

Palliatie is geneeskunde!

Mijnheer de Rector Magnificus, overige leden van het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen, leden van de Raad van Bestuur van het UMCG, zeer gewaardeerde familie, vrienden, collega's en overige toehoorders,

Vijftig jaar geleden, in 1967, werd te Londen het St Christopher's Hospice geopend onder leiding van Dame Cicely Saunders. Hiermee stond zij aan de wieg van de palliatieve zorg zoals wij die nu kennen. Haar werk was een tegengeluid op het 'u bent uitbehandeld, we kunnen niets meer voor u doen' dat patiënten en naasten in die tijd vaak in ziekenhuizen te horen kregen. Jaarlijks komen vele zorgverleners vanuit de hele wereld naar St Christopher's om te ervaren hoe bijzonder deze instelling is. Ik heb dit ook zelf mogen meemaken in 2003 en later in 2006 toen ik daar een aantal weken meekeek in het kader van een persoonlijk fellowship van KWF Kankerbestrijding. De visie van Saunders is nog overal merkbaar:

"You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die."

In de 50 jaar sindsdien heeft binnen de palliatieve zorg een aantal grote veranderingen plaatsgevonden.

Ten eerste is de focus van symptoombehandeling verschoven naar een integrale behandeling waarbij vier domeinen - fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel - centraal staan.

Ten tweede gaat het niet meer alleen om zorg voor een patiënt, maar om zorg voor een patiënt en diens naasten.

Ten derde wordt palliatieve zorg nu meer en meer geïntegreerd in het ziekte-traject van een patiënt en gaat het niet meer alleen over de laatste levensfase.

En als laatste wordt palliatieve zorg ook geïntegreerd in de zorg voor patiënten met levensbedreigende aandoeningen zoals hartfalen, COPD en neurologische aandoeningen, waar zij van oudsher geassocieerd werd met patiënten met kanker.

Deze ontwikkelingen hebben geleid tot de huidige definitie van palliatieve zorg van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Deze luidt: 'Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten, en hun naasten, die te maken hebben met levensbedreigende aandoeningen, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering, zorgvuldige beoordeling en het behandelen van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.'

Tijdens mijn Master Palliative Medicine, die ik behaalde aan Cardiff University in het Verenigd Koninkrijk, werden de diagnose en behandeling van symptomen dan ook multidimensionaal onderwezen. Dat betekent dat naast het fysieke domein, ook de behoeften van de patiënt binnen de psychische, sociale en spirituele domeinen geïnventariseerd worden en dat het behandelvoorstel eveneens gebaseerd is op alle vier domeinen.

Recent is het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' verschenen. Eén van de beschreven ontwikkelingen in het visiedocument luidt: 'De relatie tussen patiënt en medisch specialist is in 2025 vooral gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit is meer dan alleen de behandeling van de ziekte. Veel meer dan nu het geval is, vraagt dit van de medisch specialist om een holistische benadering van iedere, unieke patiënt.' Daarnaast

wordt benoemd dat netwerkgeneeskunde ontwikkeld zal worden, zowel fysiek als digitaal. Binnen een zorgnetwerk worden de behoeften van een patiënt als uitgangspunt genomen, vanuit de gedachte dat verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt.

De parallellen met palliatieve zorg zijn opvallend.

Oud model palliatieve zorg



In de beginjaren van de palliatieve zorg zoals wij die nu kennen, werd dit model gehanteerd:

Na een traject gericht op genezing, kwam palliatieve zorg aan de orde als er geen ziektegerichte behandelingsmogelijkheden meer waren.

Dit model is jaren geleden vervangen door een model, dat de huidige visie op palliatieve zorg weergeeft.

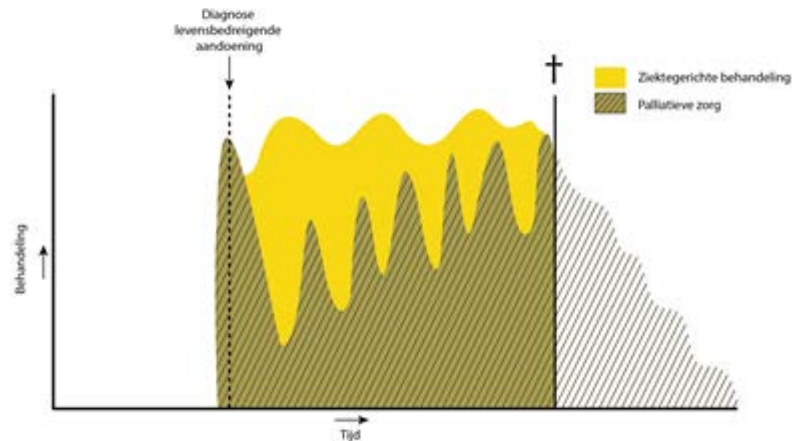
Huidig model palliatieve zorg



In dit model ziet u dat ziektegerichte en symptoomgerichte palliatie tegelijkertijd plaatsvinden, waarbij het accent in de loop van de tijd meer en meer op de symptoomgerichte palliatie ligt. De terminale fase en de nazorg worden apart aangegeven. In dit model komt het woord curatie niet meer voor en worden de vier domeinen van palliatieve zorg niet weergegeven. Aan de hand van dit model zou men kunnen afleiden dat palliatieve zorg pas begint als er geen curatieve behandeling meer mogelijk is.

Vandaag wil ik graag een aangepast model voorstellen.

Voorgesteld model



In het voorgestelde model wordt uitgegaan van de diagnose van een levensbedreigende aandoening. Op het moment dat de diagnose wordt gesteld, wordt gewoonlijk een ziektegericht behandelplan opgesteld. Een dergelijke diagnose zal echter vaak ook invloed hebben op het psychische en sociale domein en kan zingevingsvragen oproepen. Naast ziektegerichte behandeling kan ook symptoomgerichte behandeling nodig zijn. Deze 4 domeinen zijn in dit model weergegeven als palliatieve zorg. De palliatieve zorg richt zich niet alleen op de patiënt, maar ook op diens naasten. Dit is aangegeven door het gearceerde gebied.

Aan de hand van een patiënt wil ik laten zien hoe een inventarisatie van de vier domeinen de voorgestelde ziektegerichte behandeling kan beïnvloeden. Deze patiënt werd toen hij ruim 90 jaar oud was, opgenomen in verband met klachten van bloedarmoede. Er bleek sprake te zijn van een gastro-intestinale stromacel tumor oftewel een GIST, een weinig voorkomende vorm van kanker,

uitgaande van het maagdarmkanaal. Is de ziekte gelokaliseerd, dan bestaat de behandeling uit chirurgie. Als de tumor uitzaait was er tot begin deze eeuw geen effectieve behandeling. Rond de eeuwwisseling werd een nieuw middel – imatinib geheten- bij deze patiënten getest. Deze behandeling leidde tot spectaculaire resultaten!

Het voorstel was om onze patiënt te opereren. Dit zou echter een totale maagverwijdering betekenen, waardoor de kans op genezing weliswaar groot was, maar de kans op klachten dientengevolge ook. Deze patiënt woonde alleen, zijn partner was jaren eerder overleden, hij had goed contact met zijn kinderen. Hij genoot van de bezoeken aan vrienden in het westen van het land en had nog één wens: net zo lang van zijn pensioen genieten als dat hij had gewerkt! Na uitleg over de operatie en over behandeling met imatinib, werd hiermee gestart. Hij reageerde hier heel goed op. Het bloeden stopte, zijn bloedarmoede nam af, hij werd weer heel actief en kon terug naar zijn eigen huis. De jaren daarna was zijn kwaliteit van leven voor hem acceptabel, ook al werd zijn wereldje steeds beperkter. Op het moment dat hij net zo lang van zijn pensioen had genoten als hij had gewerkt, stelde hij voor om met de imatinib te stoppen, wetende dat de ziekte dan weer actief zou worden. Met de huisarts werd de symptoomgerichte behandeling afgestemd. Enkele maanden na zijn overlijden volgde een nagesprek met zijn kinderen waarin zij aangaven de behandeling en zorg voor hun vader als zeer passend bij zijn wensen te hebben ervaren. Het ging –gegeven de omstandigheden- goed met hen.

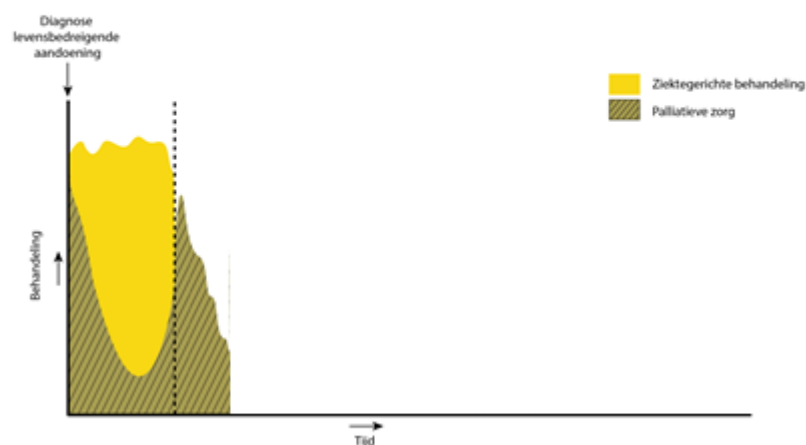
Aan de hand van deze patiënt wil ik duidelijk maken dat -ook al was er een curatief ziektegericht behandelplan mogelijk- er op basis van zijn wensen en behandeldoelen een palliatief behandelplan opgesteld is dat de kwaliteit van leven zo lang als wenselijk, zo goed mogelijk hield. Niet alleen het fysieke

domein, maar ook de psychische, sociale en spirituele domeinen vormden de basis voor zijn behandelplan.

Het model wat ik voorstel past goed bij ziekten waar geen genezing meer mogelijk is, waarbij het beloop van de ziekte lang, maar ook kort kan duren. Aangegeven is dat in de loop van de ziekteprogressie het accent minder en minder op de ziektegerichte behandeling kan komen te liggen. De momenten waarop er sprake is van een verzwaring van de ziektelast, zoals bij een opname in het ziekenhuis vanwege het verergeren van het hartfalen of een schub van multiple sclerose, zijn vaak de momenten waarop niet alleen de ziektegerichte behandeling geïntensiveerd wordt, maar patiënten en naasten ook meer behoefte aan palliatieve zorg hebben. In het model is dit aangegeven door de pieken in de palliatieve zorg.

Afhankelijk van de onderliggende diagnose en de behandelopties kan een behandeling genezend zijn. Daarom wil ik nog iets toevoegen aan het model:

Voorgesteld model



Indien een patiënt geconfronteerd worden met een levensbedreigende aandoening, zoals kanker of een opname op de intensive care in verband met een sepsis, behoort genezing vaak tot de mogelijkheden. Ook dan hebben patiënten en hun naasten vaak behoefte aan ondersteuning op psychisch, sociaal en/of spiritueel gebied. Deze behoefte is vaak sterk rondom het stellen van de diagnose, ebt weg tijdens de ziektegerichte behandeling, maar komt terug als deze behandeling afgerond is (aangegeven door de stippellijn). In de dagelijkse praktijk praten we over ondersteuning en revalidatie, maar het gaat om begeleiding in de fysieke, psychische, sociale en spirituele domeinen. Met andere woorden ook dit valt onder de WHO definitie van palliatieve zorg!

Palliatie is geneeskunde als palliatieve zorg beschouwd wordt als een integrale benadering van patiënten die met een levensbedreigende aandoening geconfronteerd worden. Een patiënt met een levensbedreigende aandoening heeft recht op zorg op alle vier de domeinen. In dat opzicht maakt het geen verschil of de ziektegerichte behandeling curatief of palliatief van intentie is. De kunst is om aan palliatieve zorg een invulling te geven die past bij het individu en het beloop van de onderliggende ziekte.

Aan de hand van het voorgestelde model, zal ik u in de rest van mijn rede vertellen hoe ik mijn visie op palliatieve zorg ga toepassen in de patiëntenzorg, onderwijs en opleiding en onderzoek.

De focus zal hierbij liggen op het vroegtijdig inventariseren van de behoeften aan palliatieve zorg en de toepassing ervan binnen alle vier de domeinen in de fase waarin ziektegerichte behandeling nog tot de mogelijkheden behoort. De zogeheten terminale fase en de fase van nazorg laat ik buiten beschouwing.

Patiëntenzorg, onderwijs en opleiding hangen nauw met elkaar samen en zal ik dan ook gezamenlijk adresseren.

In Nederland - in tegenstelling tot bijna alle andere Westerse landen - kennen wij geen apart specialisme 'palliatieve zorg arts'. In de eerste lijn zijn er goede voorzieningen, wat betreft de ondersteuning door zowel huisartsen als door verpleegkundigen in de laatste levensmaanden. In Nederland is er bewust voor gekozen dat alle zorgverleners een zekere basiskennis palliatieve zorg hebben, waarbij er palliatieve teams zijn die de generalist op het gebied van palliatieve zorg kunnen ondersteunen. Een aantal huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten heeft hiervoor een speciale opleiding gevolgd. Zij zijn zowel werkzaam in de eerste als in de tweede lijn en maken deel uit van de palliatieve teams in de ziekenhuizen en/of de consulent teams van Integraal Kankercentrum Nederland. Onze zorg is zodanig ingericht dat de meeste patiënten de zorg daar kunnen krijgen, waar zij deze wensen: thuis! Pas als je je verdiept in de situatie in andere landen, ontdek je hoe uniek en goed dit in Nederland geregeld is. De keerzijde is dat vroegtijdige palliatieve zorg nog geen gemeengoed is. Daarnaast is ook de vraag in hoeverre aandacht voor alle vier de domeinen van palliatieve zorg gerealiseerd is tijdens het ziekteproces van een individuele patiënt.

Net zoals elk ander ziekenhuis in Nederland, heeft het UMCG een multidisciplinair palliatief team. Om alle domeinen van palliatieve zorg goed te inventariseren is Jenke Geerling, verpleegkundig specialist, de spil van ons team. Binnen het team zijn de vier domeinen van de palliatieve zorg vertegenwoordigd: naast medisch specialisten voor de verschillende symptomen (zoals onder andere een anesthesist-pijnbestrijder, een longarts en een maagdarmliever-arts), zijn maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en een psychiater wekelijks bij het multidisciplinair overleg aanwezig. Ook de

eerste lijn is vertegenwoordigd door middel van een huisarts en verpleegkundigen van de thuiszorg. De visie van ons team is dat wij ondersteuning bieden aan de hoofdbehandelaar van een patiënt. Op verzoek komt de verpleegkundig specialist in consult. Tijdens een consult wordt informatie op alle vier de domeinen geïnventariseerd. Wekelijks worden alle patiënten die in consult gezien zijn, multidisciplinair besproken. Bij de bespreking wordt de behandelend arts in het UMCG uitgenodigd. Ook proberen we de eigen huisarts van een patiënt bij het overleg te betrekken.

Inventarisatie van de vier domeinen heeft vaak al door de bij een patiënt betrokken zorgverleners plaatsgevonden. Psychosociale karakteristieken, maar ook duidingen over zingeving zijn echter veelal moeilijk terug te vinden in het medisch dossier. Vaak vindt de verslaglegging van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgenden niet of niet in hetzelfde dossier plaats waar de dokters hun bevindingen noteren. Een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier zal hier ondersteunend in zijn. In het EPD zullen medisch-technische zaken goed vastgelegd worden, maar ook de andere drie domeinen kunnen eenduidig weergegeven worden om een geïntegreerd en relevant beeld te krijgen van elke patiënt.

Bij elk consult scholen wij de consultvrager om op deze wijze meer kennis over palliatieve zorg in te bedden.

Het aanvankelijke doel was om het palliatief team na een jaar of tien op te kunnen doeken! Niets is minder waar gebleken. In de loop der jaren zijn we niet alleen meer patiënten gaan zien, maar zijn de consultvragen ook ingewikkelder geworden. Dit alles heeft te maken met het prille stadium waarin palliatieve zorg zich nog bevindt. Van onbewust onbekwaam zijn zorgverleners steeds meer bewust onbekwaam. Pas als zorgverleners

(on)bewust bekwaam zijn, zal onze patiëntentaak afnemen. Het belangrijkste instrument om dit te bereiken is: Onderwijs & Opleiding.

Naast onderwijs, ligt de taak van ons team meer en meer bij het adviseren over de behandelingsmogelijkheden van moeilijk onder controle te krijgen symptomen en bij het multidisciplinair opstellen van een integraal behandelplan bij patiënten met problematiek op meer dan één domein.

Momenteel worden instrumenten, zoals de vraag of u verbaasd zou zijn als een patiënt binnen een jaar komt te overlijden, geïmplementeerd om patiënten die baat kunnen hebben bij palliatieve zorg te identificeren. Met deze vraag gaan we er nog steeds van uit dat palliatieve zorg is voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Zoals aangegeven, pleit ik ervoor om palliatieve zorg als een onderdeel van de zorg van elke patiënt met een levensbedreigende aandoening te zien. De problematiek binnen de palliatieve zorg van een patiënt en zijn naasten zal gedurende het ziektebeloop natuurlijk veranderen. Het is dan ook aan ons als zorgverleners om daar oog voor te hebben en daar op in te spelen.

Tijdens het beloop van een ziekte zullen er momenten zijn waarin de situatie van een patiënt betrekkelijk stabiel is. Daarnaast kenmerken de meeste ziektebeelden zich door een plotse verergering. Vaak moet er dan acuut besloten worden hoe te handelen. Als een patiënt, zijn naasten en de betrokken zorgverleners niet op een bepaalde gebeurtenis voorbereid zijn, zal er meestal eerst gehandeld worden. Bijvoorbeeld wanneer een erg benauwde patiënt met ernstig hartfalen per ambulance naar het ziekenhuis wordt gebracht. Een dergelijke episode zou een goede aanleiding kunnen zijn om met de patiënt en de familie de verwachtingen en wat te doen bij een volgend

acut moment te bespreken. Deze aanpak wordt proactieve zorgplanning genoemd.

Naar aanleiding van het ZonMw programma 'Palliantie. Meer dan zorg!' zijn er in Nederland 7 consortia palliatieve zorg ingericht.

Consortium Ligare



Consortium Ligare is een samenwerkingsverband van Zorgbelang, Integraal Kankercentrum Nederland, het Expertisecentrum Palliatieve Zorg, gesitueerd in het UMCG en de 18 palliatieve zorgnetwerken in de regio Noordoost. In een palliatief zorgnetwerk werken organisaties, waaronder hospices, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en huisartsen samen om voor een individuele patiënt en diens naasten palliatieve ketenzorg te realiseren en optimaliseren.

Binnen ons consortium wordt proactieve zorgplanning breed uitgedragen. Proactieve zorgplanning is een hulpmiddel om de informatie die bekend is bij een patiënt en diens naasten ten aanzien van aanwezige en te verwachten

problemen te bundelen. Ook kunnen wensen en doelen van een patiënt vastgelegd worden.

Door de implementatie van proactieve zorgplanning is er bij de betrokken zorgverleners meer bewustwording ten aanzien van palliatieve zorg ontstaan. Nu wordt deze niettemin nog vooral geïnitieerd bij patiënten in hun laatste levensweken. Gebaseerd op het eerder voorgestelde model, kan al met proactieve zorgplanning gestart worden in een eerder stadium van een ziekte. Artsen en verpleegkundigen zullen geschoold moeten worden om dit bij alle levensbedreigende aandoeningen en in een vroeger stadium te initiëren.

Aan de hand van ingevulde proactieve zorgplannen hebben wij vastgesteld dat proactieve zorgplanning goed ingebed is op de diverse afdelingen van deelnemende ziekenhuizen. In de loop der jaren neemt het aantal patiënten dat een dergelijk document mee naar huis krijgt toe. Ook is vastgesteld dat het fysieke domein, waarbij zowel de huidige als de te verwachten problemen benoemd worden, goed omschreven wordt. De psychische, sociale en spirituele domeinen blijven hier nog ver bij achter. Of dit komt doordat er minder problemen op deze domeinen bestaan of dat ze minder vaak gesignaleerd worden, is onduidelijk. Het onderwijs zal er in elk geval op ingericht worden om zorgverleners te ondersteunen in het inventariseren en het zo nodig adviseren ten aanzien van deze domeinen.

In Nederland wordt elke zorgverlener verondersteld generalist op het gebied van palliatieve zorg zijn. Om dit te realiseren is scholing nodig. Niet alleen als na- en bijscholing, maar ook in de basiscurricula. Momenteel wordt een landelijk project uitgewerkt om palliatieve zorg in het curriculum van de studie geneeskunde te borgen. Mijn eigen ervaring in de begeleiding van studenten, coassistenten, arts-assistenten en artsen is dat in het basiscurriculum een

signaal afgegeven kan worden. Pas als iemand bekwaam is om een diagnose met een behandelplan op te stellen, kan er ruimte komen voor aspecten die onder palliatieve zorg worden verstaan. Binnen de opleiding tot internist in onze regio is onderwijs over dit onderwerp dan ook ingebed in het 3^e en 4^e jaar van de opleiding. De AIOS zijn er in hun werk mee in aanraking gekomen en kunnen aan de hand van hun eigen ervaringen hun competenties verder uitbouwen. Het zou prachtig zijn als scholing op het gebied van palliatieve zorg onderdeel wordt van de opleiding tot medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde en huisarts. Die scholing moet niet alleen gericht zijn op het fysieke domein, maar ook op de andere. Idealiter is er een samenspel tussen patiënt, naasten, huisarts en medisch specialist en alle andere betrokken zorgverleners over de situatie, waarop de behandelingsmogelijkheden worden afgestemd.

Als internist-oncoloog ligt het zwaartepunt van mijn werk bij de patiënt met kanker. Het zal u ook niet verwonderen dat het fysieke domein mij als arts het meest vertrouwd is. Dit is ook merkbaar in het onderzoek dat ik tot op heden heb verricht.

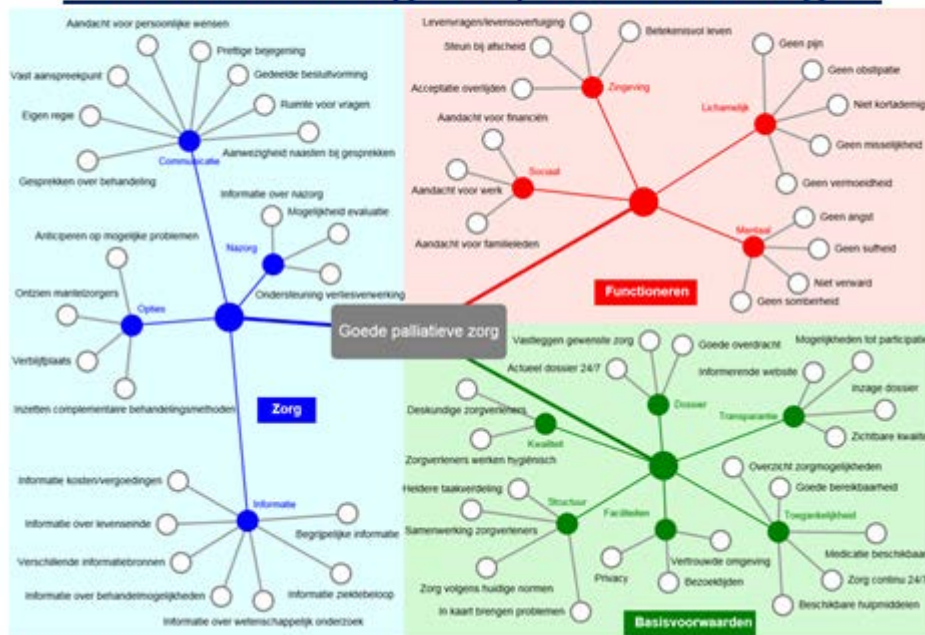
Dit onderzoek betrof onder andere de behandeling van pijn van patiënten met botmetastasen, smaakveranderingen ten gevolge van chemotherapie, maar ook het psychosociale welbevinden van vrouwen tijdens en na behandeling voor borstkanker.

De focus van mijn onderzoek de komende jaren zal komen te liggen op vroegtijdige palliatieve zorg bij andere levensbedreigende aandoeningen dan kanker, zoals hartfalen, longziekten en dementie. Daarnaast ligt het accent op integratie van alle vier de domeinen van palliatieve zorg in het behandelplan van een patiënt en diens naasten.

Deze maand zal het project 'Als niet alles is wat het lijkt' van start gaan. Daarin wordt een digitale leerwerkplaats ontwikkeld waarmee dertig organisaties binnen het consortium Ligare hun zorgverleners gaan scholen om zingeving bespreekbaar te maken. Onderzocht zal worden of de competenties van zorgverleners toenemen en of patiënten en hun naasten meer aandacht voor het spirituele domein ervaren.

In de huidige richtlijnen palliatieve zorg wordt voor elk symptoom apart beschreven hoe dit te inventariseren en wat er voor mogelijke behandelopties zijn. De meeste patiënten ervaren echter meer dan één symptoom tegelijk, waarbij deze symptomen nog vaak niet multidimensionaal in kaart worden gebracht. Om generalisten op het gebied van palliatieve zorg te ondersteunen zal een hulpmiddel ontwikkeld gaan worden namens alle Expertisecentra Palliatieve Zorg in Nederland. Dit hulpmiddel heeft tot doel om veel samen voorkomende klachten multidimensionaal te inventariseren en tot een behandelplan te komen dat zo veel mogelijk problemen tegelijkertijd adresseert.

Zoals aan het begin van mijn rede aangegeven, wordt de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland als goed gewaardeerd. Dit blijkt uit de internationaal opgestelde Quality of Death index van 2015. Het is goed om ons te realiseren dat deze index iets zegt over hoe palliatieve zorg op de nationale agenda staat. De index zegt minder over de ervaren en geleverde kwaliteit van zorg aan het individu. Graag vraag ik uw aandacht voor een website die gisteren live is gegaan: www.uwmeningoverpalliatievezorg.nl.



Gebaseerd op alle indicatoren die iets kunnen zeggen over de kwaliteit van palliatieve zorg is deze health fan gemaakt. Alle vier de domeinen van palliatieve zorg zijn hierin terug te vinden. Iedere burger mag aangeven wat volgens haar/hem de 8 belangrijkste items zijn. Mede op basis hiervan zal een minimale set van indicatoren ontwikkeld worden om de kwaliteit van Nederlandse palliatieve zorg te inventariseren. Hierbij is het nadrukkelijk de bedoeling om deze indicatoren uit de bestaande registratiesystemen te kunnen halen, zodat er zeker niet meer registratielast komt.

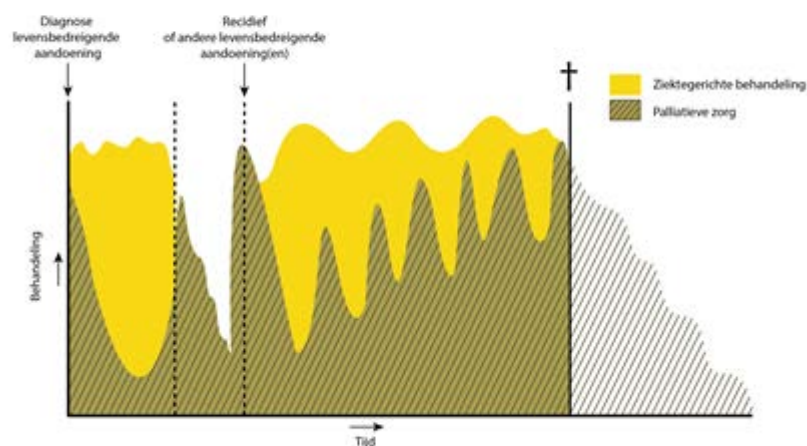
Het nadeel van de Nederlandse inbedding van palliatieve zorg is dat er geen wetenschappelijke vereniging is die een wetenschapsagenda op kan stellen. ZonMw voorziet daar momenteel in via het programma 'Palliatie. Meer dan zorg!' Dit is echter maar ten dele een onderzoeksprogramma en loopt tot 2020.

Hoe daarna verder te gaan?

De acht Expertisecentra Palliatieve Zorg in ons land willen samen een stichting realiseren, gericht op palliatief zorgonderzoek. Dit in navolging van de

thematische aanpak van klinisch onderzoek binnen de verschillende tumortypen, zoals bijvoorbeeld de Dutch Colorectal Cancer Group en de Dutch Gynecological Oncology Group. Samen met onderzoeksgroepen die gericht zijn op specifieke tumortypen danwel ziektebeelden zal onderzoek naar symptoommanagement gerealiseerd worden. De multidimensionale inventarisatie en behandeling van bijvoorbeeld pijn bij hartfalen of bij kanker kent meer overeenkomsten dan verschillen; samenwerking zal ons versterken. Daarnaast zal deze stichting ook in gesprek gaan met alle belanghebbenden om enerzijds tot een wetenschapsagenda te komen, en anderzijds om na te gaan hoe deze organisatorisch en financieel te realiseren is. De ruime ervaring van onder andere de Hartstichting, de Nierstichting en vele anderen zal hierbij zeker ter harte worden genomen.

Voorgesteld model



De tijd is gekomen om palliatieve zorg te beschouwen als een onderdeel van de geneeskunde voor elke patiënt die geconfronteerd wordt met een levensbedreigende aandoening én voor diens naasten. Palliatieve zorg houdt in dat er naast aandacht voor het fysieke domein ook aandacht is voor de

Oratie An Reyners; uitgesproken op 16 mei 2017 aan de RUG

psychische, sociale en spirituele domeinen. Hoe dit in te richten is DE uitdaging van dit moment. Om deze veranderende visie op palliatieve zorg uit te dragen en te realiseren, zijn onderwijs en opleiding binnen curricula van alle zorgverleners noodzakelijk om generalisten te scholen op het gebied van palliatieve zorg. Daarnaast is het opzetten en uitvoeren van onderzoek, ziekte overstijgend, onontbeerlijk om de beste zorg voor onze patiënten en hun naasten in de toekomst mogelijk te maken. Hier zal ik mij de komende jaren voor inzetten. Ik heb gezegd.