

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2026 – Volume 35, Issue 2, pp. 74–79
<https://doi.org/10.54431/jsi.925>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Hanze University of Applied Sciences /

NHL Stenden University of Applied Sciences

Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a

Creative Commons Attribution-Noncommercial-No

Derivative Works 3.0 Netherlands License

Carly Heipon (2025). **Timely integration of palliative
care into oncology** [Proefschrift]. University of

Groningen, 2025, pp. 171, [https://doi.org/10.33612/](https://doi.org/10.33612/diss.1315271500)

diss.1315271500

BOOKS

ALIZA DAMSMA BAKKER

Aliza Damsma Bakker is Lector Zorg en Zingeving aan de Academie Health Care van Hogeschool
Viaa. E-mail: a.damsma@viaa.nl

WAAROM HET ZO MOEILIJK BLIJFT OM HOLISTISCHE TIJDIGE PALLIATIEVE ZORG TE VERLENEN IN HET NEDERLANDSE GENERALIST- SPECIALIST ZORGMODEL

De afgelopen jaren is er in Nederland aanzienlijke vooruitgang geboekt bij het bevorderen van integrale palliatieve zorg. Uit een recent proefschrift over tijdige palliatieve zorg in de oncologie in Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat met name het sociale en spirituele aspect in hooguit een kwart van de gevallen aan de orde kwam waarin dit relevant werd geacht. De resultaten laten zien dat palliatieve zorg nog niet zo integraal is als het Kwaliteitskader vereist, en dat er met name in de ziekenhuissetting meer nadruk moet worden gelegd op de interprofessionele ontwikkeling van palliatieve zorg, waarbij ruimte moet zijn voor reflectie op de prioritering van palliatieve zorgbehoeften al tijdens de ziektegerichte behandeling.



DE PROGRESSIE VAN PALLIATIEVE ZORG

De ontwikkeling van palliatieve zorg is in Nederland serieus voortgezet sinds de World Health Organisation in 2014 (WHO, 2014) stelde dat palliatieve care moet gaan over: "the prevention and relief of suffering by means of early identification and correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual."

Het Kwaliteitskader (IKNL, 2017) heeft daar een belangrijke beleidsbijdrage aan geleverd door te vertalen wat de uitgangspunten van de World Health Organization (2014) voor de zorgpraktijk betekenen, met speciale focus op de vier domeinen waar palliatieve zorg betrekking op zou moeten hebben: fysiek, psychisch/emotioneel, sociaal en/of spiritueel lijden. Met als drijvende kracht het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (2014–2020) kwam er support voor interprofessionele samenwerkingsverbanden zoals de PaTz groepen in Nederland, maar ook Pallialine bracht expertise en kennis bij elkaar. Onderzoeken zoals vanuit de ZonMw programmaliijn Palliantie en PALZON – waar deze thesis ook onderdeel van is – en het O2PZ vanuit ZonMw resulteerden in belangrijke stappen voorwaarts, zoals de uitspraak van de Tweede Kamer dat palliatieve zorg verplicht onderdeel dient te zijn van zorgopleidingen.

Dat klinkt veelbelovend, en dat is het ook. Toch blijkt ook in die onderzoeken dat juist daar waar het de kern betreft van palliatieve zorg: de integrale benadering van kwaliteit van leven én sterven echt nog werk aan de winkel is. Ook vanuit verschillende onderzoeken van onze onderzoeksgroep 'Zorg en Zingeving' blijkt dat een holistische zorgvisie onderschrijven lang niet altijd betekent dat zorgprofessionals in staat zijn of om een bio-psychosociaal-spiritueel perspectief in de praktijk ook expliciet toe te passen.

Spiritueel en sociaal lijden hebben een sterke onderlinge link aangezien een belangrijke kern van zingeving verbondenheid is: verbondenheid met anderen, in de samenleving of met iets groters, iets existentieels. Er is genoeg evidence dat zingeving en sociale verbondenheid positieve impact hebben op de gezondheid en op kwaliteit van leven (De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2026). De relatief recent uitgebrachte toekomstscenario's voor de palliatieve zorg van toekomst (RIVM, 2024) zijn opgesteld vanuit behoorlijk sociaal gekleurde maatschappelijke opgaven: een toenemende diversiteit in de samenleving, een verschuiving in doodsoorzaken (die meer beroep doet op psychosociale ondersteuning dan op medische behandeling), druk op formele én informele zorgdragers en een afnemend 'mantelzorgpotentieel'. Maar in de palliatieve zorg is de samenhang en de impact van het sociale en spirituele domein nog altijd onvoldoende

BOOKS

doorgedrongen. In het nadenken over de toekomst van palliatieve zorg en ondersteuning is de promotiestudie van Carly Heipon interessant vanwege haar resultaten betreffende het sociale en spirituele domein.

OP WEG NAAR TIJDIGE PALLIATIEVE ZORG

Heipon onderzoekt vanuit haar antropologische achtergrond de tijdigheid van palliatieve zorg voor mensen met ongeneeslijke kanker in de Nederlandse zorgpraktijk van ziekenhuizen. In de introductie toont ze allereerst de benodigde aandacht voor de ontwikkeling van palliatieve oncologische zorg aan met feiten ten aanzien van de grootte van de groep mensen met een vorm van kanker die dit betreft en die daarmee op dit moment ook de grootste groep zijn van mensen die palliatieve zorgbehoeften hebben. De thesis zoomt bij twee studies in op hematologische oncologische patiënten wiens ziekteproces veel minder voorspelbaar is dan bij andere oncologische patiënten.

Daarna verkent ze onder patiënten en zorgverleners wat wordt verstaan onder die palliatieve zorg voor oncologische patiënten (in hoofdstuk 2) waaruit consensus blijkt te bestaan over palliatieve zorgbehoeften (97%), het structureel symptomen monitoren (91%); het initiëren van proactieve zorgplanning bij symptomen op meerdere domeinen (86%) en patiënten op basis van twee criteria te informeren over het bestaan van het specialistisch palliatieve zorgteam (76%).

Maar juist het integrale en holistische, hetgeen volgens het Kwaliteitskader de kern van kwalitatief goede palliatieve zorg is, het monitoren van symptomen op alle vier dimensies, is volgens de meerderheid niet mogelijk in de eigen zorgpraktijk (58%). Dat dit echter geen overbodige luxe is, blijkt later in de thesis uit een representatieve steekproef onder ziekenhuizen in Nederland (in hoofdstuk 6). Het blijkt dat 59% van de ziekenhuizen die symptoommonitoring vormgeven met behulp van een gestandaardiseerde tool de doorverwijzing naar een specialistisch palliatief team significant vaker voorkwam. Dit is in ieder geval een indicatie dat monitoring leidt tot meer gesignaleerde specifieke palliatieve zorgbehoeften bij patiënten.

De thesis exploreert wat de tijdigheid van de palliatieve zorg bevordert, maar ook wat dit belemmert. Heipon beschrijft diverse al bekende barrières die maken dat ondanks de consensus de daadwerkelijke palliatieve zorgpraktijk nog te wensen over laat. Ze onderscheidt op basis van de literatuur organisatorische en persoonlijk psychologische barrières.

Laten we eerst eens inzoomen op die **organisatorische obstakels** zoals die verhelderd worden in de thesis. Zorgverleners geven in interviews (hoofdstuk 3) aan dat om tijdig palliatieve zorg in te zetten organisatorisch gezien er een sterke samenwerking nodig is tussen alle relevante zorgverleners, maar we lezen ook dat advies vanuit het specialistisch palliatieve team soms als 'verstorend' of zelfs als 'ondermijnend' wordt ervaren. In de pilot met twee ziekenhuizen zien we de bereidheid om samen te werken en door te verwijzen naar het specialistisch palliatieve team toenemen tot 73% bij complexe situaties.

De resultaten van deze thesis zijn bijzonder relevant vanuit een interprofessioneel perspectief, aangezien de vier domeinen in het Kwaliteitskader mede heeft geresulteerd in multidisciplinaire palliatieve teams in Nederlandse ziekenhuizen. De samenstelling van deze teams is volgens PZNL (2022) variërend, gemiddeld zijn 9 tot 15 disciplines vertegenwoordigd, meestal specialisten (internist-oncoloog (96%), anesthesioloog (88%), longarts (73%), klinisch geriater (76%); verpleegkundigen (verpleegkundige (82%) of verpleegkundig specialist (73%)); en een geestelijk verzorger (71%). Dat professionals elkaar nodig hebben is niet alleen evident vanuit het generalist-specialist model, maar ook vanuit de verschillende disciplinaire fundaties die professionals meedragen. Zo is van generieke gezamenlijke besluitvorming bekend dat patiënten alleen significant tevredener zijn over de besluitvoering wanneer er een verpleegkundige in het proces betrokken is geweest (Zagt et.al., 2023). Toevallig of niet, dat is wel een discipline met een stevig holistisch track record.

Daarnaast valt in de thesis op dat er volgens de respondenten ook belangrijke **persoonlijke voorwaarden** zijn: de moed om het gesprek over wat belangrijk is in de palliatieve fase aan te gaan vanuit een persoonlijke en sensitieve attitude (hoofdstuk 3). Opvallend is dat zorgprofessionals aangeven een drempel te blijven ervaren in het bespreken van wensen rond 'goed sterven', voornamelijk vanuit de gedachte dat je daarmee hoop afpakt van patiënten. Dit blijkt ook uit het feit dat professionals zelf rapporteren deskundig genoeg te zijn voor proactieve gespreksvoering (hoofdstuk 2), maar met ongeveer de helft van de in aanmerking komende patiënten deze gesprekken te voeren (hoofdstuk 5), waarbij daarvan weer in ongeveer de helft van de gevallen het sociale en spirituele domein ter sprake komt. Dit is maar in een kwart van de gevallen waarin professionals zelf inschatten dat iemand in aanmerking komt voor proactieve zorgplanningsgesprekken. Dat is een zorgelijke uitkomst. Gelukkig zien we het percentage proactieve zorggesprekken hoger worden (78%) in de twee pilot ziekenhuizen die volgens de consensus uitgangspunten werken (hoofdstuk 5).

BOOKS

Patiënten zelf zijn ook serieus en veelvuldig meegenomen in de verschillende studies die de basis vormen van de thesis. Wanneer patiënten worden bevraagd naar hun ontvangen zorg in de pilot waar zorg volgens de uitgangspunten uit de consensus-studie, rapporteert 62% een proactief zorgplanningsgesprek te hebben gevoerd. Daarbij is de focus van de zorg goed te herkennen: 91% geeft aan dat er over fysieke aspecten is gesproken, 57% besprak psychologische of emotionele aspecten, bij 38% van de patiënten werd over spirituele aspecten gesproken en nog niet eens in een derde van de gesprekken (31%) werd over sociale aspecten gesproken. Opvallend is dat wel dat patiënten pas significant meer tevreden over de verleende zorg volgens de uitgangspunten uit de consensus studie werden als er aandacht is voor het sociale domein (hoofdstuk 5). Een sociaal professional mist echter in de meeste specialistische palliatieve teams, maar in ongeveer 30% van de teams een maatschappelijk medewerker is vertegenwoordigd (PZNL, 2022).

Wat door de hele thesis naar voren komt is dat in de oncologische zorg het fysiologische verloop van de ziekte en daarbij komende coping van patiënten centraal staat bij het komen tot goede zorg. Het biomedische model is en blijft prominent centraal staan in diagnostiek en behandeling. Pas als er stevige indicaties zijn voor palliatieve zorgbehoeften en een naderend levenseinde in beeld komt, komt er meer aandacht en erkenning voor het belang van een holistische aanpak, waarbij sociale en spirituele aspecten van het leven – niet alleen de ziekte – in ogenschouw worden genomen. Het lijkt alsof de expliciete aandacht voor kwaliteit van leven én kwaliteit van sterven binnen de palliatieve zorg voor zorgverleners niet wordt ervaren als een vervolg van zorg op de levensreis van de patiënt, maar een ingrijpende spoorwissel.

Heipon adviseert passend bij deze metafoor dan ook voor meer onvoorspelbare oncologische diagnoses een two-track approach (hoofdstuk 4) om integratie te bevorderen. Dat is een mooie aanbeveling en past ook bij het idee van een afname van ziekgerichte palliatie en een toename van symptoomgerichte palliatie. Maar is deze professionele neiging tot deze dualiteit van biomedisch denken tot de palliatieve fase en dan als het levenseinde dan zich echt opdringt pas over te stappen op meer holistisch denken niet het echte probleem met het tijdig en vooral soepel integreren van palliatieve zorg? Het is vanuit dat perspectief namelijk niet verrassend dat deze harde knip dan als een markeringsmoment zo genadeloos en oncomfortabel wordt gevoeld door patiënten.

TEN SLOTTE

De palliatieve zorg staat onder druk en de ontwikkeling van integrale palliatieve zorg is imperatief. Het serieus en tijdig adresseren van het sociale en spirituele domein vanaf de start van zorg

maar zeker bij de markering van ziektegerichte palliatieve zorg een sleutel. Deze thesis legt op basis van representatief onderzoek onder Nederlandse ziekenhuizen de nadruk op het belang van deskundigheidsbevordering, gericht op persoonlijke ontwikkeling en interprofessionele ontwikkeling van generalisten, binnen behandelprocessen vanuit een mensgerichte benadering in nauwe samenwerking met specialisten.

REFERENTIES

- De Raad van Volksgezondheid en Samenleving (2026). *Gezond verbonden*. Opgevraagd van <https://www.raadvv.nl/adviezen/g/gezond-verbonden>
- IKNL (2017). *Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland*. Beschikbaar via Pallialine: Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland – Richtlijnen Palliatieve zorg.
- PZNL (2022). *Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen*. Resultaten 2020. Opgevraagd van <https://iknl.nl/nieuws/2023/pziz>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM (2024). *Palliatieve zorg in 2050. Drie toekomstscenario's*. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, RIVM2024-0160. Opgevraagd van <https://www.rivm.nl/publicaties/palliatieve-zorg-in-2050-drie-toekomstscenario's>
- World Health Organisation WHO (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Agenda notitie WHA67.19. Opgevraagd van https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf?ua=1&ua=1
- Zagt, A., Roland, R., de Jong, J. & Bos, N., (2023). *De transparantiemonitor 2023. Door patiënten ervaren mate van samen beslissen stabiel*. Nivel.