

Symptoomcontrole

Manon Boddaert, arts palliatieve geneeskunde

Manon Boddaert is arts palliatieve geneeskunde in hospice Bardo en het Spaarne Ziekenhuis, beide in Hoofddorp. Ze spreekt over haar werk in het ziekenhuis, de maatschappelijke taak van het hospice en de terminologiediscussie: moet palliatieve zorg ondersteunende zorg worden genoemd? "Laten we het ondersteunende én palliatieve zorg noemen."

Door Rob Bruntink
Foto Vincent Boon

Palliatieve zorg in het ziekenhuis. Wat is daarvoor de belangrijkste succesfactor?

"Een mandaat van de Raad van Bestuur. Zonder de erkenning van bovenaf dat palliatieve zorg belangrijk is voor een ziekenhuis, kom je niet ver. Dat heb ik nu al diverse keren om mij heen gezien, en ik heb het ook zo in mijn eigen werk ervaren. Kijk, het is niet zo moeilijk om op de werkvloer draagvlak te krijgen voor de ontwikkeling van palliatieve zorg. De verpleegkundigen, en vaak ook de artsen die aan het bed staan, zien wel in dat er mogelijkheden zijn om de zorg voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn, te verbeteren. Probleem is dan altijd dat er geen financiering te vinden is die het doorvoeren van verbeteringen – bijvoorbeeld in de vorm van het inzetten van een in palliatieve zorg gespecialiseerde professional – mogelijk maken. Maar als de Raad van Bestuur er geld voor vrijmaakt, dan kun je aan de slag."

Zo is het ook in het Spaarne ziekenhuis gegaan?

"Daar kwam nog iets extra moois bij, in de vorm van een samenwerking waar we (maar dit terzijde) op nationaal niveau misschien ook naar toe zouden moeten. Mijn functie is het ultieme samenwerkingsresultaat tussen het Spaarne ziekenhuis, hospice Bardo en het Integraal Kankercentrum Amsterdam van destijds. In het ziekenhuis was men van mening dat het zinnig was palliatieve zorg op de kaart te zetten, het hospice had er vanuit de visie van ketenzorg belang bij dat er nauwe contacten

zouden komen tussen hospice en ziekenhuis en het IKA was zoekende naar een manier om de beschikbare kennis over palliatieve zorg in ziekenhuizen te implementeren. Daaruit rolde mijn functie voort. Ik werk sinds januari 2010 24 uur per week in hospice Bardo, en ben 9 uur gedetacheerd in het Spaarne ziekenhuis. De eerste twee jaar werkte ik daarbij ook nog 4 uur per week voor het IKA."

Hoe verdeelt u die 9 uur?

"De helft van die tijd besteed ik aan een poliklinisch spreekuur, de andere helft aan klinische consulten en een multidisciplinair overleg palliatieve zorg, waarin alle consulten besproken worden. Op het poliklinische spreekuur zie ik patiënten die naar mij verwezen worden door met name de oncologen, urologen, longartsen en chirurgen van het ziekenhuis. Voor een eerste gesprek heb ik drie kwartier tot een uur de tijd. Dat is vanuit het perspectief van een arts natuurlijk ontzettend luxe, maar wil je alle aspecten van de vier domeinen goed in kaart brengen, dan is dat wel nodig. De investering loont, omdat je dan relatief compacte vervolcontacten kunt hebben. Voor de verwijzend arts is dit ideaal. Hij stuurt niet voor niets iemand door. Er speelt vaak complexe problematiek op het gebied van symptoomcontrole. Het exploreren en analyseren hiervan vergt specifieke kennis en vaardigheden. Daarin kan ik een toegevoegde waarde hebben. Artsen denken nogal eens: 'Symptoomcontrole, dat moet ik zelf toch ook kunnen?', maar dat ligt volgens mij niet zo eenvoudig. Er gebeurt binnen het eigen vakgebied al zo ontzettend veel in relatie tot de behandelmogelijkheden van bijvoorbeeld een ziekte als kanker, dat het bijna ondoenlijk is om óók nog eens alles bij te houden op het gebied van de palliatieve zorg. Juist op dat gebied kunnen we elkaar dus heel goed aanvullen."

In het wekelijkse multidisciplinaire overleg bespreek ik de consulten met collega's als oncologen, de geestelijk verzorger, arts-assistenten, de maatschappelijk werker, enzovoort. In 2012 kwam ik uit op zo'n 90 consulten. In 2011 waren dat er nog maar 60. Er zit dus duidelijk een stijgende lijn in. En dat verbaast

Rob Bruntink is publicist en hoofdredacteur van Pallium.

is niet zo eenvoudig

mij eerlijk gezegd niet, omdat ik zie dat palliatieve zorg ook onder artsen en verpleegkundigen een grotere waardering krijgt. Men is zich er steeds meer van bewust dat de kennis op gebied van palliatieve zorg van meerwaarde kan zijn in complexe situaties. Onlangs kreeg ik het verzoek van medisch specialisten en arts-assistenten om een scholing over palliatieve sedatie en euthanasie te geven. Het bewustzijn groeit dat de bekwaamheid op die terreinen niet volledig aanwezig is, en het laat zien dat er een bereidheid aanwezig is om de samenwerking te zoeken met mensen die over die speciale palliatieve kennis beschikken. Dat vind ik een geweldige ontwikkeling. Het siert de professionals in het ziekenhuis. Als ik dat vergelijk met bijvoorbeeld zo'n tien jaar geleden... Als je toen je palliatieve kennis aanbood, moest je regelmatig weerstand overwinnen: 'Doe ik het niet goed dan?' of 'Hoezo zou je daar meer van weten?' Dat hoor ik nu nooit meer."

De consultatieteams die buiten het ziekenhuis werken, krijgen vooral consultvragen over oncologische patiënten. Hoe is dat bij jou?

"Hetzelfde. Ik krijg nauwelijks consultvragen van de afdelingen neurologie of cardiologie bij voorbeeld. Het is dan ook een doel voor volgend jaar om daar wat meer bekendheid te krijgen."

Een paar maanden geleden heeft het hospice een transformatie doorstaan. Vanuit 'de barakken' naar exclusieve nieuwbouw op een unieke plek. Het biedt nóg meer mogelijkheden een volwaardig hospice te zijn?

"Jazeker, dat helpt enorm. Behalve hospice zijn we ook een leerhuis en een centrum voor dagzorg. We hebben nu een ruimte om scholingen te geven aan artsen en verpleegkundigen. Daar houden we thema-avonden voor patiënten en naasten, zorgprofessionals, vrijwilligers of 'het grote publiek'. We hebben een ruimte waar we dagzorg kunnen geven of poliklinische contacten, als ziekenhuisverplaatste zorg, kunnen hebben. Maar de ligging zelf zegt ook al veel: midden in een woonwijk, tegen het centrum aan. Midden in het leven dus. Van oudsher hebben we een sterke verbinding met bewoners en ondernemers van Hoofddorp en omstreken. Dat bleek ook bij de officiële opening. Er kwamen teveel mensen op die dag om ze allemaal een



Wilt u reageren op dit artikel? Stuur uw reactie naar mieke.vandalen@bsl.nl.



rondleiding te kunnen geven. Dat zou de gasten teveel belasten. Dus we hebben in de weken na de opening diverse extra rondleidingen verzorgd. Het is voor ons logisch om zodanig – letterlijk en figuurlijk – een open huis te zijn. Waar je ook kijkt, je ziet altijd de gevolgen van die regionale verbondenheid. Het hele gebouw had er niet kunnen zijn zonder sponsoring vanuit het bedrijfsleven van de Haarlemmermeer.”

Hoe ‘outreaching’ is de hospicezorg van Bardo?

“Voor een gemiddeld hospice is dat ‘outreachinge karakter’ behoorlijk hoog, schat ik in. We proberen op allerlei manieren onze kennis over te dragen en uit te dragen. Dat zit natuurlijk al ingebakken in mijn eigen functie. De kennis die ik opdoe in het hospice, komt ook de patiënten ten goede die ik in het ziekenhuis zie en waarover ik door medisch specialisten of verpleegkundigen in consult wordt gevraagd. Een ander voorbeeld: twee van onze verpleegkundigen, Rensia Bouwmeester en Carol Linihan, werken als casemanagers in de thuissituatie. Zij leggen bezoeken aan mensen thuis af als daarom gevraagd wordt door de medisch specialist of de huisarts. Zij verlenen geen zorg – dat blijft de huisarts doen, eventueel aangevuld met de thuiszorg en vrijwilligers palliatieve terminale zorg – maar geven voorlichting en advies. De verpleegkundigen hebben ook een belangrijke signaalfunctie. Door hun kennis zullen zij waarschijnlijk eerder dan de andere professionals kunnen inschatten hoe een bepaald ziek- en sterfbed verloopt. Zij zullen misschien eerder een delier zien aankomen. Via deze weg wordt de hospicezorg buiten de muren gebracht, vergelijkbaar met de Macmillan nurses in Engeland. Of de zorg hierdoor verbetert, wordt overigens onderzocht door EMGO, het onderzoeksinstituut van het VUMC. Verder gaan we samen met Adamas inloophuis, het inloophuis voor mensen met kanker en hun naasten in Nieuw-Vennep, een activiteit organiseren. De activiteit bestaat uit twee delen: een ‘verwenmiddag’ en een informatieve avond over pijnbestrijding en advance care planning. Daarmee ‘bedienen’ we het publiek van het inloophuis en de eigen patiënten en naasten die nog thuis verblijven.”

Tijdens het Nationaal Congres Palliatieve Zorg, vorig jaar november in Lunteren, bezocht je de bij-

eenkomst over de terminologie. Omdat ‘palliatieve zorg’ zo nadrukkelijk met terminale zorg wordt geassocieerd, zou het beter zijn de term ‘ondersteunende zorg’ te gebruiken. Wat is jouw mening daarover?

“Daar valt wat voor te zeggen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik eerst wat afwachtend was. Zou het niet beter zijn te investeren in communicatie richting patiënten, naasten en in feite het gehele ‘grote publiek’ die hen een juister beeld geeft van de breedte van palliatieve zorg? Maar ik ben gaan twijfelen door een Amerikaans onderzoek, waaruit bleek dat artsen makkelijker verwijzen naar een consultatiedienst als die ‘ondersteunende zorg’ in de titel heeft in plaats van ‘palliatieve zorg’. Dat heeft te maken met hun idee dat ze de patiënten hoop ontnemen en voor extra stress zorgen als ze doorverwijzen naar een palliatieve zorg-dienst. Het leverde 41% meer consulten op! Het is dus niet alleen een semantische discussie. Door de naam te veranderen, kunnen meer mensen profiteren van de kennis op het gebied van palliatieve zorg. Het heeft dus directe invloed op de kwaliteit van zorg, en dus op de kwaliteit van leven van de patiënten.

Het grappige is dat er tijdens het Nationaal Congres een debat was tussen enerzijds Lia van Zuylen van het Erasmus MC voor het behoud van de term ‘palliatieve zorg’ en anderzijds Kris Vissers van UMC St Radboud voor het overstappen naar de term ‘ondersteunende zorg’. Uiteindelijk bleken beide ziekenhuizen al een term – voor een afdeling of consultteam – te gebruiken waarin beide begrippen voorkomen: een dienst voor ondersteunende én palliatieve zorg of een afdeling voor palliatieve zorg en symptoomcontrole. Misschien is dat wel de meest pragmatische oplossing. Patiënten kunnen denken: ‘De arts stuurt me door voor ondersteunende zorg.’ Het ‘terminale’ dat nog altijd aan palliatieve zorg hangt, hoeft voor hen nog niet te gelden. En tegelijk profiteren we van de effecten van het pionierswerk van afgelopen decennia, waardoor ‘palliatieve zorg’ natuurlijk aan bekendheid heeft gewonnen. In het Spaarne Ziekenhuis gaan we starten met een Team Ondersteunende en Palliatieve zorg. Daarmee leveren we ‘top-zorg’ aan mensen met een ongeneeslijke aandoening. Wellicht dat dat de psychologische drempel nog verder verlaagt, want top-zorg, dat wil toch iedereen?” •