

Eef van Dijk

huisarts niet-praktiserend,
medisch adviseur centrale
huisartsenpost Nieuwe
Waterweg Noord

PALLIATIEVE-ZORGARTS DOET BUITEN KANTOORUREN DE ZORG ROND HET LEVENSEINDE

Een hap met prima terminale zorg

Hoe voorzie je buiten kantooruren in goede zorg voor terminale patiënten? Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord in Schiedam heeft daarvoor de palliatieve-zorgarts in het leven geroepen. Een uitstekende oplossing.

Terminale zorg thuis is voor veel huisartsen corebusiness. Het krijgt in hun dagelijkse werk hoge prioriteit. Ook buiten kantoor tijden zijn veel huisartsen bijna altijd beschikbaar voor hun thuis stervende patiënten. Ondanks deze grote toewijding blijven er momenten van tijdelijke

onbereikbaarheid voorkomen. Hiervoor is achtervang nodig, liefst iemand die in kwaliteit niet te ver afstaat van de zorg die de eigen huisarts biedt. Sinds 2012 is huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord gestart met een palliatieve-zorgarts in het weekeind. De resultaten daarvan zijn veelbelovend.

Beschikbaarheid

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de beschikbaarheid van de huisarts voor stervenden uit de eigen praktijk buiten kantooruren grofweg als volgt is verdeeld: 25 procent van de huisartsen is vrijwel continu beschikbaar, 50 procent is behoorlijk veel beschikbaar en de resterende 25 procent is heel weinig beschikbaar. Redenen om minder beschikbaar te zijn, zijn veelal legitiem, zoals de verzorging van kleine kinderen. Als de eigen huisarts van een stervende patiënt niet beschikbaar is, moet een goed alternatief worden geboden.

Het standpunt van de LHV is dat vaste collega's moeten inspringen bij afwezig-



Huisarts Petra van der Pas
van huisartsenpost
Nieuwe Waterweg Noord.



heid. De praktijk leert echter dat veel huisartsen dit niet hebben georganiseerd, waardoor de huisartsenpost de structurele achtervang is. De huisartsenpost is daarop niet ingericht. Veel posten hebben daarom binnen de eigen mogelijkheden aanvullende interne afspraken gemaakt. Zo verbeteren ze bijvoorbeeld de beschikbaarheid van medische informatie op de post. Begrijpelijk, want juist als je krap in de tijd zit, vormt het ontbreken van medische overdrachtsinformatie van de eigen huisarts een grote belemmering. Het onderliggende probleem wordt hiermee echter niet aangepakt. Belangrijke kwaliteitscriteria voor palliatieve zorg zijn, naast deskundigheid, namelijk vooral tijd, rust en continuïteit: precies die zaken die door visitedruk en de dreiging van een U1 (een zeer urgente medische klacht) vrijwel onmogelijk te realiseren zijn binnen het reguliere werk vanuit de post.

De palliatieve-zorgarts

Dit spanningsveld binnen de palliatieve zorg wordt deels veroorzaakt door de vraaggestuurde manier waarop de huisartsenzorg buiten kantooruren zich het afgelopen anderhalve decennium heeft ontwikkeld. Het werk op de huisartsen-

Diensten zijn doorgaans niet de favoriete bezigheid van huisartsen

posten is hoofdzakelijk geënt op wat patiënten, zorgverzekeraars en overheid vragen, en minder op wat huisartsen zelf als hun kerntaak en specialisme beschouwen. Terwijl laagdrempelige maar hooggekwalificeerde huisartsenzorg in het bijzonder van grote waarde is voor kwetsbare groepen zoals hoogbejaarden en mensen met multipathologie, besteden dienstdoende huisartsen een groot deel van hun tijd aan medische problemen waarvoor de expertise 'huisarts' maar beperkt noodzakelijk is. De kwetsbare patiënt wordt het kind van de rekening. Huisartsen van de Centrale Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord in Schiedam vroegen zich af of zij zelf niet meer sturing konden geven aan waar zij hun energie in willen steken. Twee jaar

geleden heeft dit geleid tot een proef met een aparte palliatieve-zorgdienst, met twaalf huisartsen die zich hier vrijwillig voor hebben aangemeld. Ieder weekend, op zaterdag en zondag, is één van hen van 8.00 tot 24.00 uur aaneengesloten beschikbaar voor alle hulpvragen van terminale patiënten die bij de huisartsenpost binnenkomen. Zodra de triagiste merkt dat het om een hulpvraag van een terminale patiënt gaat, neemt zij zonder doorvragen contact op met de PZ-arts. Deze arts zit niet op de post maar thuis, en belt de beller snel zelf terug. Hij heeft alle tijd, kan in alle rust overleggen met aanwezige familie, de eigen huisarts, een specialist of de thuiszorg. Ook kan hij persoonlijk afspreken als hij de patiënt weer belt of bezoekt, eventueel de volgende dag. Dit is in de gangbare praktijk tijdens de dienst onmogelijk. De dienst is intussen al bijna twee jaar een succes.

'No way'

Het is bijzonder dat deze pilot er is gekomen. Wie de huisartsenwereld kent, begrijpt dat zo'n extra dienst niet snel door een ledenvergadering komt. Diensten zijn doorgaans niet de favoriete bezigheid van huisartsen. Vooral het grote aantal patiënten dat medisch gesproken onterecht een beroep doet op de ANW-dienst, is velen een doorn in het oog. Dus vrijwillig extra diensten gaan draaien? 'No way!' Bovendien waren we op de hoogte van de weinig bemoedigende uitkomsten van een onderzoek dat elders in het land was uitgevoerd. In deze pilot, die een halfjaar duurde, werd in het weekend om en om een gewone dienst en een PZ-dienst vanuit de post gedraaid. Alle huisartsen konden voor deze PZ-dienst worden ingeroosterd, en de dienstdoende arts was in het weekend 56 uur aaneengesloten beschikbaar. Uit de beoordelingen door patiënten, hun families en de huisartsen, bleek dat de PZ-dienst kwaliteitswinst opleverde. De huisartsen gaven echter gelijktijdig aan dat de dienst een zware belasting vormde. Omdat ook de kwaliteit van terminale zorg vanuit de normale dienst als ruim voldoende werd beoordeeld, werd de pilot niet gecontinueerd.



DE BEELDREDAKTIE / ARIE KIEVIT

Niet te belastend

Enkele jaren voordat wij van start gingen, is ook onder onze leden een enquête gehouden naar de ideeën rond terminale zorg. De resultaten weken niet af van het landelijke beeld. Gezien de te verwachten tegenwind hebben we zorgvuldig geopeerd en eerst draagvlak gecreëerd bij directie, bestuur en kwaliteitscommissie. Vervolgens is een aantal randvoorwaarden geformuleerd. De diensten mochten om te beginnen niet te belastend zijn. Concreet betekende dit maximaal 32 uur werken in het weekend, met tussendoor de mogelijkheid om te slapen, en een beperkte hoeveelheid werk. Ook zou de dienst van huis uit worden gedaan, met toegang tot het registratiesysteem. Het moest bovendien mogelijk blijven om tot 25 km van huis een bezoekje te brengen of bijvoorbeeld naar de markt te gaan. Levensbedreigende problematiek was daarmee uitgesloten, maar de dienstdoende PZ-arts zou wel snel telefonisch moeten reageren. Tot slot zou de dienst niet tot verplichte extra diensten voor andere huisartsen mogen leiden.

Vervolgens is aan de huisartsen gevraagd wie onder deze randvoorwaarden wilde meedoen aan een proef. Zeven huisartsen reageerden direct positief, nog voor er iets was afgesproken over honorering. Van de 32 uur zou in totaal 10 uur worden gehonoreerd voor beschikbaarheid en inzet. Dit komt ongeveer neer op één dienst zoals de post die met waarnemers invult. Dit voorstel is vervolgens in de ledenvergadering besproken en akkoord bevonden.

Hoe het werkt

Op 1 mei 2012 ging de pilot van start, en na een halfjaar proefdraaien is de dienst zonder discussie omgezet in een vast onderdeel van het werk vanuit de post. De diensten worden ingevuld door twaalf huisartsen, die dit met plezier doen. Er staat geen druk op deelname, er zijn geen uitvallers en deelnemers geven zelf aan hoeveel diensten zij per jaar willen invullen. Op de vraag of ze het aantal deelnemende huisartsen wilden uitbreiden, ant-



Deelnemers geven zelf aan hoeveel diensten zij per jaar willen invullen

woordden ze unaniem met 'nee'.

Een voorbeeld van hoe het werkt: de PZ-arts belt de patiënt op, geeft een eerste advies en behandeling, en spreekt een visite af. Tijdens de visite worden afspraken gemaakt over een vervolcontact of -visite, eventueel de volgende dag. Gemiddeld ziet de PZ-arts twee à drie stervenden per week. Dat staat voor een veelvoud aan contacten. De PZ-arts wordt geconfronteerd met alles wat een stervende, diens familie en naasten meemaken: alle refractaire en andere ernstige symptomen, alle geestesgesteldheden van de patiënt en van andere betrokkenen. Bij een derde van de patiënten komt palliatieve sedatie of euthanasie ter sprake, bijvoorbeeld als de patiënt of diens omgeving worden overvallen door de snelheid waarmee de ziekte ineens verloopt, of de moeilijk te verdragen gevolgen daarvan. Dat er juist in het weekend vaak familieleden van ver weg aanwezig zijn, die opeens

met de ernst van de situatie worden geconfronteerd, kan hier mede aanleiding toe zijn. Een behoorlijk percentage van de stervenden overlijdt hetzelfde weekend. Om in zulke situaties goed te handelen heb je meer dan vijftien minuten nodig, en is het onwenselijk dat er achtereenvolgens drie verschillende huisartsen bij betrokken zijn.

Vooruitzicht

Met het vooruitzicht dat het aantal hoogbejaarden toeneemt – en onder hen vele niet-westerse patiënten – is deze dienst met meer tijd, continuïteit, rust en afstemming, een veelbelovende ontwikkeling. Niet-deelnemende huisartsen waarderen de PZ-dienst positief, omdat het hun eigen diensten op de post ontlast; zij staan minder onder tijdsdruk en voelen zich niet langer tekortschieten naar terminale patiënten. Ook de assistentes zijn blij met de extra mogelijkheid. De intensievere afstemming binnen het Regionaal Palliatief Netwerk Nieuwe Waterweg Noord, bestaande uit thuiszorgorganisaties, de VVT-instellingen, het ziekenhuis en huisartsen, wordt door al deze partijen als een vooruitgang beschouwd. Onverwachts ontstaat er zelfs voorzichtige feedback tussen huisarts en specialist, waardoor de laatste onder andere meer oog krijgt voor de vraag 'Wegen wij onze (vaak te optimistische) woorden over het toekomstperspectief van de patiënt wel voldoende?' Ons eigen oordeel over deze dienst is positief. Maar om dit hard te maken, is er intussen een onderzoek in gang gezet, dat naar verwachting eind 2014 wordt afgerond. ■

contact

eef.vandijk@yahoo.co.uk
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Websites met aanvullende informatie en een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.