

Deskundigheid koppelen aan menselijke maat



© Colinda Limburg

Dr. J.W.J. - Joost - van Esser, is medisch specialist met een dubbele registratie. Hij is hematoloog-internist (1997) en tevens oncoloog (2003). Sinds februari 2003 is hij werkzaam in Bronovo. Hij is sinds 2005 voorzitter van de oncologiecommissie van Bronovo.

“Bronovo is een perifeer ziekenhuis. De Raad van Bestuur en de Medische Staf streven naar een breed en kwalitatief hoogwaardig zorgpakket. Voor de hematologie-oncologie geven mijn collega dr. Tom Vlasveld en ik daar – samen met alle andere oncologische medewerkers – vorm en inhoud aan. We zijn ‘te klein’ voor intensieve behandelingen op bijvoorbeeld het gebied van leukemie, maar op ander oncologisch terrein willen we gewoon heel-erg-goed zijn. Borstkanker, darmkanker, ziekte van Kahler, non-Hodgkin-lymfoom zijn aandoeningen die ons daartoe genoeg kansen bieden om kwalitatief goede zorg voor onze oncologische patiënten te leveren.”

Menselijke maat

Open de site van Bronovo, www.bronovo.nl, en lachende gezichten op een groepsfoto kijken je aan. De groepsfoto laat een gevarieerde samenstelling van de medewerkers zien, een patiënt en een moeder met een baby. Daaronder de tekst: ‘Na 140 jaar de menselijke maat nog niet ontgroeid!’ Die benadering is kenmerkend voor Bronovo: geen groot ziekenhuis, maar naar menselijke maat. Dat twee patiënten op de groepsfoto staan, ondersteunt dat uitgangspunt.

“De sociale kant van het werk is niet altijd even makkelijk,” gaat Van Esser verder. “Op dinsdagochtend heb ik extra tijd ingepland voor moeilijke gesprekken, tijdens het oncologiespreekuur. Voor alle patiënten, maar zeker ook voor kankerpatiënten is communicatie ontzettend belangrijk. We praten dan ook heel veel met onze patiënten. Belangrijk is ook dat je daarbij eerlijk bent. De mensen komen er echt wel achter als je dat niet bent en zullen je dat niet in dank afnemen. Ik denk dat wij ons nog verder moeten onderscheiden in de bejegening, in patiëntvriendelijkheid. En dat kunnen we ook, daar ben ik van overtuigd, je moet je als arts vooral ook bewust zijn van “de kleine dingen die het doen”. Als arts moet je bijvoorbeeld proberen om niet voortdurend op je computerscherm te kijken of in papieren te bladeren.”

Citaat uit een gesprek tussen Joost van Esser en Marieke van Gruijthuijzen (Bronovo PR)

Joost van Esser vervolgt: “Om zo goed te zijn, moet je met meerdere specialisten samenwerken, ‘multidisciplinair’ heet dat. In onze situatie bestaat het multidisciplinaire team uit twee chirurgen, twee internist-oncologen, een radiotherapeut en - voor één dag in de week - , een tweede radiotherapeut uit MCH Westeinde, professor dr. Henk Struikmans, twee longartsen, een oncologisch maatschappelijk werkster en de coördinerend oncologieverpleegkundige.”

Verbinden en verwijzen

Van oudsher ligt er een oncologische verbinding tussen Bronovo en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) als het gaat om de oncologische en hematologische zorg. Het LUMC streeft echter naar high-tech zorg en zou de 'routinematige' hematologische zorg willen spreiden over de Leids-Haagse regio. HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg, heeft een heel goede hematologische afdeling. Patiënten, die een autologe transplantatie nodig hebben, - dit is een transplantatie met eigen beenmerg zoals bij de ziekte van Kahler -, worden vanuit Bronovo doorverwezen naar het HagaZiekenhuis. Patiënten, waarvan bekend is dat zij op enig moment een allogene transplantatie nodig hebben - zoals leukemiepatiënten -, met beenmerg van broer of zus, die gaan naar het LUMC. "Die verwijzingen en de daaruit voortvloeiende samenwerking loopt goed, maar de perifere spreiding indachtig zouden er ook patiënten deze kant op verwezen kunnen worden. Zo zouden ook wij ons kunnen specialiseren, bijvoorbeeld in non-Hodgkin-lymfoom, maar zover gaan de ontwikkelingen nog niet", legt Van Esser met een glimlach uit.

Intern opleiden

"Een belangrijk aspect in de continuïteit van hoogwaardige zorg is het opleiden van medewerkers. Zo is mevrouw Margreet Kroon, oncologie-verpleegkundige, actief om de oncologische verpleegkundige opleiding binnen de muren van Bronovo te realiseren. Er is een groeiende groep verpleegkundige met belangstelling voor deze opleiding. In de mate dat de organisatie zich wil specialiseren en verbeteren is het nodig dat de deskundigheid van de medewerkers toeneemt. In dat verband is opleiden een must. Naast Margreet is Caro van Wijk, oncologie verpleegkundige en oncologisch maatschappelijk werker, een belangrijke spil in de zorg. Mevrouw Ria Hermus is als mammacareverpleegkundige een belangrijke schakel in de zorg rond borstkanker. Bovendien telt de afdeling Wilhelmina, de afdeling van interne geneeskunde waar oncologiepatiënten verblijven inmiddels drie oncologie-verpleegkundigen en binnenkort komen er drie bij. Daarnaast starten opnieuw drie verpleegkundigen met

Caro M. van der Wijk, oncologisch maatschappelijk werker



© Colinda Limburg

*Caro van der Wijk:
Een slecht nieuws
gesprek wordt onthou-
den, dat wordt iedere
keer opnieuw als een
film afgedraaid.
Patiënten reageren
heel verschillend op
het slechte nieuws.*

Caro Mia van der Wijk is oncologisch maatschappelijk werker en geeft poliklinische chemotherapie. Dat is wel een heel bijzondere combinatie. "Ik zie niet alleen patiënten die chemotherapie krijgen, maar ook patiënten die bestraald worden, of voor wie behandeling niet meer tot genezing leidt, maar voor wie het leven wel dragelijk gemaakt kan worden. Ik ben geen verpleegkundige, want ik begon in het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw met het geven van chemotherapie. Overigens sta ik te boek als psycho-sociaal therapeut met als aandachtsgebied de oncologie." In die periode bestond de oncologisch verpleegkundige niet en chemotherapie was net uitgevonden. Dr. Bieger, internist, vroeg Caro om hem te helpen bij het geven van chemotherapie op de polikliniek. "Na allerlei verdiepingen en cursussen ben ik dat gaan doen. Later heb ik de opleiding maatschappelijk werk gedaan en allerlei aanverwante workshops gevolgd. We vonden het toen al ontzettend belangrijk dat de slecht nieuws gesprekken goed zouden verlopen. Daar is kennis voor nodig. Een slecht nieuws gesprek wordt onthouden, dat wordt iedere keer opnieuw als een film afgedraaid. Patiënten reageren heel verschillend op het slechte nieuws. Sommigen gaan huilen, anderen zijn doodstil en er zijn ook mensen waar je niet zo veel aan merkt."

Caro heeft in de afgelopen dertig jaar gezien hoe de patiënt zich ontwikkelde. "Hij is assertiever geworden en verschijnt over het algemeen beter voorbereid op het spreekuur. Soms goed gedocumenteerd, vaak ook met internetinformatie die niet deugt, maar wel altijd met een hoofd vol vragen. Ook het gevoel van medische afhankelijkheid is afgenomen. Er wordt minder tegen de dokter aangekeken. De patiënt verandert toch steeds meer in een zorgklant."

"Ik heb een ontzettend mooie baan. Ik kan echt iets voor mensen betekenen. Ik kan ze bijstaan, want wat nog steeds onveranderd is, alle assertiviteit ten spijt, is de vaak totale ontredde bij het horen van de diagnose 'kanker'. Op dat moment staat voor ieders geestesoog direct het beeld van aftakeling en dood, en niet alleen bij de patiënt zelf. En dat beeld is onterecht, maar staat zichtbaar door negatieve ervaringen of verhalen uit het verleden op ons netvlies gebrand. Gelukkig kan ik in het bijstellen van die beeldvorming veel betekenen."

de opleiding. Zo versterken we geleidelijk aan het team en neemt deskundigheid toe.”

Naast de opleiding van de verpleegkundigen investeert Bronovo in het opleiden van aankomend medisch specialisten. Het Bronovo ziekenhuis verzorgt opleidingen in de volgende vakken: gynaecologie, heekunde, huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde en klinische chemie. Voor wat betreft de interne geneeskunde draagt Bronovo zorg voor de basisopleiding. In de toekomst zou het goed zijn om voor hen de mogelijkheid te creëren om een half jaar oncologie als aandachtsgebied toe te voegen. Dat ontlast de opleidingscapaciteit van Leiden en verrijkt ons ziekenhuis. “Daarnaast hebben we inmiddels een doorlopend scholingsprogramma ontwikkeld. Daarbij hoort dat we vier keer per jaar voor en met de assistenten belangrijke onderwerpen uit de oncologie bespreken. Daarbij zijn alle relevante disciplines aanwezig en ieder vertelt iets vanuit zijn wetenschap ver het onderwerp. Zo ben ik nu - samen met de discipline gynaecologie - bezig met de voorbereiding van een bijeenkomst waarbij het ovariumcarcinoom besproken gaat worden.”

Multidisciplinaire samenwerking

Centraal in de samenwerking tussen de medische disciplines rond oncologie staat de oncologiecommissie. Joost van Esser is voorzitter van de commissie die tweemaandelijks bijeenkomt en de grote lijnen bepaalt rond het medisch en verpleegkundig beleid, de opleiding, communicatie, de kwaliteit van de patiëntenbespreking en PR. De medisch specialisten, die betrokken zijn bij de oncologische zorg, maken deel uit van de commissie. Dat zijn chirurgen, internisten, longartsen, de patholoog-anatoom, radiologen, de radiotherapeut, coördinerend oncologie verpleegkundige enzovoort. Van elke discipline komt meestal een vertegenwoordiger naar het overleg van de commissie.

Patiëntenbesprekingen vinden elke maandagnamiddag plaats. Daarbij wordt gebruik gemaakt van teleconferencing met oncologische specialisten van het LUMC. Patiënten, hun aan-doening en de behandelvoorstellen van de medici van Bronovo worden

daarin besproken en bediscussieerd. Gestreefd wordt alle patiënten te bespreken binnen die wekelijkse patiëntenbespreking. De meeste besprekingspatiënten komen uit de chirurgische ‘hoek’. Bronovo heeft relatief wat meer oudere patiënten. Opvallend is evenwel dat ook het aantal jongere patiënten, dertigers en veertigers, stijgt. Het ligt in de lijn der ontwikkelingen dat er een tweede patiëntenbespreking moet worden georganiseerd, omdat het patiëntenbestand blijft toenemen. Maar de besluitvorming en organisatie daarvan is niet rond. Als je moet woekeren met tijd, is zo iets niet zomaar geregeld. In principe zijn ook huisartsen welkom bij deze patiëntenbespreking, maar veel gebruik maken zij niet van deze mogelijkheid. “Dat komt ook door het tijdstip: het is het uur van visite rijden voor veel huisartsen. Bovendien, zij krijgen toch altijd een rapportage over hun patiënt. En ook, hand in eigen boezem stekend, het is ook wel gebeurd dat een huisarts kwam om de bespreking van een eigen patiënt bij te wonen en dan hadden wij net het programma omgegooid en waren we vergeten hem te waarschuwen. De regel is dat als een patiënt voor de bespreking vervalt, omdat bijvoorbeeld de uitslag van de patholoog-anatoom er nog niet is, dat dan de inbrenger zelf contact met de betreffende huisarts opneemt en hem attendeert op de agendawijziging. Maar ja, zoiets wil wel eens fout gaan.”

Innovatie

Een belangrijke rol in het terugdringen van kanker en wat qua methodiek in de afgelopen jaren nut heeft bewezen, is het proces van bewustwording bij patiënten. Voorbeelden hiervan zijn het eigen borstonderzoek, een regelmatig aftasten van de borsten om veranderingen - knobbels - vroegtijdig te ontdekken. In verband hiermee is het preventieonderzoek op Bevolkingsonderzoek Borstkanker Nederland bij vrouwen in de leeftijd van 50 tot 75 jaar zeer waardevol. Bekend is inmiddels ook dat gezond eten, drinken, niet roken, voldoende nachtrust etcetera bijdragen aan het voorkomen van bepaalde vormen van kanker. Alhoewel het bij lang na niet zo is dat mensen ook naar die inzichten leven. Maar bewustwording, voorlichting en preventief onderzoek heb-

ben bijgedragen en dragen bij. Zo is de ontwikkeling van een nationaal darmkankeronderzoek een positieve ontwikkeling. Tegen relatief lage kosten kan een redelijk ongecompliceerd onderzoek veel narigheid later voorkomen.

Patiënten trekken over het algemeen sneller aan de bel. Dat is in relatie tot het voorkomen van kanker gunstig.

Chemotherapie is eigenlijk een domme therapie. Er zijn veel nevenverschijnselen, waaronder misselijkheid, braken en haaruitval, verschijnselen die je eigenlijk niet wilt hebben. Het gaat immers om de verdelging van de kwaadaardige cel. Wat je nu ziet is de komst van monoclonale antistoffen. Die zijn in staat om oppervlaktekenmerken van kwaadaardige cellen te herkennen en te vernietigen. Dergelijke antistoffen worden gebruikt bij bijvoorbeeld de bestrijding van lymfklierkanker (non-Hodgkin-lymfoom), waarbij de overlevingskansen significant toenemen. Een andere categorie van nieuwe technieken is de inzet van signaal transductorremmers. Storingen in het elektrische signaal van cellen kunnen met behulp van medicijnen worden gecorrigeerd. Nieuw is ook de ontwikkeling bij onder andere dikke darmkanker waar medicijnen vaatnieuwvorming remmen.

Van de nieuwe medicijnen is in ieder geval duidelijk dat zij minder bijwerkingen hebben dan de ‘klassieke’ chemotherapie. Toch kunnen deze nieuwkomers (nog) niet alleen de kanker doen verdwijnen. De combinatie met chemotherapie blijft nodig.

“Alle onderzoeken en alle nieuwe ontwikkelingen kosten geld, veel geld. Het blijven pijnlijke discussies die we als samenleving eigenlijk niet zo zouden moeten voeren”, vindt Joost van Esser. “Het welbevinden van mensen zou meer centraal moeten staan, meer centraal dan zaken als marktwerking. Kankergeneeskunde en de ontwikkelingen daarmee zijn uiterst kostbaar, maar essentieel. Door deze nieuwe ontwikkelingen is het mogelijk dat kanker van een dodelijke een chronische ziekte wordt, en in sommige gevallen, waar dit nu nog niet mogelijk is, zelfs genezen kan worden

Patiëntenpopulatie

Patiënten worden mondiger, dat is een positieve ontwikkeling, al moest de medische beroepsgroep er wel aan wennen. Het was een wederzijds bewustwordingsproces. Inmiddels hebben de meeste dokters en patiënten er mee leren omgaan. Er zijn nieuwe verhoudingen ontstaan, want ook patiënten moesten leren zelf verantwoordelijkheid te nemen, betrokken te willen zijn bij de keuzes in het proces van hun genezing.

Voor sommige patiënten betekent dat 'the sky is the limit' en wordt aan de dokter gevraagd alle kennis, vaardigheden en technieken uit de kast te halen. Niet altijd staat dan de kwaliteit centraal: een lang leven is belangrijk. Het tegenovergestelde bestaat ook: patiënten die na een diagnose geen behoefte hebben aan soms langdurige, soms pijnlijke en vervelende ingrepen met een resultaat waarover geen garantie kan worden geboden. Zij zien af van behandelen, nemen hun levenslot in handen.

"Als arts ben ik hun adviseur", legt Joost van Esser uit. "Ik doe dat ter goeder trouw, gebaseerd op mijn wetenschappelijke kennis en mijn ervaringen. Ook ik kom mensen in mijn praktijk tegen, mensen met uitgezaaide vormen van kanker waarvan bekend is dat zij op enig moment aan de gevolgen daarvan zullen overlijden. Ik kan dat moment van overlijden wat uitstellen, maar ik kan ze geen genezing bieden. Er zijn dan inderdaad patiënten die kiezen voor een korter leven zonder de bijwerkingen van de chemotherapie en daarmee dus voor kwaliteit van leven. Er zijn nog altijd veel meer patiënten die kiezen voor een behandeling, liever vandaag dan morgen. De hechting aan het leven is sterk en ook zij kiezen voor de vorm van kwaliteit die hen past. Als een patiënt er voor kiest om niet behandeld te worden, wil ik wel dat hij of zij bedenktijd neemt, ik informeer ook bij de huisarts of er niet bijvoorbeeld een depressie in het spel is die de keuze beïnvloedt. Graag wil ik de motieven kennen. Maar ik ben allereerst adviseur en ik zal in de besluitvorming niet op de stoel van de patiënt gaan zitten."

Ontwikkeling Klinisch HagaZiekenhuis

Binnen het HagaZiekenhuis heeft de zorg voor patiënten met (verdenking op) borstkanker altijd een prominente plaats ingenomen. Al ruim voor de fusie waren zowel op de locatie Leyenburg als Rode Kruis afspraken gemaakt om diagnose en behandeling van deze patiëntengroep zo goed en snel mogelijk te laten verlopen. Vanwege de multidisciplinaire behandeling en begeleiding van deze patiënten zijn onderlinge afspraken namelijk onontbeerlijk. Het kan echter nog beter, zo is men van mening. Reden om na de fusie de krachten te bundelen en een eenduidig zorgprogramma voor het HagaZiekenhuis te ontwikkelen. Besloten werd daarvoor de methode van het Klinisch Pad te hanteren, waarmee locatie Leyenburg al op beperkte schaal ervaring had opgedaan.

Klinisch Pad

Binnen het Belgisch-Nederlandse Netwerk Klinische Paden wordt voor een klinisch pad de volgende definitie gehanteerd: "Een klinisch pad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen waarmee de leden van het multidisciplinaire team hun werkzaamheden op elkaar afstemmen en taakafspraken maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Patiëntgerichte zorg kan met behulp van een klinisch pad op een systematische wijze gepland en opgevolgd worden."

Om deze ambitieuze doelen te realiseren, worden binnen een klinisch pad indicatoren geformuleerd die minimaal jaarlijks worden geëvalueerd volgens de kwaliteitscyclus van Demming. Deze indicatoren hebben betrekking op:

- Service (bijvoorbeeld patiënttevredenheid, angst)
- Klinische outcome (zoals pijn, mobiliteit, kennis, complicaties)

- Behandelteam (medewerkertevredenheid, teameffectiviteit)
- Proces (afwijkingen op beschreven proces (variantie), wacht- en doorlooptijden)
- Financiën (kosten, verblijfsduur, aantal en soort onderzoeken)

Een klinisch pad beschrijft dus de standaard zorg voor een specifieke patiëntengroep. Individueel kan vanzelfsprekend van dit pad worden afgeweken, wat dan vastgelegd wordt in een zogenaamde "variantierapportage". Door analyse van deze gegevens kan de actualiteit en relevantie van onderdelen van het pad worden vastgesteld.

Naast de benaming klinische paden worden velerlei andere namen gebruikt voor al dan niet vergelijkbare zorgprogramma's.

Klinisch pad Mammacare HagaZiekenhuis

De gehanteerde werkwijze om te komen tot een klinisch pad Mammacare HagaZiekenhuis laat zich als volgt in stappen beschrijven.

1. De meest betrokken disciplines zijn

Neuro-oncologie is een optelsom

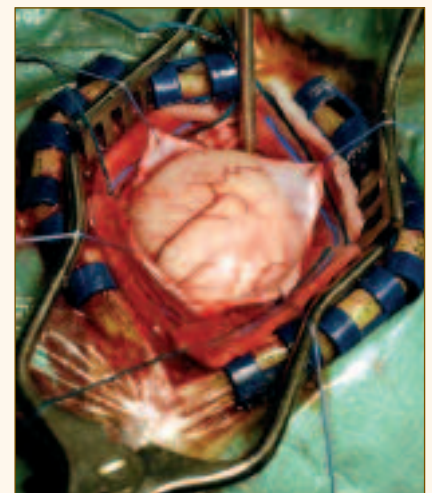
Jan Willem Bloemen,
Medisch Centrum Haaglanden

Het MCH Westeinde is het neuro-oncologisch centrum in de regio. Een speciaal team van in kanker gespecialiseerde neurologen, neurochirurgen, neuroradiologen, radiotherapeuten, interne oncologen, pathologen en psychologen begeleidt hier patiënten met een hersentumor. In het ziekenhuis worden jaarlijks meer dan honderd hersentumoroperaties uitgevoerd. Neuro-oncoloog dr. Charles Vecht: "Wekelijks bespreken we alle patiënten en beslissen we gezamenlijk welke behandeling het beste is."

Afhankelijk van het type, de plaats waar de hersentumor zit en de grootte ervan wordt een neuro-oncologische patiënt geopereerd, bestraald of krijgt hij chemotherapie. "Vaak is het een combinatie van deze drie behandelingen. Neuro-oncologie is echt een optelsom", legt Vecht uit. "Dat is ook precies de reden dat een neuro-oncoloog meerwaarde heeft. Neurochirurgen, radiotherapeuten, neuroradiologen en andere specialisten die zich met hersentumorpatiënten bezighouden, zijn vaak erg gespecialiseerd in hun eigen vakgebied. Het is dan goed als er iemand bij zit die zich heeft gespecialiseerd in wat de combinatie van al deze mogelijke behandelingen voor effect zou kunnen hebben. Dat is dus de taak van de neuro-oncoloog. Daarnaast doe je natuurlijk ook een deel van de behandeling zelf. Hersentumoren gaan vaak gepaard met epilepsie. Dat kun je behandelen als neuroloog. Als de druk in de hersenen als gevolg van hersenoedeem te groot wordt en de patiënt daardoor erge hoofdpijn krijgt, kun je ook proberen dit tegen te gaan met medicijnen. Patiënten met een hersentumor komen overigens vaak als eerste bij de neuroloog terecht. Zij worden bijvoorbeeld met hoofdpijn- of epilepsieklachten door de huisarts naar het ziekenhuis - en dus naar de neuroloog - doorverwezen. Na een CT-scan of MRI blijkt dan pas dat het om een hersentumor gaat."



Elk jaar krijgen in Nederland zo'n 1500 volwassenen een hersentumor. "Statistisch gezien is een kans van minder dan één op de 10.000 niet zo groot, maar de vooruitzichten zijn bij een hersentumor niet best. Als deze patiënten niet behandeld worden, overlijden de meesten binnen enkele maanden", weet Vecht. Genezing van een hersentumor is vaak niet mogelijk. "Dat weet je als specialist van tevoren. Dat betekent echter niet dat je niets voor de patiënt kunt doen. Het gaat erom zo lang mogelijk te voorkomen dat een patiënt steeds



minder kan. Bij de meest voorkomende groep hersentumoren overlijdt gemiddeld de helft van de patiënten na een jaar. Wij zien het als een overwinning als een patiënt, tegen de de oorspronkelijke verwachting in, na twee jaar nog in goede conditie is. Het is winst voor de patiënt en diens familie als hij langer normaal heeft kunnen leven dan je mocht verwachten en misschien wel gewoon heeft kunnen werken.”

De Novalis

Het MCH Westeinde heeft onlangs een Novalis-bestralingstoestel in gebruik genomen. Hiermee kan een hoge dosis straling tot op de millimeter nauwkeurig worden gegeven. Radiotherapeut Charles Niël: “Met

name voor bestralingen in het hoofd is het nieuwe apparaat geweldig, want de bestraling werkt hierbij nauwkeurig op de millimeter en is variabel in intensiteit per bestraald gebied. Het verruimt de mogelijkheden. We kunnen nu mensen behandelen die de neurochirurg niet behandelt vanwege een te groot risico bij operatie. De Novalis geeft niet alleen nieuwe mogelijkheden voor behandeling van kwaadaardige gezwellen op kritieke plaatsen in de hersenen maar ook voor mensen die problemen hebben met kluwens bloedvaten in de hersenen. Zo'n kluwen geeft een risico op hersenbloeding en operatie is niet altijd mogelijk.” Het MCH is het eerste algemene ziekenhuis in Nederland dat gebruik maakt van De Novalis.

gedragsveranderingen; dat men nog onrustiger wordt of dat bijvoorbeeld psychosen ernstiger worden.

Behandeling

Een ander verschil tussen de praktijk binnen GGZ Haagstreek en een regulier ziekenhuis is de behandeling van kanker. Het motiveren van een cliënt om deel te nemen aan de behandeling van zijn ziekte (kanker) is een belangrijk aandachtspunt. Zo gaan sommige psychiatrische cliënten niet graag naar een ziekenhuis, voor bijvoorbeeld chemotherapie of bestralingen, uit angst voor de behandeling of uit angst dat men niet meer terug zou kunnen keren naar de GGZ instelling. Bij cliënten, die zich niet willen laten behandelen met bestraling en chemotherapie, is de behandelend arts dus veel beperkter in zijn middelen. De weerstand om naar een ziekenhuis te gaan, beperkt dan ook de mogelijkheden voor het doen van onderzoek bij de cliënt. Overigens werkt de huisarts binnen GGZ Haagstreek altijd samen met de psychiater en de andere leden van het behandelteam, zowel tijdens het proces naar een diagnose als gedurende de behandeling van kanker.

Binnen de GGZ kan familie veel betekenen

*Wouter van der Meer,
GGZ Haagstreek*

Familie

De rol van de familie van de cliënt is ook een belangrijk aandachtspunt bij de behandeling van een psychiatrische cliënt met kanker. In het meest gunstige geval is de familie nauw betrokken bij de cliënt, wat zeker voorkomt binnen de praktijk van GGZ Haagstreek. In een dergelijke situatie kan de familie dan meebeslissen en feedback geven over de te volgen behandeling van de cliënt. Maar het komt ook voor dat de familie veel minder of in het geheel niet betrokken is bij het wel en wee van de cliënt. In dat geval is de arts aangewezene op het behandelteam om samen de juiste beslissingen te maken voor de cliënt. Het komt helaas voor dat familie absoluut niet gestoord wil worden tussen 23.00 en 7.00 uur, zelfs niet bij het overlijden van de cliënt, hun familielid. Vaak is het moeizaam om familie bij de behandeling van de cliënt te betrekken. Dat beperkt de arts in feite nog verder in zijn mogelijkheden.

Hoewel er geen specifiek en afgemeten beleid is over kanker bij GGZ Haagstreek, voorheen Stichting Robert-Fleury, zijn er toch een aantal belangrijke verschillen tussen de geestelijke gezondheidszorg en de reguliere gezondheidszorg. Het uitgangspunt is natuurlijk om psychiatrische cliënten dezelfde somatische zorg te bieden als elke andere cliënt, maar het ziektebeeld van de GGZ cliënt is veelal te individueel om daar een algemeen beleid op toe te kunnen passen. Een aantal belangrijke aandachtspunten binnen GGZ Haagstreek omtrent kanker, betreffen de diagnose, de behandeling en de rol van familie.

Diagnose

Een belangrijk aandachtspunt is het stellen van de diagnose. Er zijn cliënten die veelvuldig langskomen met diverse somatische klachten, inclusief kanker, terwijl een uitgebreid lichamelijk onderzoek geen resultaten oplevert. Het psychiatrische ziektebeeld veroorzaakt dan de somatische klachten.

Aan de andere kant van het spectrum

zijn er cliënten, die juist moeilijk te bereiken zijn voor het stellen van een diagnose. Zij geven bijvoorbeeld aan totaal geen last te hebben van somatische klachten. Het komt ook voor dat een cliënt eenvoudigweg niet graag langs komt bij een arts. Daarmee ontstaat dan het risico dat een arts de diagnose in een te laat stadium kan stellen, of zelfs helemaal niet. In die gevallen moet de huisarts alert zijn op

Multidisciplinair oncologisch overleg

Conny van Rijn,
HagaZiekenhuis

Het voorbeeld van het Hagaziekenhuis locatie Rode Kruis

Multidisciplinaire zorg is op verschillende manieren in te vullen. Een goed voorbeeld van een afdelingoverstijgende multidisciplinaire samenwerking is het oncologieoverleg in het Rode Kruisziekenhuis, elke woensdag van 13.30 tot 14.30 uur. De huisarts van de betreffende patiënt krijgt ook een uitnodiging om bij de bespreking aanwezig te zijn. Alhoewel het vaststellen van het behandelplan voor de betreffende patiënt het hoofddoel van de bespreking is, wordt ook stilgestaan bij zaken die voor de opleiding van aanwezige arts-assistenten belangrijk zijn.

Net als in Bronovo en MCH zijn ook hier meerdere disciplines betrokken. Jammer is dat het nog niet mogelijk is om met behulp van teleconferencing het overleg verder te verbreden door de deelname van andere partners in de regio.

Wanneer de patholoog tijdens zijn onderzoek een maligniteit vaststelt komt de patiënt op de lijst voor het overleg. Zo voorkomt men de onwen-

selijke selectie van de patiënten. Daarnaast kan elke specialist of arts-assistent een patiënt aanmelden voor het overleg. Zo kunnen ook de tussentijdse problemen gedurende de behandeling van de patiënt aan orde komen. Voor de vergadering voert de behandelde arts alle patiëntgegevens in een daarvoor ontwikkeld computerprogramma die bij bespreking op een scherm kunnen worden geprojecteerd. Dat geldt ook voor alle andere rele-

vante informatie, zoals foto's, preparaten enzovoort. Iedere arts voorziet zijn aandeel van de presentatie van commentaar.

De aanwezige deskundigen stellen met elkaar een behandelplan vast. Dit kan een geprotocolleerde behandelplan zijn of deelname aan een trial.

Wanneer een patiënt een tumor heeft die statistisch gezien weinig voorkomt, wordt tijdens het oncologieoverleg geen behandelplan overeengekomen maar vindt overleg plaats met een gespecialiseerd centrum. Daarop kan een verwijzing volgen.

Alle informatie, die tijdens de bespreking naar voren is gekomen en de afspraken die worden gemaakt, worden vastgelegd in het computerprogramma. Iedere behandelaar heeft daar toegang toe en kan zijn afspraken rondom de behandeling raadplegen. Een print kopie van het verslag gaat ook in de status van de patiënt.

Oncologiecommissie locatie Rode Kruis

Kankerrevalidatie

Programma Herstel & Balans bij PsyQ in Den Haag

Rosetta van der Kleij,
PsyQ

Herstel & Balans

Kanker is een ingrijpende ziekte waar vaak langdurige en intensieve behandelingen op volgen. Vaak is het moeilijk of onmogelijk om de draad weer op te pakken. Het kankerrevalidatieprogramma Herstel & Balans biedt steun bij het vinden van een nieuw evenwicht en het werken aan herstel. De

ervaring leert dat het programma door de deelnemers als positief wordt ervaren. Met name de steun van lotgenoten en de mogelijkheid ervaringen met elkaar te delen wordt erg gewaardeerd. Het programma is een aantal jaar geleden ontwikkeld door de Stichting Herstel & Balans. In Den Haag wordt het uitgevoerd door PsyQ Somatiek en

Psyche. Per keer nemen zo'n 12 deelnemers deel. Het programma duurt drie maanden en omvat twee dagdelen per week. Gedurende deze periode wordt in groepsverband gewerkt aan lichamelijk, geestelijk en sociaal herstel. Er worden verschillende onderdelen gegeven die hieronder worden toegelicht.

Programma onderdelen van Herstel & Balans

Fysiotraining

Fysiotraining is gericht op het vergroten van spierkracht en lichamelijke conditie. De training is onder begeleiding van een fysiotherapeut en wordt uitgevoerd op kracht- en conditie apparatuur.

Sport en Spel

Dit bewegingsprogramma bestaat uit sport en spelactiviteiten en wordt uitgevoerd in een sportzaal. De activiteiten richten zich onder andere op conditionele vaardigheden, balans en coördinatie en het leren doseren van het uithoudingsvermogen. Een thema is het (h)erkennen van grenzen en de manier waarop deelnemers hiermee omgaan. Plezier en enthousiasme staan bij het sporten centraal.

Psycho educatie

In het psycho-educatieve onderdeel bespreken wij voor deelnemers relevante onderwerpen in het kader van het herstel en het hervinden van een nieuw evenwicht na kanker. Onderwerpen die aan bod kunnen komen zijn bijvoorbeeld de lichamelijke, psychische, relationele en maatschappelijke gevolgen van kanker en

de manieren waarop kanker verwerkt is of kan worden. Na een korte inleiding zal steeds het groepsgebesprek centraal staan en is er uitgebreid gelegenheid om ervaringen uit te wisselen. Daarnaast wordt in deze groep aandacht besteed aan ontspanningstechnieken.

Vermoeidheid na kankergroep (aanvullend onderdeel van PsyQ)

Dit onderdeel valt niet in het Herstel & Balans programma, maar kan indien gewenst aanvullend worden gevolgd.

Vermoeidheid is een veel gehoorde klacht na kanker. In dit onderdeel zal gekeken worden naar de instandhoudende factoren van vermoeidheid en het streven is om veranderingen teweeg te brengen in het activiteitenpatroon en gedachten die de vermoeidheid ongunstig beïnvloeden.

Kosten, deelname en locatie

Voorafgaand aan deelname vindt een intakegesprek plaats. Tijdens dit gesprek worden de voorgaande behandeling en de resterende klachten besproken. Daarnaast wordt wederzijds bekeken of deelname een juiste keuze is. Herstel & Balans wordt ver-

goed uit de AWBZ. Het programma start drie maal per jaar, in januari, april en september. De eerst volgende groep is van 10 januari tot 6 april 2006, wekelijks op dinsdag en donderdag. De locatie is Lijnbaan 4 (naast ziekenhuis MCH).

Andere begeleidingsmogelijkheden voor (ex-) kankerpatiënten bij PsyQ

Mochten er na het volgen van Herstel & Balans nog behoefte zijn aan steun, dan biedt PsyQ o.a. de mogelijkheid tot het volgen van individuele psychologische gesprekken, creatieve therapie en sportbegeleiding. Deze begeleidingsvormen zijn eveneens mogelijk voor mensen die niet in aanmerking komen voor Herstel & Balans, bijvoorbeeld omdat de medische behandeling nog gaande is.

*Meer informatie: Voor vragen en aanmelding kan men zich wenden tot Rosetta van der Kleij van PsyQ Somatiek en Psyche,
T: 070-3918353 / 06 22060945,
E: r.van.der.kleij@psyq.nl,
I: www.psyq.nl, www.herstelenbalans.nl.
Voor Zoetermeer: Sandra Bom,
T: 079 3295950.*

Kanker moet ander imago krijgen

Overlevers van kanker blijven vaak chronisch ziek

Binnen de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) werken 24 patiëntenorganisaties samen. Zij geven steun en informatie en komen op voor de belangen van (ex-)kankerpatiënten en hun naasten in zorg en maatschappij. NFK en patiëntenorganisaties ontvangen voor hun activiteiten subsidie van KWF

Kankerbestrijding. Oud-minister van Volksgezondheid dr Els Borst-Eilers is voorzitter van de NFK.

Wie kanker heeft overleefd, pakt niet zomaar de draad weer op. Dit blijkt uit onderzoek dat NIVEL deed in opdracht van de NFK naar de situatie van mensen die korter of langer geleden kanker hebben gehad. Overlevers

van kanker komen nog veel barrières tegen in hun leven na de ziekte. De NFK pleit daarom voor een verandering van het imago van kanker en voor betere voorzieningen voor overlevers.

Overlevers van kanker worden vaak

beschouwd als weer gezond en zelf zien zij zich ook het liefst zo. Ondertussen houden ze vaak last van de gevolgen van hun ziekte. Uit het NIVEL-onderzoek blijkt dat ze wat betreft gezondheidsproblemen en hun financiële situatie vergelijkbaar zijn met chronisch zieken, zoals hartpatiënten of mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat als reuma. (Ex-)kankerpatiënten krijgen echter niet dezelfde erkenning daarvoor en er zijn minder voorzieningen om hen te steunen in hun terugkeer naar werk en om zo normaal mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. De NFK stelt daarom dat het overlevers van kanker net als andere chronisch zieken mogelijk moet worden gemaakt om in

maatschappelijk en financieel opzicht een zo goed mogelijk leven te leiden. In de gezondheidszorg en ook in de maatschappij wordt er nog niet genoeg rekening mee gehouden dat kanker weliswaar minder vaak fataal is maar dat ex-patiënten toch niet meer de oude worden.

Overlevers van kanker hebben net zoveel last van vermoeidheid en van andere gezondheidsklachten als andere chronisch zieken, blijkt uit het NIVEL-onderzoek. Die klachten belemmeren hen om volledig aan het maatschappelijk leven deel te nemen. (Ex-)kankerpatiënten zijn vaak wel aan het werk, constateerden de onderzoekers, maar voor een kleiner aantal uren dan voor hun ziekte. Ze verdienen gemiddeld een paar honderd euro per maand minder. Tegelijk hebben ze meer uitgaven aan ziektekosten naast hun ziektekostenverzekering dan

gezonde Nederlanders. Ze kunnen die kosten aftrekken van hun inkomstenbelasting, maar lang niet altijd doen ze dat ook. Als gevolg van hun ziekte moeten ze vaker naar de dokter, maar ze krijgen niet altijd adequate zorg vanwege de onbekendheid van met name huisartsen met specifieke klachten als gevolg van de kanker, zoals vermoeidheid.

Nu uit onderzoek is gebleken dat overlevers van kanker vergelijkbaar zijn met chronisch zieken, vindt de NFK dat zij ook als zodanig moeten worden behandeld door de wetgeving, door zorgverzekeraars en door artsen. Ook KWF Kankerbestrijding signaleerde al dat kanker een chronische ziekte is geworden. De NFK maakt zich sterk voor structurele vergoeding door zorgverzekeraars van revalidatie voor kankerpatiënten, zoals die al bestaat voor hartpatiënten. Ze vraagt politieke

beleidsmakers meer aandacht te hebben voor arbeidsongeschiktheid als gevolg van kanker. De meeste overlevers van kanker werken vanwege hun ziekte in deeltijd en dreigen er financieel op achteruit te gaan als de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wegvalt bij het ingaan van de nieuwe Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) per januari 2006. Door de strengere herbeoordeling zullen er (ex-)kankerpatiënten zijn die voor een hoger percentage worden goedgekeurd dan zij in de praktijk aankunnen. Om overlevers van kanker te helpen om optimaal deel te nemen aan het maatschappelijk leven, pleit de NFK voor ondersteuning op maat bij reïntegratie.

Bron: persbericht NFK 12 september 2005

“Laat mij maar thuis”

Wil van Veen,
Den Haag Transmuraal

Gespecialiseerd verpleegkundig team actief in de palliatieve thuiszorg

Oost-West, thuis best. Wie kent de uitdrukking niet? Voor veel mensen geldt dit ook in een periode van ziek-zijn, zeker ook als sprake is van niet-beter-worden. “Laat mij maar thuis” of “laat mij maar naar huis gaan” is dan een vaak gehoorde wens. In toenemende mate is het ook mogelijk om als ernstig zieke patiënt met nog een korte of een langere levensverwachting thuis te verblijven en professionele zorg te krijgen. Vanuit verzorgend en verpleegtechnisch perspectief is de zorg vaak goed te regelen en daarmee kunnen veel patiënten met de noodzakelijke ondersteuning thuis vertoeven. Dit artikel geeft u enig inzicht in de mogelijkheden.

Hans Zelen en Annet Kiela maken deel uit van een acht-mens-sterk verpleegkundig team van Meavita thuiszorg. Ze vormen samen het specialistisch verpleegkundig team oncologie. Hun specialisatie ligt op het terrein van het medisch technisch handelen, met

name op het gebied van de voorbehouden handelingen zoals die in de Thuiszorg voorkomen en zoals de wet BIG het omschrijft: bekwaam zijn in door regelmatig doen. In het team bevinden zich gespecialiseerde verpleegkundigen oncologie, hematologie en kindzorg. De verpleegkundigen

bemannen ook de Helpdesk voor palliatieve terminale zorg Haaglanden, waarover u in het artikel over 8 oktober, de dag van de palliatieve zorg, meer kunt lezen

Palliatieve zorg blijkt een belangrijk deel van het werk van het specialistisch verpleegkundig team te zijn. Hans: “Onze klantenkring is gevareerd, van 0 tot 105 jaar oud. Het grootste deel van het werk bestaat echter uit oncologische patiënten. Het gaat dan niet louter om uitbehandelde patiënten, want juist in de sfeer van de behandeling is steeds meer mogelijk. Zo worden bepaalde cytostatica, de zogenaamde chemokuur, tegenwoordig ook thuis toegediend. Natuurlijk is die toediening gebonden aan strikte regels, veiligheidsmaatregelen, maar het komt steeds vaker voor. Heel veel patiënten ervaren deze mogelijkheid als een prettige en minder belastende oplossing die de geregelde gang naar het ziekenhuis



In het team bevinden zich gespecialiseerde verpleegkundigen oncologie, hematologie en kindzorg.

voor de chemokuur uitsluit.” Vanuit de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. is op dit ogenblik een project gaande in samenwerking met de specialisten van het Medisch Centrum Haaglanden en het specialistisch verpleegkundig team om te bekijken welke kuren thuis toegediend kunnen worden. In samenwerking met Hagaziekenhuis Leyenburg verzorgt het team ook bloedtransfusies thuis. Het toedienen van bloed is sterk geprotocolleerd en moet voldoen aan allerlei eisen voor toediening in het ziekenhuis. Toediening thuis gebeurt dan ook uiterst zorgvuldig. Veel medicatie voor de palliatieve zorg wordt geleverd door de Transvaalapotheek. Het specialistisch team werkt veel samen met deze apothekers, die specifieke deskundigheid op dit gebied hebben opgebouwd. De apothekers maken ook deel uit van het consultatieteam Haaglanden voor de palliatieve terminale zorg.

Apotheek Transvaal

De ‘hofleverancier’ van het gespecialiseerde verpleegkundige team is Apotheek Transvaal in de Kempstraat. Paul Lebbink is de apotheker. “Een paar maal in de week verzorgen wij de bereidingen van de standaardmedicatie ten behoeve van het team, maar evenzo zijn we in staat om op afroep specifieke medicatie te bereiden of te verzorgen.”



1) De apothekersassistente staat hier voor een een LAF-kast. De achterwand is geperforeerd en blaast steriele lucht naar voren. Zo wordt voorkomen dat bacteriën van de voorzijde de steriele ruimte kunnen binnenkomen. De assistente draagt een mondkapje en een haarnetje. Met een spuitbusje maakt zij de buitenzijde van een verpakking schoon.

2



2) Uit de schoon-
gemaakte verpak-
king komen twee
cassettes die
gevuld kunnen
worden met
infuusvloei-
stoffen.

5



5) En in de infuuscassette geperst. Nadat de cassettes opnieuw zijn verpakt, zijn ze gereed om afgehaald en ingezet te worden.

3



3) Drie flesjes met infuusmedicijn worden met een spuitbusje gereinigd.

4



4) De infuusvloei-
stof wordt uit het flesje gezogen

Ondersteuning eerste lijn

Uiteindelijk belanden veel van de patiënten die zorg ontvangen van het team toch in een terminale fase. Vanaf dat moment richt de aandacht zich vooral op pijnbestrijding. Het team is bekend bij de meeste huisartsen en wordt graag door hen ingezet. “Huisartsen weten inmiddels de weg”, zegt Hans. “Ze weten dat wij er verstand van hebben en snel kunnen reageren op een hulpvraag om pijnbestrijding. We hebben daartoe tal van pompjes en andere hulpmiddelen ‘op de plank’ staan. In overleg met de huisarts bepalen we de strategie”. “Wat ook belangrijk is”, vult Annet aan, “is dat wij de huisartsen behulpzaam zijn met de papieren rompslomp. We zijn daarin zo geroutineerd, voor ons is het een kleinigheid. Wij vullen de papieren in, faxen die naar de betreffende huisarts, die tekent voor opdracht en faxt de papieren terug.” Spoed krijgt hiermee een nieuwe dimensie en neemt de huisarts werk uit handen. Bovendien is het team meer geroutineerd in deze verpleegtechnische handelingen dan een huisarts die veel minder vaak naast het bed van een palliatieve terminale patiënt staat.

Op een voor huisartsen en medisch specialisten speciaal ontwikkelde geplastificeerde kaart staat het overzicht van het zorgaanbod van het specialistisch team. De kaart, formaat A5, zou deel uit moeten maken van de documentenmap van iedere huisarts. Want waarom moeilijk als het makkelijk kan. [1]

Hospice

Ook binnen een aantal hospices verleent het team zorg. “We verzorgen het verpleegkundig technisch handelen, geven adviezen, maar bemoeien ons niet met de overige zorg. We weten dat die in goede handen is”, zegt Annet. “Dat zelfde geldt ook de begeleiding van andere thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers. Onze instructies en richtlijnen zijn bedoeld als aanvulling op dat wat wij zelf doen. We willen niet treden in de zorg en verantwoordelijkheden van anderen. In die zin zijn wij louter facilitair en regelen de logistiek die bij onze zorg hoort”.

[1] De kaart is te bestellen via : het specialistisch verpleegkundig team
T:070 3795135, E: ogmthteam@tzdh.nl

Pijn en pijnbeleving in de palliatieve terminale zorg

Ria van Haaften,
Stichting Saffier

De locatie Preva, het somatisch verpleeghuis van de Stichting Saffier, heeft vanaf begin 2005 een Palliatieve Terminale Unit. Deze unit met de naam Opaal voorziet in de vraag naar goede palliatieve terminale zorg en heeft vijf bedden ter beschikking die continu bezet zijn. Cliënten kunnen op Opaal hun leven voltooien in alle waardigheid en eigenheid die bij hen past. Aandacht voor pijn en pijnbeleving zijn daarbij heel belangrijk.

In het kader van het thema oncologie in dit nummer van Den Haag Transmuraal, geeft verpleeghuisarts Petra van den Heuvel-Emmelot hier een toelichting over de wijze waarop binnen de Preva met pijn en pijnbestrijding wordt omgegaan.

Pijn

Pijn kan verschillende oorzaken hebben die zowel op het fysieke als op het psychische en het sociale vlak kunnen liggen. Pijn is een subjectieve beleving. Petra wijst in dit verband op de uitspraak van McCaffery in 1979: "Pijn is wat degene die pijn heeft, zegt dat het is".

De individuele situatie van de cliënt is maatgevend voor de wijze waarop de pijnbestrijding wordt afgestemd.

Systematische aanpak

Een effectief antwoord op de pijnbeleving van iedere afzonderlijke cliënt vraagt een systematische aanpak van betrokken artsen, verpleegkundigen

en verzorgenden.

Petra: "We hebben hiervoor binnen de Preva een goede aanpak ontwikkeld, zeker voor de cliënten op Opaal. Naast een uitgebreid lichamelijk onderzoek wordt aan de hand van een pijn-anamneselijst een analyse van de klachten gemaakt. Belangrijk is dat er ruim de tijd voor genomen wordt.

Immers, de cliënt moet vragen, angsten en beperkingen door pijn kunnen uitleggen en het gevoel hebben dat er geluisterd wordt. De pijn-anamneselijst wordt gehanteerd om de oorzaak van de pijn te achterhalen."

Vervolgens kan de pijnscorelijst worden gebruikt, deze is aangepast door Iris Schweinsberg, teamoudste van Opaal. De pijnscorelijst is gebaseerd op de VAS (Visuele Analoge Schaal). De VAS is een 10 centimeter lange lijn met een verdeling van 0 tot 10. De 0 staat voor geen pijn en de 10 geeft aan dat de pijn ondraaglijk is. Door het aangeven van de pijn op deze schaal wordt het verloop van de pijn inzichtelijk gemaakt en is ook het effect van interventie en gebruikte medicatie duidelijker. Tevens is de VAS een hulpmiddel in de communicatie tussen cliënt en arts/verpleegkundige/verzorgende.

Werkwijze

Bij de pijnscorelijst wordt dus de verdeling van 0 tot 10 aangehouden en vervolgens in kaart gebracht op een lijst waarop ieder moment van de dag (gedurende 1 week) de pijn kan worden gescoord. Er kan met vaste scoretijden worden gewerkt en ook met afwijkende tijden.

Petra legt uit dat de pijnscorelijst meer inzicht geeft in het pijnverloop. Je kunt constateren dat de pijn op bepaalde momenten, bijvoorbeeld tijdens de dagelijkse verzorging, toeneemt. Daar kun je dan gericht actie op ondernemen, zoals de pijnmedicatie hierop afstemmen of een andere

manier van verzorging toepassen. Ook kan gekeken worden of de fysiotherapeut en/of ergotherapeut ondersteuning hierbij kan bieden. Arts en cliënt kunnen aan de hand van de pijnscorelijst ook samen bespreken wat er gedaan kan worden om de pijn zoveel mogelijk te laten verminderen.

Geen pijn ?

Petra: "De uitspraak dat je tegenwoordig geen pijn meer hoeft te hebben, gaat niet helemaal op. Wel kunnen we de situatie zo draaglijk mogelijk maken. Het gaat daarbij niet alleen om lichamelijke factoren, maar ook bijvoorbeeld om de angst voor wat er gaat gebeuren. Bij de pijnmedicatie volgen we de WHO pijnladder. De eerste stap is paracetamol en uiteindelijk kunnen we als laatste stap ook morfine toedienen. Hierover is altijd overleg met de cliënt en de familie, want goede uitleg is noodzakelijk. Je vertelt dat het contact minder kan worden wanneer er morfine wordt gestart. Vaak zeggen mensen dat men het niet erg vindt, als iemand maar niet hoeft te lijden."

Soms blijkt de stap naar morfine te groot. Zowel cliënt als familie zien het dan als laatste stap en onomkeerbaar begin van het einde. Ook hier speelt weer de angst mee voor het onbekende.

Petra van den Heuvel kan niet genoeg benadrukken dat ook hier weer de communicatie met de cliënt en familie van het grootste belang is. Daar wordt dan ook op Opaal veel aandacht aan besteed door de medewerkers.