je nog meer vangen in één klap?'

'Veel uitgevoerde palliatieve zorg is onzichtbaar in de cijfers en rapporten'



Het gaat er volgens haar nu om dat ziekenhuisbesturen dat ook allemaal gaan inzien en palliatieve zorg omarmen. 'En dat betekent meer dan het inregelen van een palliatief team of een palliatieve poli opzetten waar een gesprek van drie kwartier mogelijk is. Het gaat om proactieve facilitering van het palliatieve proces in de volle breedte. En zeg vooral niet dat dit louter taak en verantwoordelijkheid zijn van enkele vakgroepen, maar pak als bestuur zelf het initiatief: ga in gesprek met de zorgverzekeraar en zorg voor goede voorzieningen. Mondjesmaat zie je dat nu ook gebeuren; op mijn eigen werkplek kan ik me bijvoorbeeld volledig richten op palliatieve zorg.'

Revolutie in de volle breedte

Inmiddels erkent de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de zorg te veel wordt gestuurd door productieprikkels. Toch is een eerdere toezegging dat er vanaf 2025 een aparte betaaltitel voor proactieve zorgplanning zou komen inmiddels alweer ingetrokken. In tegenstelling tot de huidige betaaltitel zou iedere medisch specialist - dus niet alleen poortspecialisten of leden van een palliatief team - daarvan gebruik kunnen maken. Netters, vol onbegrip: 'Nederland loopt zo de enorme kans mis om schadelijke en onnodig dure zorg te voorkomen. De NZa geeft aan meer tijd nodig te hebben voor onderzoek, om met branchegeenoten de randvoorwaarden te kunnen bepalen. Maar dit speelt al jaren, hoelang gaat dit nog duren, en met welke branchegeenoten willen ze dan praten?' Tot dusverre is er een handvol studies naar alternatieve bekostiging, weet Sander de Hosson. Cardioloog Bas Bekkers telt in zijn vakgebied drie grotere onderzoeken die al draaien of gaan starten (zie kader voor het onderzoek in de regio Leiden en Bollenstreek).

De Hosson denkt dat er alleen een inhaalslag kan komen door 'een revolutie' in de volle breedte. Daarbij gaat het om terugdringing van de bureaucratie, passende betaaltitels en verplichte audits voor alle palliatieve teams. Maar ook om integrale dossieropbouw, zodat alle betrokken hulpverleners hetzelfde informatie-niveau hebben en weten wat de patiënt wil, en meer aandacht voor ondersteuning bij sterven in de thuissituaties. Hij roept de Federatie Medisch Specialisten op zich hiervoor hard te maken: 'Waarom is daar nog steeds geen integrale werkgroep palliatieve zorg? Het onderwerp ligt bij de afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen, wat naar mijn indruk vertraging, versplintering en dubbel werk in de hand werkt, en niet past bij het generieke karakter van deze zorg.'

Volwaardige plek in de opleiding

Meer aandacht voor palliatieve zorg in de studie Geneeskunde en diverse vervolgoopleidingen gaat volgens hem uiteindelijk het verschil maken. 'De NZa heeft bepaald dat palliatieve zorg moet worden gezien als generalistische zorg. Dat kun je nuanceren, want lokale pijnbestrijding is ook deels individueel maatwerk van bijvoorbeeld internist-oncologen en neurologen. Maar gesprekstechnieken zijn weer wel generiek. Belangrijk is dat kennis over palliatieve zorg echt bruikbaar kan zijn voor alle medisch specialisten met een spreekkamer. Want zelfs patiënten van kno-artsen en dermatologen hebben vaak te kampen met multimorbiditeit en een te voorzien levenseinde. Ook een oogarts kan een patiënt hebben die door een levensbedreigende bacteriële infectie is geraakt, en chirurgen hebben te maken met de slaagkans van operaties en denken na over wat er kan gebeuren als het onverhoopt misloopt.' De Hosson beschouwt

palliatieve zorg daarom niet als het exclusieve terrein van een paar vakdisciplines. Hij zegt: 'Stel dat palliatieve zorg voor 85 procent om generalistische kennis en ervaring gaat. Dan is het toch vreemd dat er in de hele basisstudie Geneeskunde niet meer dan één dagdeel aan palliatieve zorg wordt besteed? Ter vergelijking: voor het levensbegin worden drie maanden ingeruimd.'

Maatschappelijke druk

Cultuurverandering begint bij onderwijs. Daar maken De Hosson en Netters zich vanuit Carend hard voor. Ze zoeken politici op, schrijven columns, maken podcasts, geven interviews en publiceerden samen twee leerboeken. De Hosson schreef zelf ook nog twee beschouwende boeken over dit onderwerp. Netters zegt: 'Het initiatief om palliatieve zorg tot verplicht onderdeel te maken van de studie Geneeskunde zal niet snel komen uit de medische wereld zelf. Want - zo wordt daar gezegd - er zijn al zoveel andere belangrijke aandachtspunten. En het ministerie van VWS streeft weliswaar naar passende zorg, maar vergeet daarbij kennelijk het ministerie van Onderwijs mee te nemen.' De Hosson: 'De politiek zal het moeten verplichten, en gelukkig neemt de maatschappelijke druk toe. Steeds vaker krijgen schrijvende situaties aandacht in de media en erkennen politici dat het echt anders moet. We zien bij Carend ook groeiende welwillendheid bij medisch specialisten uit alle richtingen. Ik heb dus goede hoop dat we het binnen afzienbare tijd wél allemaal over de dood gaan hebben.'

Palliatieve zorg in de medische vervolgoopleidingen

Palliatieve zorg is een van de actuele thema's in de opleiding tot medisch specialist. De Federatie Medisch Specialisten beschouwt palliatieve zorg als generalistische zorg die door iedere dokter in Nederland gegeven moet kunnen worden. De zorg is gericht op kwaliteit van leven van patiënten en naasten met een ongeneeslijke ziekte of kwetsbaarheid. Deze interprofessionele zorg omvat de gehele mens en daarmee het fysieke, psychische en sociale domein. Het is van belang dat medisch specialisten tijdens hun

opleiding, maar ook daarna de hiervoor benodigde kennis en competenties ontwikkelen. De Federatie heeft alle informatie over het trainingsaanbod, materialen en netwerken gebundeld op de webpagina over palliatieve zorg. Op deze pagina vind je ook een verwijzing naar de zelfscan Palliatieve zorg op palliaweb.nl. Hiermee breng je in 15 minuten je eigen kennis en competenties op dit gebied in beeld.

