

Pauline de Graeff

internist ouderengeneeskunde,
Universitair Centrum Ouderen-
geneeskunde en Expertisecentrum
Palliatieve Zorg Noordoost, UMCG

Hanneke Kluin-Nelemans

hematoloog, UMCG

Anouk Vermeulen

AG architecten Haarlem

An Reyners

internist oncoloog, afdeling Interne
Geneeskunde en Expertisecentrum
Palliatieve Zorg Noordoost, UMCG

EEN HOSPICE CARE UNIT MAAKT VAN KALE ZIEKENKAMER EEN HUISELIJKE RUIMTE

Stervensfase in het ziekenhuis kan veel persoonlijker

De meeste mensen overlijden het liefst thuis of in een hospice. Maar soms is dat niet mogelijk en staat het sterfbed in het ziekenhuis. Het UMCG heeft daarvoor een voorziening getroffen: de hospice care unit.

Als in het ziekenhuis blijkt dat iemand zal komen te overlijden, wordt in overleg met deze patiënt en diens naasten geregeld dat hij of zij thuis, in een hospice of palliatieve unit de laatste levensfase kan doorbrengen. Dat is ook wat de meeste mensen willen.¹ Maar voor sommige patiënten is dit niet meer haalbaar. Bijvoorbeeld omdat transport een te grote belasting is, als ziekenhuiszorg nodig blijft of als het niet lukt om de benodigde zorg na ontslag tijdig te regelen. Deze mensen sterven in het ziekenhuis, en zij verdienen daar optimale zorg. Het blijkt echter dat nabestaanden de kwaliteit van deze palliatieve zorg in het ziekenhuis minder goed vinden dan in zorginstellingen, een hospice of thuis. Dit betreft de zorg voor de stervende zelf, maar ook voor de naasten. Nabestaanden van overledenen in het ziekenhuis gaven vaker aan dat ze aandacht misten voor psychosociale aspecten van palliatieve zorg, spiritualiteit en zingeving, en behoud van autonomie. Ook vonden ze de informatievoorziening aan familieleden in de laatste week van het leven minder goed dan nabestaanden elders.² Deze ervaringen zijn begrijpelijk. De zorg in het ziekenhuis focust vaak vooral op behandeling, en omschakelen naar symptoomgerichte palliatie gebeurt dan relatief laat. Ook omgevingsfactoren zoals de drukte op een verpleegafdeling, veel verschillende zorgverleners en het ontbreken

van een rustige, meer persoonlijke omgeving zijn van invloed. Bovendien hebben veel zorgverleners weinig of geen ervaring met terminale zorg, zeker op verpleegafdelingen waar zij relatief weinig worden geconfronteerd met patiënten die overlijden.

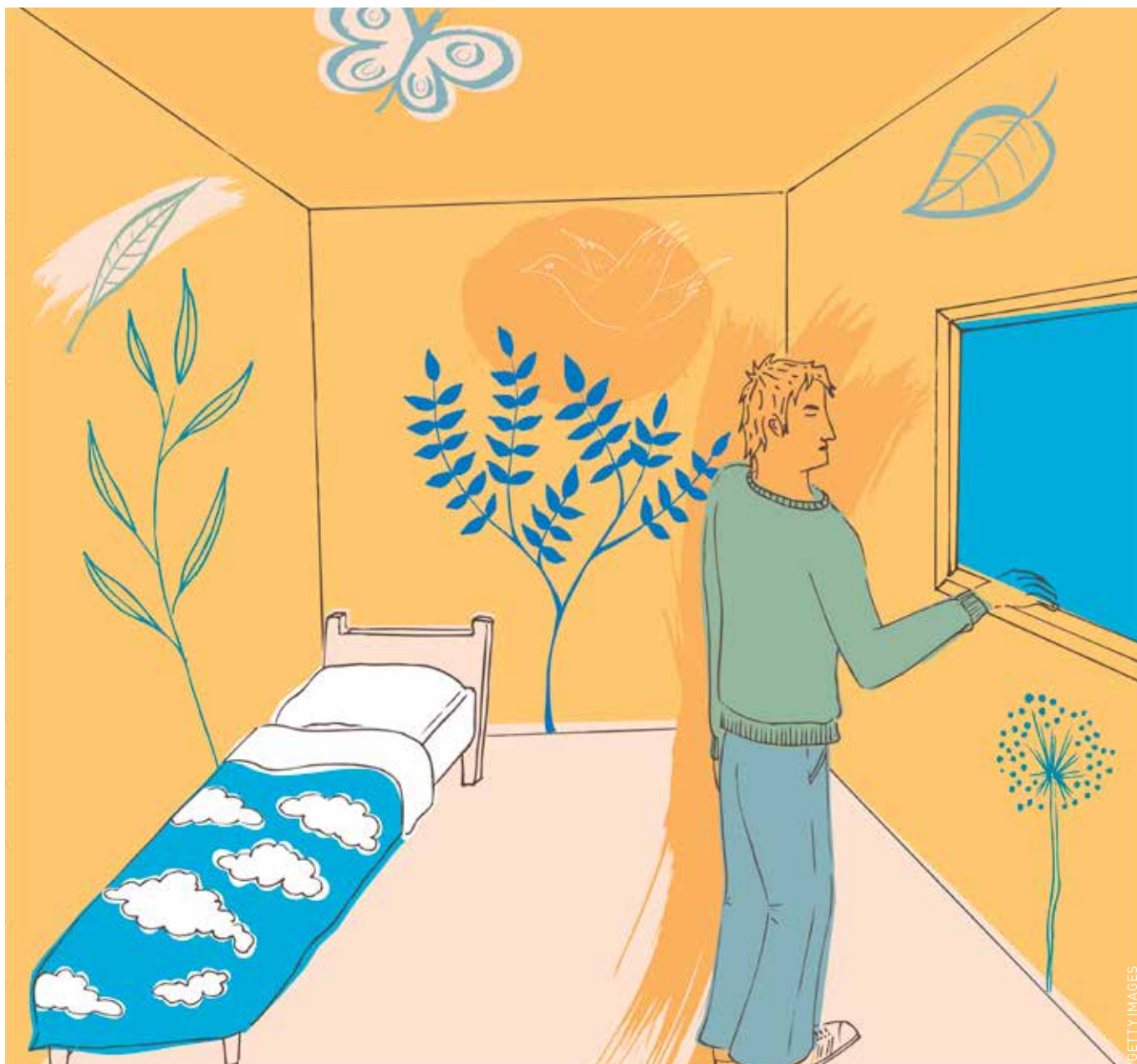
Met deze bevindingen in het achterhoofd heeft het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) de afgelopen jaren initiatieven genomen om de kwaliteit van zorg in de stervensfase te verbeteren. Deze initiatieven zijn mogelijk gemaakt door financiële steun vanuit het fonds Hospice Care UMCG, dat is opgericht door twee ex-medewerkers

Gordijnen onttrekken de bedbalk met medische voorzieningen aan het zicht

van het UMCG ter gelegenheid van hun afscheid. Centraal hierin staat de ontwikkeling van een nieuw zorgconcept, de hospice care unit, waarbij een klinische en kale ziekenkamer in een handomdraai wordt omgebouwd tot een aangename en comfortabele ruimte.

Meer thuis voelen

Een hospice care unit, bestaande uit onder andere meubilair en verlichting, kan in een ziekenhuiskamer in korte tijd een hospiceachtige sfeer creëren. De unit is gemakkelijk te verplaatsen, staat centraal in het ziekenhuis opgeslagen en kan in iedere eenpersoonskamer worden geïnstalleerd. Het doel is dat zowel patiënten als naasten zich hier meer thuis voelen dan in een traditionele zieken-



Een hospice care unit stimuleert artsen en verpleegkundigen ook om zich meer op zorgen dan op behandelen te richten.

huisomgeving. Als neveneffect stimuleert deze veranderde omgeving artsen en verpleegkundigen om zich meer op zorgen dan op behandelen te richten.

De hospice care unit is ontwikkeld in samenwerking met een architect. Bij het ontwerp was het voornaamste doel om een prettige en huiselijke sfeer te creëren in een ziekenhuiskamer, maar er is ook rekening gehouden met verschillende aspecten van (ziekenhuis)zorg. De inrichting, met

onder meer verrijdbare kasten, een rooming-in bed, beddengoed, een bijzettafel en een fauteuil, kenmerkt zich door vriendelijke, huiselijke vormgeving met ronde accenten. Er is gebruikgemaakt van zachte materialen die de akoestiek positief beïnvloeden. Een belangrijk onderdeel van de unit zijn ook de gordijnen langs de wand achter het bed. Deze worden aan het plafond bevestigd en onttrekken zodoende de bedbalk, met hierin veel medische voorzie-

Van ziekenhuiskamer naar hospice care unit



Een standaardziekenhuiskamer.



Na installatie van de hospice care unit. De bedbalk is door middel van gordijnen aan het zicht onttrokken.

ningen – zoals stopcontacten, verlichting en zuurstofvoorziening – aan het zicht, terwijl deze tussen de gordijnen door nog wel te gebruiken zijn (zie foto's). Een ziekenhuiskamer oogt hierdoor direct minder klinisch. Ook de verlichting is belangrijk voor een huiselijker sfeer. Vanzelfsprekend is er aandacht geweest voor infectiepreventie. In overleg met de afdeling medische microbiologie kan de unit ook gebruikt worden als er sprake is van een (ziekenhuis)infectie. Wel zijn om de transmissiekans naar andere patiënten zo klein mogelijk te maken goede afspraken gemaakt over schoonmaak van de unit.

Pilot

Het afgelopen jaar heeft een pilot plaatsgevonden waarbij de hospice care unit is ingezet op vier verschillende verpleegafdelingen. Dit betrof de afdelingen Interne Geneeskunde/Geriatrie, Medische Oncologie, Hematologie en Neurologie. Dit zijn verpleegafdelingen waar het zorgpad stervensfase al goed was ingebed en waar zorgverleners veel affiniteit hebben met terminale zorg. In totaal is de unit nu vijftien keer gebruikt. De gemiddelde duur van het gebruik was drie dagen, met een maximum van zes dagen voor één patiënt. Bij een eerste evaluatie bleken zowel naasten als verpleegkundigen erg tevreden over de inzet van de hospice care unit. Naasten waarden de huiselijker sfeer. In het bijzonder worden de comfortabele stoelen en de dekbedhoezen – in plaats van standaardziekenhuislinnen – op prijs gesteld. Ook verpleegkundigen zijn enthousiast. Zij brengen in de stervensfase vaak veel tijd door bij

patiënten en hun familie en vinden dat de hospice unit een belangrijk bijdraagt aan goede zorg in de stervensfase. Onderzoek onder patiënten zelf is schaars. Er is grote terughoudendheid om mensen in hun laatste levensdagen hiervoor te benaderen. Maar de patiënten die nog goed aanspreekbaar waren en die we naar hun beleving hebben gevraagd, stelden de hospice unit erg op prijs.

Voorwaarden

Uit de eerste evaluatie kwamen ook enkele voorwaarden voor de inzet van de unit naar voren. Als eerste zijn dat goede afspraken tussen de verschillende beroepsgroepen die bij dit project betrokken zijn. Om te beginnen de ver-

Verpleegkundigen spelen een centrale rol bij de installatie van de unit op de kamer

pleegkundigen, die vaak als eerste signaleren dat inzet van de hospice unit gewenst is en een centrale rol spelen bij de installatie op de kamer. Het is dan ook van groot belang om hen hierin te faciliteren door laagdrempelige ondersteuning vanuit het palliatief team bij vragen over de inzet

en vanuit de facilitaire dienst, die het beheer en het transport van de unit verzorgt.

Een tweede voorwaarde voor de inzet van de hospice care unit is dat zowel patiënten als zorgverleners zich bewust zijn van het naderende levenseinde en tijdig terminale zorg inzetten. Om zorgverleners bij dit proces te ondersteunen is de afgelopen jaren het 'zorgpad stervensfase' op alle verpleegafdelingen geïmplementeerd. Dit zorgpad is gebaseerd op het Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP) en wordt ingezet als het behandelteam van een patiënt veronderstelt dat het overlijden onafwendbaar is.³ Daarmee vindt een duidelijke markering van de stervensfase plaats waarbij het voor iedereen duidelijk is dat de patiënt zal overlijden. Dit stelt patiënt en naasten beter in staat om afscheid te nemen. Daarnaast wordt systematisch gelet op veelvoorkomende problemen op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied en worden doelen voor de zorg in de laatste levensdagen geformuleerd, bijvoorbeeld de behandeling van pijn, kortademigheid of verwardheid. Ook is er aandacht voor behoeften op levensbeschouwelijk gebied en voor ondersteuning van eventueel aanwezige (jonge) kinderen. Verder wordt bekeken welke medicatie en medische handelingen nog bijdragen aan het welbevinden, en welke achterwege kunnen blijven. Gebruik van dit zorgpad stimuleert ook zorgverleners op verpleegafdelingen die minder vaak te maken krijgen met de terminale fase om zich te richten op palliatieve zorg en overbodige medische handelingen, zoals het routinematig meten van vitale parameters, te staken. Indien gewenst wordt de zorg in de terminale fase ondersteund door het palliatief team van ons ziekenhuis.

Naar onze mening kan – als blijkt dat overplaatsing naar huis, hospice of zorginstelling niet meer kan – de hospice care unit, in combinatie met het zorgpad, de zorg in het ziekenhuis tijdens de stervensfase belangrijk verbeteren. De unit kan bijdragen aan het creëren van rust in een hectische omgeving. Wij hopen hiermee patiënten en hun naasten beter in de gelegenheid te stellen om afscheid te nemen. ■

contact

p.de.graeff@umcg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE BESTUURDER



HUGO KEUZENKAMP is bestuurslid van het Westfriesgasthuis in Hoorn

Het lab-lab

Overal in ziekenhuisland breken we ons hoofd over de laboratoria. Een ziekenhuis kan niet zonder diagnostiek van klinisch chemici, microbiologen en pathologen. Maar moet dit onderdeel zijn van het ziekenhuis, of koop je het gewoon in? Het kan allebei. Zolang de labprofessionals maar goed ingebed zijn in de ziekenhuisgemeenschap.

Wij hebben onze laboratoria al jaren geleden verzelfstandigd. We zijn nu samen met enkele buurziekenhuizen aandeelhouder van een paar lab-bv's. Dat is best ingewikkeld, want het is verwarrend om tegelijk aandeelhouder en klant te zijn. Die petten zijn lastig te scheiden. En het is nu eenmaal zo dat bij een 'eigen' lab de lijntjes korter zijn. Daar staat tegenover dat de technologie in deze wereld zich zo snel ontwikkelt en de kapitaalintensiteit zo sterk toeneemt dat je niet aan

schaalvergroting ontkomt. Daar komt domeinvervaging bij. Klinisch chemici, microbiologen en pathologen werken steeds meer met dezelfde technieken en dus apparaten, vooral waar het om DNA-onderzoek gaat. De labs veranderen snel.

EEN ZIEKENHUIS IS AL COMPLEX GENOEG

Een ziekenhuis is al

complex genoeg, dus je moet je afvragen of je deze complexe dynamiek er nog wel bij kan besturen. En als je het laboratorium op afstand zet, of je dan nog wel de goede kwaliteit voor een nette prijs kan borgen. En of je je niet overlevert aan de goden, want ben je het lab eenmaal kwijt, dan is de afhankelijkheid van de leverancier van labdiensten net zo groot als die van bijvoorbeeld de epd-leverancier.

Soms verzucht ik dat ik een lab zou willen maken om een beetje met de labs te kunnen experimenteren.