

# Driedeling

## Wanneer ben je generalist, specialist of expert?

Wanneer ben je een generalist, een specialist of een expert in de palliatieve zorg, en waar liggen de grenzen tussen deze drie? Wat merkt de patiënt van deze driedeling en hoe uit deze zich in de praktijk? Pallium vroeg het drie deskundigen.

Door Hester Zitvast

**Jannie Oskam**

*Lid van de patiënten/naastenraad van het consortium palliatieve zorg Septet. Ze schrijft over haar ervaringen met uitgezaaide borstkanker:* “Je moet voor de verschillen tussen een generalist, specialist en expert kijken naar het kwaliteitskader, waar de landelijke afspraken in zijn vastgelegd. Voor de grenzen tussen deze drie kan ik wel uit mijn eigen ervaring putten. Ik ben wel eens gastdocent en als ik voor een groep studenten sta die zich specialiseren in de palliatieve zorg, merk ik aan de vragen die ze stellen, dat zij snappen waar het over gaat. Het palliatief werkveld is hen vertrouwd. Bij generalisten tref je eerder mensen die het onderwerp doodeng vinden. Ze willen het er misschien wel over hebben, maar weten niet hoe. De palliatieve zorg is voor een expert gesneden koek. Zij hebben niet alleen opvattingen over en kennis van goede palliatieve zorg, maar ook over zaken als beleid en financiering. Experts hebben meer de *overview*.”

### ‘Er stond een roze olifant in de kamer’

Ik lag twee jaar geleden al een week in het ziekenhuis met de diagnose uitgezaaide borstkanker. Nog geen enkele generalist had tegen mij durven zeggen dat het misschien wel niet helemaal goed af zou lopen. Ze vermeden het onderwerp en schilden een appeltje voor me; er stond echt een spreekwoordelijke roze olifant in de kamer. Wel vroegen ze of ik een geestelijk verzorger wilde zien, waaruit ik opmaakte dat ik waarschijnlijk dood zou gaan. Uiteindelijk heb ik zelf gevraagd of ik het palliatief team kon spreken. De eerste dag kwam er een

expert, de tweede dag een specialist; ik viel met mijn neus in de boter. Ineens was alles bespreekbaar, daarvoor voelde ik voortdurend het ongemak. De eerste zin die de specialist zei was: ‘*Er is wel een behandelplan, maar er is geen verpleegplan. Er wordt niet gekeken of u de behandelingen wel aankunt.*’ Die woorden waren zo’n verademing voor me. Nou wist ik, doordat ik acht maanden in een denktank palliatieve zorg had gezeten, dat er zoiets als een palliatief team bestaat. Dat weet niet iedereen natuurlijk. Sterker nog; daar zijn veel generalisten niet van op de hoogte. Het is toch raar dat het niet aangeboden wordt? Daarover heb ik mijn boek *Tussenland* geschreven. Hierin moet echt beter geschoold worden.”

**Paul Wilms**

*Huisarts in Breda:* “Ik ben zelf generalist. Om specialist in de palliatieve zorg te worden, moet je extra opleidingen volgen. Dat heb ik niet gedaan. Ik denk dat kaderartsen bijvoorbeeld wel als specialist kunnen worden aangeduid. Ik zit wel in een *peer group*, waarmee we zes keer per jaar alleen maar over de palliatieve zorg spreken. Deze groep bestaat uit verpleeghuisartsen en huisartsen. We geven elkaar feedback en bespreken de lastige problemen die we in het werkveld tegenkomen. Daar moet ik het van hebben, daar leer ik heel veel van – het is een vorm van onderwijs. Verder hebben we hier een hospice in Breda waar ik regelmatig de zorg van patiënten overneem als de eigen huisarts die zorg in verband met afstand niet kan verlenen. Ik ben dus misschien wel nét iets meer dan generalist, alleen niet op papier.”

De grenzen tussen een generalist, specialist en expert liggen vast in het kwaliteitskader. Ik denk niet dat de patiënt veel van die grenzen merkt. Meestal gaat het toch om teamwork. In veel hospices heb je vaste artsen. Daar zul je het verschil wel merken. Voor mensen die thuisblijven bij het levenseinde zal de eigen huisarts de palliatieve zorg verlenen. Dan is er in principe geen specialist betrokken. En dan kan het zijn dat de ene huisarts er meer en de andere huisarts er minder affiniteit mee heeft. Sinds een paar jaar bestaan er palliatieve teams in ziekenhuizen, waar je verschillende disciplines bij elkaar treft.

Het wordt nu door zorgverzekeraars meer en meer verplicht dat je als generalist meer van de palliatieve zorg afweet. Je moet aan een PATZ-groep meedoen, als huisarts. In mijn ogen is dat een heel positieve ontwikkeling, want een heel groot deel van de palliatieve zorg, misschien wel het grootste deel, komt bij ons huisartsen terecht.

### ‘Ik wist niet dat er een driedeling was’

Ik zal heel eerlijk zijn: voordat ik de vraag voor dit drieluik hoorde, wist ik niet dat er een driedeling was. Daar merk je als arts in de praktijk namelijk niet zoveel van. En als het goed is als patiënt ook niet. Een groot deel van de palliatieve zorg is niet erg ingewikkeld. Er zitten echter wel lastige casussen bij en dan moet je op iemand met meer expertise terug kunnen vallen. Voorheen belde je dan de oncoloog of chirurg, maar nu kun je terecht bij een palliatief expertteam, wat een goede zaak is.”

**Dianne Boxman**

*Verpleegkundig adviseur palliatieve zorg, PZNL, Utrecht:* “Op dit moment is het nog niet volledig helder wanneer je generalist, specialist of expert in de palliatieve zorg bent. Daar wordt door veldpartijen al een jaar of tien over gesproken. Het moet voor iedere beroepsgroep duidelijk worden welke opleiding voor de specialist palliatieve zorg erkend is en/of hoeveel vlieguren je gemaakt moet hebben in het verlenen van palliatieve zorg. Kaderhuisartsen palliatieve zorg zijn nu de hoogstopgeleide artsen in Nederland, als het aankomt op palliatieve zorg. Een expert in palliatieve zorg zou een specialist kunnen zijn die volledig werkzaam is in de palliatieve zorg of zich wellicht heeft toegelegd op één specifiek aspect van de palliatieve zorg. Dit zijn alleen nog maar overwegingen in de gesprekken; er is nog niets besloten. Generalisten moeten zorg verlenen zoals dat in het kwaliteitskader beschreven staat. Dat moeten patiënten van elke zorgverlener in Nederland 24/7 kunnen verwachten. Maar je kunt niet verwachten van elke zorgverlener dat hij met alles wat hij

tegenkomt uit de voeten kan en dan moet hij weten wie hij in consult kan vragen passend bij de vraag. Dat gaat dus over je eigen grenzen kennen als zorgverlener. En dat is ook de reden waarom we dit moeten afspreken. Je moet weten wat die specialist kan toevoegen aan de zorg. Een specialist in de palliatieve zorg ziet de mens in alle dimensies: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel en kijkt hoe deze dimensies van invloed zijn op de kwaliteit van leven die een patiënt ervaart. Zo kan bijvoorbeeld pijn soms niet verminderen door pijnmedicatie, maar wel door een gesprek over angst of over laatste wensen. De grenzen zijn dus nu nog niet afgekaderd. De patiënt zal het verschil vaak niet opmerken zolang hij zich door zorgverleners om hem heen gehoord en gezien voelt. Wat we hopen dat de patiënt gaat merken na de afkadering is dat de symptomen beter behandeld worden en dat de zorg beter afgestemd is op de persoonlijke waarden, wensen en behoeften. Als je het dan hebt over proactieve zorgplanning: denk aan niet meer opgenomen worden in het ziekenhuis als een patiënt dat niet wil en overlijden op de plek van voorkeur.”

### ‘De grenzen zijn nu nog niet afgekaderd’

Zoals een huisarts het nu vanzelfsprekend vindt een longarts of neuroloog in te schakelen bij onduidelijkheden, moet het ook vanzelfsprekend worden specialisten in de palliatieve zorg in te schakelen. Bewustwording is een eerste stap om elkaar te vinden en als team goed samen te werken rond de patiënt en diens familie.” ●

Hester Zitvast is journalist.