



Brandnetels en kiespijn

1. Het Universitair Medisch Centrum in de provincie waarin ik werkzaam ben, heeft enige jaren geleden aangekondigd binnen enkele jaren het meest digitale ziekenhuis van Nederland te zijn. Door diverse collega's van mij werd dit met enige scepsis ontvangen: de ervaringen waren dat informatie nog sneller per postduif werd verplaatst dan via de bestaande semidigitale en postale kanalen.

We zijn er wat dat betreft nog niet, al merk ik wel enige vooruitgang. Tijdens mijn visiteronde kwam ik bij een patiënt met een langlopende uitgezaaide kanker, die aan de laatste-kans (semi-)experimentele immunotherapie was begonnen. De laatste brief die ik had dateerde van zes maanden geleden. Daarin stond dat het prima ging met de patiënt en dat hij nauwelijks klachten had van de tumor en metastasen. Het werd me bij binnenkomst al meteen duidelijk dat dit geen actuele stand van zaken was: een kortademig iemand die nauwelijks volzinnen kon maken. De patiënt stond aan de vooravond van de vierde immunokuur en vroeg me wat hij voor de komende tijd kon verwachten.

Hier heb ik dus een broertje dood aan. Een grondige hekel die zich als prikkelende stroom sappen van een brandnetel tussen mijn

schouderbladen omlaag wringt. Als een stekende kiespijn die zich opwerkt tot een bonzende hoofdpijn. Hoe kan ik zonder goede informatie iets zinnigs zeggen? Waarom moet mijn patiënt mij vertellen hoe het gaat? Waarom kan ik dat niet weten?

Gelukkig konden we samen inloggen op het PGO en daarmee de gegevens tot de laatste week spertijd bekijken. Op grond daarvan kon ik in ieder geval iets aangeven over de verwachte gang van zaken, gezien de sterk afnemende nierfunctie, de anemie en de verschillen (of beter gezegd: het gebrek aan verschil) tussen de scans vóór en ná de kuren. Uiteraard een primaire taak van de behandelend orgaanspecialist en oncoloog, maar langzamerhand schuift in zo'n vrijwel uitzichtloze situatie toch het accent naar de palliatieve wijkgeneralist die de huisarts dan is.

2. Een regionaal plan ter verbetering van de palliatieve zorg/ouderenzorg dat op de IZA-tafel ligt, gaat uit van een app waarin alle artsen/verpleegkundigen/zorgmedewerkers de uitkomsten van een PZP-gesprek kunnen invoeren. Proactieve Zorg Planning: het toverwoord als het gaat om het terugdringen van ongewenste en onnodige zorg in de laatste levensfase. Veel geld wordt uitgetrokken voor de ontwikkeling van een digitaal instrument om deze gegevens op te slaan en uit te wisselen. Nog meer geld zou moeten worden besteed aan het abonnement dat het gebruik van de app met zich

meebrengt. Dat zou voor de regio op een getal met zes nullen uitkomen (als het een succes zou worden). Veel goedkoper als het geen succes zou worden, maar ja, dan zou natuurlijk iedere bestede euro een misinvestering zijn.

Vraag: wat gaat hier mis?

De oplossing wordt in de techniek gezocht. Het gebruik ervan wordt niet goed geregeld. Vulning van het systeem wordt in de plannen vergeten.

1. In de academie is nog steeds onvoldoende tijd en aandacht voor verslaglegging aan de huisarts. Dat was al zo en dat is met de digitale ontsluiting via een PGO niet anders. Ik blijf een gedesinformeerde medebehandelaar, die nu wel zelf de specialistenbrief kan construeren uit de ruwe data die het PGO aan draagt. Maar wel met de vraag of de interpretatie die ik eraan geef ook die van de specialist is.

2. Bij de app is het probleem dat er daarmee wel een plek kan zijn om de uitkomsten van de PZP-gesprekken in te voeren, maar dat er onvoldoende tijd is om al de PZP-gesprekken individueel door huisartsen (praktijken) te laten doen. Nog los van de vaak wisselende, geregeld ook tegenstrijdige meningen die patiënten en familie hebben.

De digitale oplossing is een hulpmiddel. De vulling van het dossier (specialistenbrief, PZP-gesprek) is de substantie waar het om gaat. Zonder vulling blijf ik geprikkeld en last houden van kiespijn. ■