



Het Netwerk Palliatieve Zorg Midden- en Zuid-Kennemerland & Amstelland en Meerlanden heeft als doel de kwaliteit van en samenhang in het palliatieve zorgaanbod te bevorderen in beide regio's. Daarbij gaat het om de inzet van zowel professionele zorgverleners als vrijwilligers. In onze visie sluit palliatieve zorg aan bij de wensen van patiënten en hun naasten.

J A A R B E R I C H T

Jaarbericht van het Netwerk Palliatieve Zorg Midden- en Zuid-Kennemerland & Amstelland en Meerlanden

2017

De mogelijkheden om palliatieve zorg te krijgen zijn de afgelopen jaren verbeterd. Toch weten nog lang niet alle mensen die zelf of in hun directe omgeving te maken krijgen met een ongeneeslijke ziekte dat deze zorg bestaat. En ook bij zorgverleners is nog meer bekendheid nodig over wat palliatieve zorg kan betekenen voor de kwaliteit van leven in de laatste fase. In dit jaarbericht leest u wat het Netwerk voor Palliatieve Zorg in deze regio in 2017 heeft gedaan om hieraan bij te dragen.

Met de diagnose 'u wordt niet meer beter' breekt voor een patiënt de palliatieve fase aan. Dat wil niet zeggen dat iemand zich op dat moment ernstig ziek voelt, maar genezen zit er niet meer in. Hoe lang de palliatieve fase duurt, verschilt per persoon. Gaandeweg worden bij veel mensen de klachten ernstiger. Toch is ook dan nog veel mogelijk om bijvoorbeeld pijn, benauwdheid of angst te verminderen. Bovendien draait palliatieve zorg niet alleen om het verlichten van lichamelijk lijden. Er hoort ook begeleiding op geestelijk vlak bij en ondersteuning voor de mantelzorgers. Het Netwerk Palliatieve Zorg is in 2017 gestart met het in kaart brengen van het traject dat mensen afleggen na de diagnose tot aan het sterven, om daarmee verbeterkansen te kunnen signaleren en aan te pakken. Het Netwerk voor Palliatieve Zorg is in 2017 gestart met het in kaart brengen hiervan om verbeterkansen te kunnen signaleren en aan te pakken. In 2018 wordt dit project voortgezet.

Kwaliteitskader gelanceerd

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil dat in 2020 iedere Nederlander gebruik kan maken van kwalitatief goede palliatieve zorg. Dat doel is een stap dichterbij gekomen met



de lancering van het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland', in oktober 2017. Het kader moet bijdragen aan de ontwikkeling van uniforme kwaliteitseisen voor palliatieve zorg. Het is opgesteld door vertegenwoordigers van patiënten en hun naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars. In 2018 ondersteunt het Netwerk de invoering van het kwaliteitskader via een themabijeenkomst.

Financiering

Gelijktijdig met het kwaliteitskader is de 'Handreiking financiering palliatieve zorg 2018' uitgebracht. Hierin staan de huidige mogelijkheden voor de financiering van palliatieve zorg in diverse zorgsituaties. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt uitleg gegeven over de verschillende regelingen.



TOEKOMSTPLANNEN VOOR HET NETWERK

In maart 2017 heeft het Netwerk een werkconferentie georganiseerd in de Gouden Zaal van de Hartekampgroep in Heemstede. De bijeenkomst was bedoeld om input te krijgen voor een meerjarenbeleidsplan. In een prettige,

open sfeer gingen de circa vijftig deelnemers met elkaar in gesprek over drie centrale vragen:

1. Wat hebben onze klanten nodig?
2. Hoe werken we samen?
3. Hoe zorgen we voor goede kwaliteit van zorg?

Sokkenshow

Na een inleiding met succesvolle voorbeelden van keten- en netwerk-samenwerking gingen de deelnemers aan de slag met 'De Sokkenshow', een humoristische opdracht met een serieuze ondertoon. De show stond onder leiding van Erik Steketee van de Processpecialisten, een bedrijf dat organisaties helpt processen beter te stroomlijnen. Gehuld in stofjassen werden de deelnemers voor even werknemers van het fictieve bedrijf 'De Gebroeders Sok'. Onder toenemende tijdsdruk maakten ze orders klaar voor de klant.

De sokkenshow leerde dat goede samenwerking staat of valt met heldere afspraken over taakverdeling en coördinatie. Ook structureel overleg draagt bij aan een soepel lopend proces. Verder is het voor de klant prettig om een duidelijk aanspreekpunt te hebben. Dat geldt voor cliënten en hun naasten, zo bleek tijdens drie workshops later in de middag. De resultaten van de werkconferentie vormen de input voor de vervolgstappen die het netwerk gaat zetten.



SYMPOSIUM: INTERCULTURELE PALLIATIEVE ZORG

Het jaarlijkse netwerksymposium vond plaats op 3 oktober in het Spaarne Gasthuis in Hoofddorp. Als thema was dit keer 'Interculturele palliatieve zorg' gekozen. De bijeenkomst begon met een vertoning van de film 'Ik heb een dokter in Marokko', waarbij ook de makers aanwezig waren. De film laat zien hoe mensen met een niet-westerse

achtergrond omgaan met ziekte en dood. De cultuur waarin iemand is opgegroeid blijkt daar grote invloed op te hebben. Op beslissende momenten in hun leven grijpen veel mensen terug op de rituelen en gebruiken die ze kennen uit hun jeugd. Moslim geestelijk verzorger Jamila Zacouri leidde een nabespreking over de film. De beelden en verhalen hadden bij de deelnemers veel emoties losgemaakt. Als afsluiting volgde een paneldiscussie over de gebruiken rond ziekte en sterven binnen met name de moslimcultuur. De conclusie van deze

educatieve avond luidde: sluit aan bij de belevingswereld van de patiënt, ieder individu is uniek.



Film bestellen?

De belangstelling voor het symposium bleek zo groot dat er helaas niet genoeg plek was voor iedereen die zich had

aangemeld. Wilt u de film alsnog zien, dan kunt u de dvd bestellen via www.dokterinmarokko.nl (€ 12,50 inclusief verzendkosten).

Training vrijwilligers

In oktober organiseerde Stichting STEM een interactieve training voor vrijwilligers en coördinatoren van Hospice Bardo en het Adamas Inloophuis. STEM staat voor STerven op je Eigen Manier. Deze stichting wil het taboe rond sterven doorbreken door onder andere zorgverleners te helpen bij het aangaan van gesprekken hierover met hun cliënten. Het Netwerk is vrijwilligers zeer dankbaar voor hun inzet voor palliatieve patiënten en ondersteunt daarom dit soort bijeenkomsten met een financiële bijdrage.

5 typen patiënten

Trainer Bert Buizert opende de avond met de vraag: wat is het beeld dat mensen hebben van de laatste levensfase? En... hoe kijk je er zelf naar? De 34 deelnemers gingen hier in groepjes op in aan de hand van een kaartspel. Het spel bracht diverse inzichten. Bijvoorbeeld dat waar de ene persoon veel waarde aan hecht in de laatste fase voor een ander geen enkele rol speelt. Daarom is het belangrijk goed te kijken naar de behoefte van de individuele patiënt. Aan de hand van korte filmpjes vertelde de trainer dat er vijf typen mensen zijn die elk een andere benadering nodig hebben.

Hij vroeg de deelnemers in welk type zij zich herkenden en wat zij zelf prettig zouden vinden in de palliatieve fase. Dat inzicht helpt om voor iedere patiënt een benadering te kiezen die aansluit bij hem of haar als persoon. Meer over het werk van de stichting is te vinden via www.stichtingstem.info.



UIT de praktijk

Door ervaringen uit te wisselen kunnen zorgverleners van elkaar leren. Het Netwerk organiseert daarom ieder jaar casuïstiek-besprekingen over palliatieve zorg, samen met verpleegkundig specialisten uit de ziekenhuizen in de regio. Een korte terugblik op twee bijeenkomsten in 2017:

Formele versus informele zorg

Welke zorgverleners zijn allemaal betrokken bij palliatieve zorg voor een patiënt? In deze bijeenkomst was dat de openingsvraag. Afhankelijk van waar iemand

verblijft – thuis, in een ziekenhuis, hospice of verpleeghuis – zijn dat bijna altijd verschillende organisaties. Dat betekent dat er afstemming nodig is. Aan de hand van een casus werd besproken tegen welke knelpunten patiënten en zorgverleners aanlopen. Het welbevinden van de patiënt moet voor alle zorgverleners het uitgangspunt zijn. Vanuit die basis zijn de volgende aandachtspunten belangrijk:

- alle zorgverleners volgen hoe het gaat met de patiënt en sluiten aan bij zijn of haar behoefte

- alle zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het signaleren van knelpunten, het vaststellen van de oorzaak daarvan en het aandragen van verbeteringen
- zorgverleners rapporteren helder over hun eigen bevindingen en staan open voor de bevindingen van de andere betrokkenen
- het is aan te bevelen dat zorgorganisaties onderling richtlijnen ontwikkelen om samenwerking te stimuleren en evalueren

Tijdens de bijeenkomst is ook besproken hoe zorgverleners ondersteuning kunnen bieden aan mantelzorgers. Een van de opties is de inzet van vrijwilligers van een hospice. Yvonne Boots, coördinator

bij Stichting Hospice Groep Haarlem, gaf aan welke taken een vrijwilliger op zich kan nemen en hoe de aanvraag voor deze ondersteuning loopt. De bijeenkomst eindigde met het uitwisselen van ervaringen en het benoemen van verbeterpunten.

Patiënten met een verstandelijke beperking

Het eerste deel van de bijeenkomst ging over de theoretische insteek: wanneer is sprake van een verstandelijke beperking en welke niveaus van beperking zijn te onderscheiden? Als een patiënt niet volledig wilsbekwaam is, heeft dat ook gevolgen voor de palliatieve zorg, namelijk:

- bij beslissingen zijn verschillende zorgdisciplines betrokken
- afhankelijk van de beperking is iemand wel of niet in staat om voor zichzelf keuzes te maken

In het tweede deel van de bijeenkomst kwamen casussen aan bod van twee mensen die in een woongroep leefden toen voor hen de palliatieve fase begon. Van beide situaties werd besproken hoe beslissingen over de zorg waren genomen. De zogenoemde beslisschijf van het IKNL diende hierbij als

Basisscholing palliatieve zorg

Sinds september 2017 worden de basisscholingen voor alle netwerken in Noord-Holland en Flevoland georganiseerd vanuit de VUmc academie. Meer informatie hierover is te vinden op www.vumc.nl, onder 'basiscursus palliatieve zorg verpleegkundigen' of 'basiscursus palliatieve zorg verzorgenden'.



ondersteuning. De schijf helpt zorgverleners bij het nemen van besluiten in de palliatieve fase, met als uitgangspunt dat de wens van patiënt centraal staat en de besluitvorming transparant gebeurt. Na de bespreking gingen zorgprofessionals van ziekenhuizen en andere zorginstellingen met elkaar in gesprek over deze specifieke vorm van palliatieve zorg. Meer informatie over de beslisschijf is te vinden via www.iknl.nl onder 'beslisschijf'.

Als een patiënt niet volledig wilsbekwaam is, heeft dat ook gevolgen voor de palliatieve zorg

Kernbestuur van het Netwerk 2017



Marion, Ghislaine, Inge, Dora, Hans en Esther

fotografie: Elisabeth Beelaerts van Inbloeifotografie.nl

Bij het Netwerk Palliatieve Zorg in deze regio zijn 35 organisaties aangesloten. Het kernbestuur bestaat uit vertegenwoordigers van een aantal deelnemers. Zij stellen zich in dit jaarbericht voor:

Dora van den Berg, voorzitter (strategisch adviseur zorg bij Zorgbalans)

'Sinds ik bij Zorgbalans werk, ben ik vanuit diverse functies betrokken bij het palliatieve netwerk. Palliatieve zorg is onlosmakelijk verbonden met ouderenzorg.

Mensen op leeftijd zien zich dagelijks geconfronteerd met de eindigheid van het leven. Ze blikken terug op hun bestaan en denken na over hoe ze het laatste deel van hun leven willen invullen. Veel mensen hebben ondersteuning nodig bij het kenbaar maken van hun wensen. Op

dat vlak vervullen wij als zorgaanbieders voor velen een belangrijke rol. Dat moet je gewoon goed doen.

Een uitdaging op het gebied van palliatieve zorg is voor elkaar krijgen dat mensen zorg en ondersteuning ontvangen op de plek waar ze die nodig hebben en ook op het gewenste moment. Dat vereist samenwerking tussen allerlei partijen. En die samenwerking moet zo naadloos aansluiten dat de persoon in kwestie er geen enkele hinder van heeft.'

Esther Vink, voorzitter van de regiegroep Midden-Kennemerland (directeur bij De Zorgspecialist)

'Onze organisatie verleent veel palliatieve zorg. Onze manier van werken, waarbij we een team van medewerkers samenstellen rond een cliënt, biedt vaak precies waar mensen naar op zoek zijn in hun laatste levensfase. Dat luistert nauw; vanaf de start gaat het erom dat de zorg niet alleen deskundig is, maar ook past bij iemands normen, waarden en leefwereld. "De kleur van het behang kunnen aannemen", typeert dat mooi.

Toen mijn beste vriendin overleed, heb ik uren moeten bellen om in het weekend de juiste dosering morfine te regelen. Nooit eerderervaarde ik de kloof tussen praten en doen als zo immens. Goede ketenafspraken zijn belangrijk, en daarnaast de wil van iedere zorgverlener om in elke situatie de afwegingen te maken die ervoor zorgen dat iemand zonder pijn het leven kan afsluiten, op een plek naar zijn of haar wens.'

Inge de Haan, voorzitter van de regiegroep Zuid-Kennemerland (manager Zorg bij De Hartekamp Groep)

'Mijn aandachtsgebied binnen de Hartekamp Groep is intramurale zorg. Dat vind ik best lastig soms in relatie tot het Netwerk Palliatieve Zorg, omdat veel ouderen of mensen in de palliatieve fase geen beperking hebben en zeker niet intramuraal wonen. Aan de andere kant heeft sterven bij mij altijd een speciale plek gehad. Op een waardige en zo prettig mogelijke manier de laatste fase van je leven "leven" en ook zo kunnen overlijden vind ik belangrijk. Het is bijzonder om daar als verpleegkundige deel van te mogen zijn.

Als grootste uitdaging zie ik de start van de palliatieve fase. Dat je daar op tijd bij bent en het proces goed vormgeeft. Zodat je mensen kunt bieden wat ze nodig hebben. En de vragen boven water krijgt die maken dat de palliatieve fase een goed proces wordt dat niet angstig, pijnlijk of eng hoeft te zijn.'

Marion Sonneveld, voorzitter van de regiegroep Meerlanden (directeur/bestuurder bij Hospice Bardo)

'In het netwerk streven we naar optimale samenwerking tussen zorgaanbieders.

Dat begint met elkaar goed kennen, kennis vergroten en weten waar de haperingen zitten in de keten. Daarom zijn we recent gestart met in beeld te brengen hoe mensen de palliatieve fase doorlopen, anders gezegd de *patient journey*. Palliatieve zorg is een relatief jong vakgebied waarin nog veel te ontwikkelen valt. Nog altijd is goede begeleiding en ondersteuning naar het levenseinde niet vanzelfsprekend. Veel mensen vinden het een moeilijk gespreksonderwerp en lang niet iedereen weet wat er mogelijk is. Daar ligt wat mij betreft de grootste opgave: meer openheid over wat er in de laatste levensfase gebeurt en hoe palliatieve zorg het verschil kan maken. Ook de versnippering op organisatorisch en financieel gebied blijft een hindernis. De samenhang binnen de zorg en samenwerking tussen zorgverleners kan nog beter.'

Hans van Willenswaard, voorzitter van de regiegroep Amstelland (manager behandel-dienst en GZ-psycholoog bij Zonnehuisgroep Amstelland)

'Sinds 2011 heeft de Zonnehuisgroep een eigen zorghospice. Ik ben nauw betrokken bij het reilen en zeilen daarvan. Als bestuurslid ben ik al een aantal jaren de

trekker van het lokale palliatieve netwerk in Amstelveen. Vanuit die rol houd ik me bezig met de vraag wat zo'n netwerk kan doen om cliënten te kunnen bieden wat ze vragen.

In verpleeg- en verzorgingshuizen en ook in de thuiszorg verschuift de zorg steeds verder richting de palliatieve fase. Daardoor staat deze al gauw in het teken van afscheid nemen van het leven. Binnen de palliatieve zorg zijn veel aanbieders actief, allemaal met hun eigen specialisme op een bepaald terrein. Het is belangrijk dat zij samenwerken om tot nog transparantere en professionelere zorg te komen. Zodat we de laatste levensfase kunnen vormgeven zoals de cliënt die voor ogen heeft.'

Ghislaine Mulder, netwerkcoördinator

'Toen ik in de zomer van 2017 als netwerkcoördinator begon, viel me de warme ontvangst op, zowel binnen het bestuur als bij alle regiegroepleden. Hoewel ik nog geen ervaring had in de palliatieve zorg, werd ik direct gegrepen door de gedrevenheid en het enthousiasme waarmee professionals en vrijwilligers patiënten en hun naasten begeleiden in de laatste levensfase. Dat inspireerde mij om in het netwerk te starten met het in kaart brengen van "de reis van de patiënt". Op deze manier krijgen we beter zicht op hoe de palliatieve fase verloopt én signaleren we welke kansen voor verbetering er zijn. In 2018 en daarna gaan we aan de slag met deze verbeteringen om zo de zorg voor palliatieve patiënten en hun naasten in deze regio verder te verbeteren.'

In elke nieuwsbrief van het netwerk vertelt een professional over palliatieve zorg. Dit zijn de interviews uit 2017:



Yvonne Zonneveld, wijkverpleegkundige bij Buurtzorg Nederland in Heemskerk.

‘De nieuwste inzichten en ontwikkelingen kennen’

Wat maakt Buurtzorg anders dan andere thuiszorg?

Yvonne: ‘Wij werken zelfsturend. Elk zorgteam bestaat uit ziekenverzorgenden en (wijk)verpleegkundigen. Zij doen grotendeels hetzelfde werk en regelen samen alles zelf.’

Waarom wilden jullie een training volgen over palliatieve zorg?

‘Elke drie maanden bespreken we met de teams in onze regio onderwerpen waar we in de praktijk tegenaan lopen. Palliatieve zorg is zo’n onderwerp. Als je dagelijks met mensen in de terminale fase te maken hebt, is het zinvol om de nieuwste ontwikkelingen en inzichten te kennen. Tijdens een regio-overleg waren diverse mensen enthousiast over een cursus. Toen heb ik budget aangevraagd en samen met de coördinator van het Netwerk

Palliatieve Zorg een docent en leslocatie gezocht. Inmiddels hebben bijna vijftig (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden de cursus gevolgd.’

Wat levert dat op?

‘Actuele en praktische kennis. We weten vanuit het dagelijks werk al veel, maar met zo’n scholing zet je de puntjes op de i. Iedereen in het team is zich weer bewust van wat comfort kan bieden in de terminale fase. Mensen eten en drinken dan vaak nauwelijks meer. Daardoor droogt hun mond uit en dat doet pijn. Met een gel die op speeksel lijkt verzacht je die. Als je toch al pijn hebt vanwege een ziekte, kan dat veel verschil maken. Voor mij was de fentanyl-spray nieuw. Die dien je toe via de neus waardoor het middel snel wordt opgenomen en de pijn direct afneemt.’

‘Het is goed om je af te vragen of een behandeling zin heeft’



Gerty de Klerk, internist-oncoloog en kaderarts palliatieve zorg in het Spaarne Gasthuis.

Hoe vaak heb je te maken met patiënten in de laatste levensfase?

Gerty de Klerk: ‘Ik denk dat ik vaker dan andere internisten ernstig zieke mensen behandel die niet lang meer te leven hebben. De diagnose “kanker” brengt dat met zich mee.’

Ben je daarom de opleiding tot kaderarts palliatieve zorg gaan volgen?

‘Ja. Ik vind oncologie een mooi vakgebied, maar het frustreerde me dat als de medische mogelijkheden ophouden je daarna niets meer voor iemand zou kunnen doen. Kwaliteit van leven vind ik belangrijk. Het is goed om je af te vragen of je een bepaalde behandeling wel

>>

moet doen, zeker als het gaat over chemotherapie met ernstige bijwerkingen. Wat voegt dat toe? Voor sommige mensen tijd – en die keuze mag je maken. Maar als ik een lijdensweg voorzie, ga ik het gesprek aan. Sommige patiënten ervaren dat als confronterend. Ik denk dat je alleen een goede beslissing kunt nemen als je weet wat je te wachten staat. Overigens kan een arts niet alles voorspellen. Soms kiezen we in overleg een minder voor de hand liggende weg.'

Hoe is de palliatieve zorg in het Spaarne Gasthuis georganiseerd?

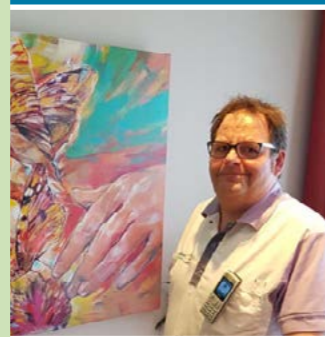
'We hebben een Team Ondersteuning Palliatieve Zorg met onder andere specialistisch verpleegkundigen, een longarts, geriater, geestelijk verzorger, pijnspecialisten en maatschappelijk werk. Vanuit al die invalshoeken kijken we naar patiënten en dat ervaren zij als waardevol. We zijn drie jaar bezig en het aantal consulten groeit snel. Overigens zien we lang niet iedereen, de specialist moet een consultaanvraag doen.'

Hoe kijken andere collega's naar palliatieve zorg?

'Er komt meer bekendheid, ook bij niet-oncologische afdelingen zoals Cardiologie en Neurologie. Op elke afdeling werkt een verpleegkundige die extra interesse heeft in palliatieve zorg. In het algemeen zie ik in Nederland het besef over de noodzaak van palliatieve zorg toenemen. Zo moeten alle oncologiecentra sinds dit jaar een palliatief team hebben. Verzekeraars tonen belangstelling omdat ze het nut van palliatieve zorg beginnen te zien, in de zin van geen overbodige behandelingen.'

Waar schort het nog aan?

'De financiering. Ziekenhuizen kregen tot voor kort geen budget voor palliatieve zorg. En in de praktijk wordt ons palliatieve team vaak pas ingeschakeld als mensen al terminaal zijn. Terwijl je zo veel meer voor iemand kunt betekenen als je eerder gaat begeleiden. Er is nog veel voorlichting nodig, toch heb ik goede hoop dat de aanhouder wint.'



Jan Willigenburg,
verpleegkundige in het
zorghospice van Zonnehuis
Amstelveen.

*'Kwaliteit van leven
gaat over de patiënt,
maar ook over de familie'*



Wat is het verschil tussen een zorghospice en regulier hospice?

Jan: 'Bij een regulier hospice is de financiering meestal geregeld vanuit particuliere fondsen. En hospices worden grotendeels gerund door vrijwilligers, de medische zorg kopen ze in. Een zorghospice in een verpleeghuis maakt deel uit van een zorginstelling. Daar verlenen verpleegkundigen de zorg. Verder geldt voor opname in een hospice als indicatie dat iemand binnen drie maanden overlijdt. Mensen die opknappen mogen meestal niet veel langer blijven. Wij kunnen de termijn vaker verlengen; soms blijft iemand een half jaar tot een jaar.'

Is het zo moeilijk in te schatten hoe lang de laatste levensfase duurt?

'Ja, dat verschilt sterk per persoon en ook de omstandigheden spelen mee. Mensen die we vanuit de thuissituatie opnemen, hebben soms te weinig voeding of zorg gehad. Krijgen ze die alsnog, dan sterken sommigen weer aan. Bij mensen met hartfalen komt dat zeker voor. Patiënten die vanuit het ziekenhuis bij ons komen zijn vaak al terminaal. Soms verhuist een bewoner vanuit het verpleeghuis naar onze unit, maar alleen als het op de afdeling niet meer gaat. We proberen te voorkomen dat mensen in de laatste fase nog worden verplaatst.'

De zorg in hospices staat hoog aangeschreven, die in verpleeghuizen niet. Hoe kijk jij daarnaar?

'Wij zijn gebonden aan de werkwijze en budgetten van het verpleeghuis. Desondanks denk ik dat we zogezegd "warme zorg" bieden, waarbij 24 uur per dag verpleegtechnische zorg is gewaarborgd. Iedereen in ons team heeft bewust gekozen voor de specialisatie palliatieve zorg. De kwaliteit van leven voor de patiënt staat centraal, maar je neemt ook de familie mee in het verhaal. Een groot deel van ons werk bestaat uit uitleggen wat er gebeurt.'

Wat gaat volgens jou goed in de palliatieve zorg?

'De grootste winst zie ik in het groeiende maatschappelijke besef dat palliatieve zorg complementair is aan medische zorg. De palliatieve fase maakt deel uit van iemands leven en van de mensen om hem of haar heen. Dat gaat verder dan kijken naar een patiënt die in bed ligt en niet meer beter wordt. Ik vind het goed dat daar meer aandacht voor is gekomen.'

Waar maak je je zorgen over?

'Het wetsvoorstel van D66 spreekt me in theorie aan – het idee dat je zeggenschap hebt over wanneer je leven voltooid is. Maar er schuilt een groot risico in. Dat mensen gaan denken dat je euthanasie op bestelling krijgt. Of dat de familie het naar vindt om een geliefde te zien lijden en de "schuld" bij de zorgverleners legt. Zo kan druk ontstaan om sneller een einde te forceren. Terwijl het lijden, hoe aangrijpend ook, deel is van een groter geheel. Juist in die laatste dagen ontstaat vaak bijzonder contact tussen mensen, zit de patiënt nog met levensvragen. Ik zou willen dat het daar vaker over gaat in de debatten.'



MEER WETEN?

Heeft u vragen of wilt u meer weten over de activiteiten van het netwerk? Neem dan contact op met de netwerkcoördinator Palliatieve Zorg via telefoonnummer 023 - 532 2151.

Ook op onze website vindt u meer informatie: www.netwerkpalliatievezorg.nl/noordhollandzuid



Amstelreek en Purmerend - Alkmaar en Landgraafhuizen

COLOFON

Tekst en redactie

Ghislaine Mulder
Het Schrijfwezen
(Ellen Meijer)

Ontwerp en productie

www.mstudioos.nl
(Mimi Sugarman)

© Copyright 2018

Dit jaarbericht is een uitgave van Bureau VBZ. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

