

# OP ÉÉN LIJN

# 62

OUD IS NIEUW



Inleiding op het themadeel

# Ouderengeneeskunde, het specialisme van NU

DOOR ANNE VAN DEN BRINK, HOOFD VOSON<sup>1</sup>, RADBOUDUMC NIJMEGEN



*“Als specialist ouderengeneeskunde heb je een dynamisch vak. Je lost complexe medische vraagstukken op, maar zet ook je communicatieve vaardigheden in. Je werkt multidisciplinair en voert de regie. Het specialisme is uniek in de wereld en volop in ontwikkeling. Daar kun je helemaal in meegroeien. En door het groeiend aantal ouderen, blijft de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde toenemen. Dit maakt ouderengeneeskunde het specialisme van nú!”*  
([www.ouderengeneeskunde.nu](http://www.ouderengeneeskunde.nu))

**We moeten meer artsen opleiden tot specialist ouderengeneeskunde om het huidige tekort op te lossen én om te kunnen voldoen aan de groeiende vraag. Daarom is met ingang van 1 januari 2018 de capaciteit van de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde uitgebreid van 128 naar maar liefst 186 plaatsen per jaar.**

De groeiende vraag heeft verschillende oorzaken. Allereerst komen er steeds meer kwetsbare ouderen. De meeste van hen blijven zo lang mogelijk thuis wonen, ook als er problemen ontstaan. Dit vraagt om extra versterking van de medische zorg voor zelfstandig wonende ouderen. De specialist ouderengeneeskunde speelt hierin een belangrijke rol als consulent voor de huisarts en/of als (mede) behandelaar. Daarnaast wordt de zorg in verpleeghuizen complexer. Alleen de meest kwetsbare en hulpbehoevende ouderen komen nog in aanmerking voor opname in een verpleeghuis. Dit vraagt om een intensievere betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde. Tot slot groeit ook het aantal jongere patiënten met complexe chronische aandoeningen dat een beroep doen op de expertise van de specialist ouderengeneeskunde.

De hier beschreven ontwikkelingen vragen ook om aanvullende kennis en vaardigheden van de specialist ouderengeneeskunde, zowel medisch inhoudelijk als bijvoorbeeld op het gebied van consultatie en medisch leiderschap. De specialist ouderengeneeskunde ontwikkelt meer en meer specialistische competenties zonder daarbij de brede generalistische basis te verliezen.

Alle betrokken partijen in de ouderenzorg voelen zich verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat de totale capaciteit van de vervolgopleiding ook daadwerkelijk benut wordt. Eensgezind voeren zij campagne om medisch studenten en basisartsen kennis te laten maken met de ouderengeneeskunde. Wij merken dat ‘onbekend maakt onbemind’ kan veranderen in ‘ik wist niet dat ouderengeneeskunde zo’n uitdagend vak was’.

Juist hierom is het belangrijk dat alle UMC’s structureel en substantieel in het basiscurriculum aandacht besteden aan ouderengeneeskunde, bijvoorbeeld in de vorm van een coschap. Daarnaast zal uitbreiding van het aantal UMC’s met een vervolgopleiding de benutting van de opleidingscapaciteit waarschijnlijk positief beïnvloeden.

De Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland (SOON) is het samenwerkingsverband van de drie opleidingsinstellingen. SOON juicht uitbreiding van het aantal UMC’s met een vervolgopleiding toe. De uitbreiding van de opleidingscapaciteit biedt nu ruimte. Daarom heeft SOON de Maastrichtse hoogleraar Ouderengeneeskunde Jos Schols benaderd om de belangstelling voor een vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde in Maastricht te peilen. En die belangstelling bleek er te zijn.

Om door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) erkend te worden als zelfstandig opleidingsinstituut, is degelijke voorbereiding nodig. Hiervoor is de samenwerking gezocht met de VOSON, die sinds 1995 de opleiding verzorgt met opleiders en opleidingshuizen in de regio Zuidoost Nederland.

Voor de VOSON kwam deze vraag op een goed moment. Vanaf mei 2016 worden aios opgeleid op basis van een nieuw landelijk opleidingsplan. Hiervoor is een volledig nieuw curriculum ontwikkeld. Hier is enorm veel tijd en energie in gestoken door alle medewerkers van de VOSON. Naast aanpassingen op de inhoud door alle ontwikkelingen in de ouderenzorg, zijn er ook onderwijskundige vernieuwingen doorgevoerd. Nu dit bijna is afgerond, komt er weer ruimte voor andere ontwikkelingen. De uitbreiding van de opleidingscapaciteit heeft nu de hoogste prioriteit.

<sup>1</sup> Vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde



Naast allerlei activiteiten waarbij we medisch studenten en (basis)artsen informeren over ons prachtige vak, zijn we in de hele VOSON-regio de mogelijkheden aan het onderzoeken om meer aios op te leiden. We kijken hierbij naar organisaties die nog geen opleidingsplaatsen hebben en naar extra opleidingsplaatsen binnen opleidingshuizen door extra opleiders of door opleidingsgroepen. Ook zoeken we naar nieuwe stageplaatsen in ziekenhuizen, in de GGZ en bij huisartsen.

Wij zien de samenwerking tussen de VOSON en Maastricht als een win-win situatie. We brengen kennis en ervaring van de VOSON als opleidingsinstituut, van de afdeling huisartsgeneeskunde in Maastricht en van de lokale netwerken, waaronder de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg, bij elkaar. Door de financiële ondersteuning van de SBOH (de werkgever van onder andere artsen in opleiding tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde) hebben we een sterk projectteam kunnen samenstellen dat deze ontwikkeling

een enorme boost kan geven. We streven naar een eerste opleidingsgroep in Maastricht per 1 september 2019, zonder krimp van het aantal Nijmeegse aios. Een hele uitdaging, maar we gaan ervoor! ☺

### Amsterdam

Gerion (Amsterdam UMC)\* met een instroomcapaciteit van 70 plaatsen per jaar

### Nijmegen

VOSON (Radboudumc) met een instroomcapaciteit van 70 plaatsen per jaar

### Leiden

SOOL (LUMC) met een instroomcapaciteit van 46 plaatsen per jaar

\* Gerion heeft een dependance in Groningen (UMCG)

# Projectgroep Ouderengeneeskunde Maastricht

## Radoudumc Nijmegen

- Anne van den Brink, specialist ouderengeneeskunde, hoofd VOSON
- Paul Geelen, adjuncthoofd VOSON
- Marianne Geurts, gedragswetenschapper, projectleider

## Contact

Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met Babette Doorn, projectmanager vakgroep Huisartsgeneeskunde UM, 043-388 21 51. Correspondentie graag via [SO@maastrichtuniversity.nl](mailto:SO@maastrichtuniversity.nl), meer informatie en solliciteren: [www.ouderengeneeskunde.nu](http://www.ouderengeneeskunde.nu)

## MUMC+ Maastricht

- Jos Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde
- Mariëlle van de Velden-Daamen, specialist ouderengeneeskunde, coördinator opleiding
- Babette Doorn, projectmanager
- Joost Dormans, coördinator bedrijfsvoering ☺



vlnr: Anne, Marianne, Jos, Mariëlle, Paul, Babette en Joost

# Stelt zich voor



## Mariëlle van der Velden-Daamen

coördinator opleiding specialist ouderengeneeskunde  
Maastricht

**Per 1 september 2019 starten we hopelijk met de eerste groep aiOS de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (SO) in Maastricht. Vooralsnog doen we dat onder de vlag van de Vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde Nijmegen (VOSON).**

Een goede voorbereiding daartoe is essentieel. Eind oktober ben ik daarom gestart als coördinator van de SO-opleiding binnen de vakgroep huisartsgeneeskunde voor 1 dag per week. Mijn belangrijkste taken zijn het bekend maken en werven van opleidingsplaatsen, opleiders en basisartsen om een eerste opleidingsgroep te kunnen starten. Daarnaast zal het onderwijs, zoals vastgelegd in het curriculum, goed neergezet moeten worden. We maken gebruik van het curriculum van Nijmegen, welke afgeleid is van het landelijk opleidingsplan tot specialist ouderengeneeskunde. Na drie jaar zal gekeken worden of Maastricht als opleidingsinstituut zelfstandig verder kan. We hopen ook iets 'eigens' aan het curriculum toe te voegen.

Gelukkig hoef ik dit niet allemaal alleen te doen, maar maak ik deel uit van een enthousiaste projectgroep waarin

we elkaar mooi aanvullen vanuit ieders eigen expertise en kwaliteiten. Ik heb er in ieder geval zin in!

Naast deze rol als coördinator ben ik werkzaam als specialist ouderengeneeskunde bij Cicero Zorggroep in Brunssum. Behalve directe patiëntenzorg, zowel in de intramurale zorg als in de geriatrische revalidatie zorg, houd ik me ook bezig met wetenschappelijk onderzoek en ben ik een schakel tussen de Academische Werkplaats Ouderenzorg (AWO) en de praktijk. Mijn verbondenheid met de AWO dateert al vanaf de start van mijn promotieonderzoek naar hartfalen bij verpleeghuisbewoners. In 2016 ben ik gepromoveerd bij hoogleraar Jos Schols, tevens lid van het projectteam dat de opleiding opzet in Maastricht.

Als nevenactiviteiten zit ik in de Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling van Verenso (de beroepsgroep van de specialisten ouderengeneeskunde) en ben ik redactielid van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO), het vakblad van de beroepsgroep.

Tot slot nog iets over mezelf. Ik ben getrouwd en heb drie kinderen (een uitwonende dochter van 23 jaar en twee zonen van 17 en 18). Mijn vrije tijd besteed ik graag aan sporten (fitness en skiën) en geniet ik van lange wandelingen met onze twee honden door ons prachtige Limburgse landschap. ☺

De opleiding ouderengeneeskunde in Maastricht

## 'Een extra opleiding is hard nodig'

DOOR JOS SCHOLS, HOGLERAAR OUDERENGENEESKUNDE

Zo'n 10 jaar geleden, op vrijdag 26 september 2008, aanvaardde ik het ambt van bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht met het uitspreken van de rede: *'Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend;*

*maar ook herkend en erkend?'* In deze rede bracht ik het uitdagende werk van de verpleeghuisarts over het voetlicht en brak ik een lans voor een verbetering van de samenwerking tussen verpleeghuisartsen, huisartsen en geriaters e/o internisten ouderengeneeskunde.

Nu, 10 jaar later, is er heel veel gebeurd: de naam 'verpleeghuisarts' is veranderd in 'specialist ouderengeneeskunde' (SO) en we starten een vervolgopleiding tot SO in Maastricht.

De Maastrichtse leerstoel, inmiddels een reguliere leerstoel ouderengeneeskunde, heeft zich de afgelopen jaren vooral gericht op het verrichten van onderzoek in verpleeghuizen omdat dit onderzoek in ons land destijds echt nog in de kinderschoenen stond. Inmiddels is het onderzoek stevig verankerd binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg (AWO) Zuid-Limburg en wordt ook onderzoek verricht in samenwerking met diverse andere Maastrichtse, landelijke en buitenlandse onderzoekspartners.

Verder is van meet af aan vanuit de leerstoel bijgedragen aan het Maastrichtse onderwijs voor artsen in opleiding én huisartsen in opleiding.

Voordat de leerstoel verpleeghuisgeneeskunde er kwam in Maastricht, waren er al vergelijkbare leerstoelen in Amsterdam, Nijmegen en Leiden. Later is er nog eentje bijgekomen in Groningen. De drie universiteiten die Maastricht voorgingen, hebben al veel langer een specialisatieopleiding. Aangezien deze opleidingen lange tijd moeite hadden om steeds volledig bezet te zijn, werd destijds in goed overleg afgesproken dat Maastricht toen niet met een opleiding ouderengeneeskunde zou beginnen.

Anno 2018 ligt dat anders: de tijden zijn veranderd. Een extra opleiding is hard nodig en mogelijk.

Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde neemt toe door de vergrijzing en door ontwikkelingen in de ouderenzorg zelf. Kwetsbare ouderen blijven veel langer in hun eigen woonomgeving, omdat de overstap naar een verzorgingshuis of verpleeghuis niet langer vanzelfsprekend is. Dit vraagt om extra versterking van de medische zorg voor zelfstandig wonende ouderen. Daarnaast wordt de zorg in verpleeghuizen complexer. Alleen de meest kwetsbare en hulpbehoevende ouderen komen nog in aanmerking voor opname in een verpleeghuis.

De specialist ouderengeneeskunde is de medisch expert in de zorg voor deze kwetsbare en hulpbehoevende ouderen, niet alleen in het verpleeghuis, maar ook voor de huisarts die steeds meer ouderen met complexe problemen ziet. Daarnaast kan de SO in samenwerking met de huisarts en klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde ook een rol spelen in de preventie van onnodige ziekenhuisopnames van ouderen.

Daarom is het ook niet meer dan logisch dat de opleiding tot SO wordt ondergebracht bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Maastricht waar ook de driejarige specialisatie tot huisarts wordt aangeboden. Zo kan de aanwezige infrastructuur optimaal worden

benut en ontstaan extra mooie kansen voor onderlinge samenwerking en scholing tussen artsen in opleiding tot een van beide beroepen.

De grootste uitdaging zal zijn om jonge basisartsen te interesseren voor ons mooie beroep. Wij richten ons op het bieden van betekenisvolle medische zorg aan de meest kwetsbare en hulpbehoevende ouderen. Deze groep is gekenmerkt door multimorbiditeit, polyfarmacie en een grote mate van zorgafhankelijkheid, waarbij de juiste balans gezocht moet worden tussen cure en care. Het gaat niet zozeer om het toevoegen van dagen aan het leven, maar om het toevoegen van leven aan de dagen.

Er zal ook extra energie gestoken worden in het basiscurriculum geneeskunde in Maastricht, want die studenten moeten vroegtijdig met dit mooie vakgebied kennis maken.

De eerste jaren zal de Maastrichtse opleiding verzorgd worden onder auspiciën en regie van de Vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde Nijmegen (VOSON) van het Radboudumc, die deze opleiding sinds 1995 verzorgt. Daarna hoopt het nieuwe enthousiaste Maastrichtse team op eigen kracht verder te kunnen.

Na een gedegen voorbereiding hopen we in september 2019 in Maastricht met een eerste groep van 10-12 artsen in opleiding (aios) te kunnen starten.

Voor mij een belangrijke mijlpaal, maar voor de kwetsbare ouderen die de zorg van de SO nodig hebben, bittere noodzaak. ☺





Interview met een aios ouderengeneeskunde

# Kom eens kijken in het verpleeghuis!

DOOR SHENNAH AUSTEN, ARTS IN OPLEIDING TOT SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE



## Wie ben je?

Mijn naam is Shannah Austen en ik ben 32 jaar. Ik ben geboren en getogen in Zuid-Limburg. Momenteel woon ik in Nuth met mijn man Michèl, onze dochter van 2,5 jaar en onze hond Hummer.

Ik ben specialist ouderengeneeskunde in opleiding bij Cicero Zorggroep en werk in verpleeghuis Schuttershof in Brunssum. De opleiding volg ik via de Vervolgopleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde Nijmegen (VOSON). In mijn vrije tijd breng ik graag tijd door met mijn familie en vrienden. Ik houd van tuinieren, klussen en lezen.

## Hoe kwam je in opleiding en wat vind je leuk?

Dat is wel een verhaal. Ik heb in het vijfde jaar van mijn opleiding tot orthopedisch chirurg de bewuste keuze gemaakt om te stoppen met de opleiding. Orthopedie is nog steeds een prachtig vak, maar past niet goed bij mij als mens en als arts. Mijn hart ligt niet bij opereren maar bij de dagelijkse zorg voor de kwetsbare oudere. Ik vind het fijn om een langdurige en persoonlijke behandelrelatie te kunnen opbouwen met patiënten. Daarnaast is het interessant om bezig te zijn met een breed spectrum aan complexe problemen, waarbij niet alleen lichamelijke factoren aan bod komen, maar de hele mens. Ik voel me thuis binnen de ouderengeneeskunde. Ik ben praktisch en generalistisch bezig met een specifieke patiëntengroep waarbij de insteek curatief kan zijn, gericht op kwaliteit van leven maar ook op begeleiden van het levenseinde. Hierbij werk ik een hecht team waarbij het prettig is dat alle disciplines samenkomen. Daarnaast spreekt het mij aan dat het vak in beweging is en dat ik daaraan positief kan bijdragen.

## Hoe kwam je met de ouderengeneeskunde in aanraking?

Helaas niet binnen de reguliere studie geneeskunde. Eigenlijk omdat ik zoekende was naar wat ik wilde na het stoppen met de Orthopedie. Op de website van Cicero staat: "Wij zijn altijd op zoek naar enthousiaste basisartsen". Ik heb er eerst gewerkt als basisarts en inmiddels ben ik in opleiding.

## Is er werk als je klaar bent en valt er wat te kiezen?

Er is zeker werk als ik klaar ben, er is een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Je kan kiezen op

het gebied van regio en organisatie, als ook binnen het specialisme: psychogeriatric, somatiek, revalidatie, palliatieve zorg, consulten in de eerstelijns. Er zijn ook mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek te doen.

## Welke richting ga je uit denk je?

Dat maakt me eigenlijk niet zoveel uit, ik houd van de afwisseling. Sommige dingen moet ik ook nog in mijn opleiding gaan ondervinden. Als het maar gecombineerd wordt met een afdeling psychogeriatric. Ook wil ik graag in de toekomst weer wetenschappelijk onderzoek gaan doen.

## Wat zou je tegen artsen in opleiding willen zeggen?

Kom eens kijken in het verpleeghuis en loop eens mee met een specialist ouderengeneeskunde. We zijn praktische generalisten voor een hele specifieke patiëntengroep. De teams waarin je werkt zijn in het algemeen erg hecht en er heerst een veilig en open leerklimaat. Het is een relatief jong vak waar van alles mogelijk is.

## Waar hoop je later te gaan werken?

Bij een organisatie met een prettig en open werkklimaat, waarin in ik de ruimte krijg om te groeien en mezelf verder te ontplooiën. Waar de patiënten centraal staan en waar maatwerk geleverd wordt. Het liefst ook in een organisatie waarin alle facetten van de ouderengeneeskunde aanwezig zijn.

## Jij komt zelf uit de regio Zuid-Limburg. Als je nu nog moest kiezen, wat betekent ons aanbod in Maastricht voor jou?

Ik woon in Nuth, ben opgegroeid in Hoensbroek en heb gestudeerd aan de UM. Wat uitmaakt is reisafstand, zeker met een jong gezin. Binnen de opleiding zijn er vaak gastdocenten en specialisten uit de regio van de opleiding. Ik ben eigenlijk wel benieuwd wie deze aanspreekpunten kunnen zijn in mijn eigen regio, contacten leggen dus. Als het aanbod binnen de opleiding verschillend zou zijn of een verschil aan leerstijl, dan zou dat mijn keuze ook beïnvloeden.

## Wat wil je ons meegeven in Maastricht?

Haal input bij je AIOS. Waar hebben ze behoefte aan en wanneer? Maak het niet te schools, bepaalde kaders zijn noodzakelijk, maar het blijft volwassenenonderwijs. ☺

Complexe ouderenzorg nader onderzocht

# Moeilijk om de juiste zorg te vinden

DOOR JANINE COLLET, SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE EN PROMOVENDUS



## Wat een mooi nieuws, dat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde ook in Maastricht van start gaat!

Ik denk dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde elkaar nodig hebben om kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe somatische en psychosociale problematiek te kunnen behandelen.

De specialist ouderengeneeskunde kan patiënten in de hele zorgketen 'bedienen': zowel in de extramurale zorg, als medebehandelaar in nauwe samenwerking met huisarts, POH, wijkverpleegkundige of casemanager, als in de intramurale zorg als hoofdbehandelaar in een multidisciplinaire setting. Hij/zij is actief bij herstellende (revalidatie) na acute situaties, al dan niet na een ziekenhuisopname. Daarnaast liggen er taken voor specifieke zorg bij chronische patiëntgroepen, zoals de palliatieve zorg, de beademingszorg, de zorg voor patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en Korsakov patiënten.

Specialisten ouderengeneeskunde werken vanuit hun eigen praktijk, vanuit groepspraktijken, of in dienst van een verpleeghuisorganisatie, een ziekenhuis of een psychiatrische instelling.

Vanwege mijn 'liefde' voor patiënten met multimorbiditeit met zowel lichamelijke als psychiatrische aandoeningen, werk ik al 16 jaar in de ouderenpsychiatrie. Als specialist ouderengeneeskunde met specifieke kennis van psychogeriatrische en gerontopsychiatrische patiënten met ernstige gedragsproblematiek, word ik vanuit de GGz regelmatig door huisartsen voor een consult gevraagd.

In de praktijk zie ik dat de zorg hapert of stagneert, wanneer er sprake is van ernstige gedragsproblemen of wanneer een psychiatrische patiënt in de thuissituatie extra lichamelijke klachten krijgt. Er ontstaat vaak discussie over waar en van wie de patiënt het beste zorg kan krijgen.

Voor een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis én ALS, of voor de NAH-patiënt met ernstige gedragsproblemen is het vaak moeilijk de juiste zorg te vinden of te organiseren. Ook de oudere psychiatrische patiënt met een bipolaire stoornis én een dementie past niet in het standaard zorgindicatieplaatje. Als de mantelzorg, de thuiszorg en de dagbesteding aan het eind van hun Latijn zijn, blijkt het organiseren van een opnameplek soms een helse klus. Het verpleeghuis geeft aan de gedragsproblematiek niet aan te kunnen en de GGz kan de somatische zorg niet bieden.

Het lijkt dus van belang om de samenwerking tussen GGz-instellingen of andere psychische hulpverleners en V&V-instellingen beter vorm te geven en te verankeren. Er is behoefte aan een intramurale zorgmogelijkheid, waar GGz én verpleeghuiszorg geleverd worden voor deze specifieke groep patiënten met een dubbele zorgvraag (DZV-patiënten).

Wetenschappelijk onderzoek over deze specifieke doelgroep is uitermate schaars. We kunnen 'practice based' aanbevelingen doen, maar het wetenschappelijk bewijs ontbreekt.

Daarom onderzoek ik binnen het project Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home (SpeCIMeN) zowel binnen de GGz als binnen het verpleeghuis de exacte kenmerken en zorgbehoeften van deze DZV-patiënten én de kenmerken van hun professionele verzorgers. Deze kennis is noodzakelijk om een adequaat (keten)zorgaanbod voor DZV-patiënten te ontwikkelen.

In 2019 hoop ik op dit onderzoek te promoveren. Uit de voorlopige resultaten blijkt, dat DZV-patiënten vragen om innovatieve zorgvormen, met gedeelde verantwoordelijkheid en goede afstemming over wie wat doet en meer adequate c.q. passende financieringssystemen. ☺

*"Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hebben elkaar nodig"*

Gezondheidsrechtelijke kwesties

# Euthanasie bij dementie, wees overtuigd!

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS EN JURIST



**Over (kwetsbare) ouderen, machtigingen, schriftelijke wilsverklaringen, levenstestamenten en advanced care planning.**

## Inleiding

In de vorige 'Op één Lijn' (nummer 61) schreef ik een artikel over wilsverklaringen. Dit jaar veroorzaakte het onderwerp 'euthanasie bij dementerenden' veel onrust onder artsen<sup>1</sup>. De wilsverklaring speelt hierbij ook een rol. Vandaar dit nieuwe artikel.

Voor het eerst dit jaar is er namelijk sprake van een daling van het aantal euthanasiegevallen<sup>2</sup>. Daarnaast zijn notarissen euthanasieverklaringen op gaan stellen voorzien van dementieclausules, afgegeven door de huisarts. Zelf heb ik dit jaar meermalen het verzoek gehad om te beoordelen of een schriftelijke wilsverklaring wel juridisch 'waterdicht' is, vooral bij dementie. Daarbij zag ik allerlei slimme tekstconstructies langskomen om alle mogelijke obstakels te vangen, zoals akkoord gaan met vooraf sederen bij onrust, doorgaan bij afweer of verzet, tot en met het vergelijken van de eigen situatie met die van een geliefd huisdier die een levensbeëindigend spuitje krijgt.

In tijden van verwarring en lastige beslissingen, is back to basics een goede manier om weer overzicht te krijgen, zoals het ABCD in de acute geneeskunde.

Back to basics betekent terug naar 'hoe zat het ook alweer?' en 'welke stappen moet ik nemen om zorgvuldig en overtuigd te zijn in mijn beslissing?'.

## Euthanasie algemeen

Euthanasie staat nog steeds in het Wetboek voor Strafrecht omdat het feitelijk nog steeds 'moord met voorbedachten

rade' is. Alleen als je het erg zorgvuldig uitvoert, is er geen strafvervolging. Los van het strafrecht kijkt er een Toetsingscommissie mee en staat het tuchtrecht open voor klachten op dit terrein.

Er staat nergens in de wet dat een wilsverklaring nodig is om tot euthanasie over te gaan. De inhoud van een euthanasieverklaring doet er dus feitelijk niet toe. Echter, bij wilsonbekwame patiënten en vergevorderde dementie, waarbij de patiënt het zelf niet meer kan zeggen, kan het wel als 'bewijs' dienen voor het euthanasieverzoek. Heeft de patiënt in zijn wilsverklaring ook een 'voorwaardelijke clausule' (vergelijkbaar met 'behandelverbod'; je mag niet verder gaan tot er aan de clausule is voldaan) heeft opgenomen, dan moet daar uitdrukkelijk rekening mee gehouden worden (dit was het geval van de zaak die bij het tuchtcollege is behandeld).

Om euthanasie zorgvuldig uit te voeren, is er in de wet een aantal zorgvuldigheidseisen opgenomen.

De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in *artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht*, houden in dat de arts:

- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d; en
- de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Zoals te lezen is, staat er nergens dat er een schriftelijke wilsverklaring nodig is. Je moet als arts overtuigd zijn. Als je verschillende gesprekken met een patiënt hebt gehad en daarvan goed verslag hebt gedaan in jouw dossier, dan is dat voldoende. Je moet de SCEN-artsen vooraf en de toetsingscommissie achteraf kunnen overtuigen dat je het

1 Artikel in Trouw 8 maart 2018, OM start vier nieuwe onderzoeken naar mogelijk strafbare euthanasie. Uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege in Den Haag, over euthanasie bij dementie van 24 juli 2018.

2 Aantal euthanasiegevallen koerst voor het eerst in jaren af op daling. Het aantal gevallen van euthanasie is in de eerste negen maanden van dit jaar met 9 procent afgenomen, naar 4600. Dit meldt Trouw. Volkskrant, 16 oktober 2018. Bij het afronden van dit artikel bleek op 9 november 2018 dat het OM opnieuw een strafrechterlijk onderzoek instelt naar de handelswijze van een verpleeghuisarts die al eerder was berispt door het Tuchtcollege



zorgvuldig gedaan hebt. Je mag natuurlijk een schriftelijke wilsverklaring gebruiken, maar je zal moeten aantonen dat er ook daadwerkelijk over gesproken is. Het is verstandig om een elders opgesteld euthanasieverzoek grondig te lezen, om te weten of er geen voorwaardelijke clausules zijn opgenomen. Om met de rechter te spreken: ‘een euthanasieverzoek moet kraakhelder zijn’ en ‘er mag geen ruimte voor interpretatie bestaan’.

‘Vrijwillig’ wijst op het uitsluiten dat het onder druk van anderen (of door anderen) is opgesteld. ‘Weloverwogen’ wil zeggen dat de patiënt wilsbekwaam is ten tijde van het verzoek. Bij dementie moet je er dus op tijd bij zijn. ‘Weloverwogen’ houdt ook in dat de patiënt een goed beeld heeft van zijn ziekte, de prognose en eventuele alternatieven. Daarnaast is er ook nog de overtuiging dat er sprake is van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden (lastig als de patiënt het zelf niet meer weet/beseft/lijdt?) en dan nog de overtuiging dat er geen redelijke andere oplossing is.

Je moet kunnen aantonen dat er gesproken is over de huidige situatie en de vooruitzichten en dat er tenminste één andere, onafhankelijke arts, heeft mede beoordeeld. Als het dan tot uitvoering komt, moet dit volgens de geldende protocollen.

Er staat ook nergens dat er sprake moet zijn van een herhaald verzoek om euthanasie; een eenmalig verzoek is voldoende. Een eenmalig gesprek over euthanasie zal echter niet erg overtuigend overkomen. Ook over actualiseren van het euthanasieverzoek staat nergens iets geschreven in de wet. Maar regelmatig nagaan of de patiënt er nog hetzelfde over denkt en ongewijzigd achter het verzoek staat, zal de overtuiging van de arts alleen maar vergroten. In mijn praktijk kwam het regelmatig voor dat een verzoek werd bijgesteld of dat er (voor)waarden voor ‘ondraaglijk’ en ‘uitzichtloos’ werden toegevoegd.

### De waarde van een schriftelijke wilsverklaring

De waarde van een schriftelijke wilsverklaring is dus beperkt en strikt genomen niet nodig. Maar dan moet wel het een en ander in het dossier vastgelegd worden. Is er wel een wilsverklaring, lees deze dan goed en bespreek dat met de patiënt. Focus dan op de opgenomen voorwaardelijke clausules. Maak helder wat voor deze patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is. Als dat er niet in staat, laat het dan aanvullen of in het dossier zetten. Actualiseren is strikt genomen niet nodig, maar een tien jaar oude wilsverklaring, zonder dat er daarna nog over gesproken is, zal niet overtuigend werken. Bij een vergevorderde dementie kan een schriftelijke wilsverklaring, die eerder vrijwillig en weloverwogen is opgesteld, dienen als verzoek om euthanasie. Deze wilsverklaring kan dan ook als bewijs dienen voor de SCEN-arts en de Toetsingscommissie Euthanasie als de situatie van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zich voordoet, euthanasie wordt overwogen en als aan de andere voorwaarden is voldaan.

### Euthanasie bij wilsonbekwaamheid

Euthanasie bij wilsonbekwaamheid maakt het lastiger omdat het een weloverwogen verzoek moet zijn, wat impliceert dat een patiënt wilsbekwaam moet zijn. In het stappenplan wilsbekwaamheid van de KNMG<sup>3</sup> staat dat “als de hulpverlener (comorbide) psychiatrische problematiek vermoedt, dan moet bij belangrijke beslissingen ook een algemeen psychiatrisch onderzoek plaatsvinden”. Euthanasieverzoeken bij een comorbide depressie behoren tot deze categorie. Van belang is het toetsen van begrijpen, waarderen en toepassen van informatie, het redeneren en het maken van een keuze.

### Euthanasie bij dementie

Bij de diagnose dementie ben je niet automatisch wilsonbekwaam. Voor dementen geldt, net als bij iedereen, dat de wilsbekwaamheid moet worden beoordeeld ten aanzien van de vraag die voorligt. In de woorden van de tuchtrechter: “een demente patiënt raakt het recht om over diens eigen leven te beschikken niet kwijt”.

Daarnaast kan het overtuigd zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden moeilijk worden, maar ook hier geldt dat als daar duidelijk sprake van is door bijvoorbeeld; angst, onrust verdriet en het niemand meer herkennen, dit overtuigend kan zijn.

Euthanasie bij (vergevorderde) dementie is dus mogelijk als:

- Er een ‘kraakheldere’ wilsverklaring is, in welke vorm dan ook, die niet voor meerderlei uitleg vatbaar is;
- Er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden;
- Er geen andere oplossing voor het probleem is’;
- Er tenminste één andere onafhankelijk arts mee beoordeelt; bij dementie is dat bij voorkeur een geriater of een specialist ouderengeneeskunde en
- De euthanasie zorgvuldig wordt uitgevoerd volgens de geldende richtlijn.

### Hulp bij zelfdoding

Voor hulp bij zelfdoding gelden voor een hulpverlener dezelfde zorgvuldigheidseisen als bij euthanasie. Voor de wet is dit een ‘variant van euthanasie’. Daarnaast zijn er richtlijnen voor specifieke situaties<sup>4</sup>.

### Conclusie

Euthanasie bij (vergevorderde) dementie is mogelijk mits aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dat deze zorgvuldigheidseisen bij wilsonbekwaamheid en dementie voor iedereen (arts-patiënt-familie-Toetsingscommissie en eventueel de tuchtrechter en het Openbaar ministerie) heel overtuigend moeten zijn, moge uit het bovenstaande duidelijk zijn. ☺

3 Van Wet naar Praktijk, deel 2, informatie en toestemming, pag. 117 e.v. Utrecht 2004, In de richtlijn ‘omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis’ Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2009 wordt het standpunt van de KNMG meer gespecificeerd.

4 Zie noot 3

In de media

# Vergrijzend Limburg krijgt specialisatie ouderengeneeskunde

DOOR MARIANNE SLEGGERS (DAGBLAD DE LIMBURGER)<sup>1</sup>

**De Universiteit Maastricht (UM) start vanaf september 2019 met de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Er is grote vraag naar deze artsen want krimpregio Limburg vergrijst in rap tempo.**

Als de prognose klopt, is meer dan 50 procent van de Limburgers ouder dan vijftig jaar in 2050. Jonge mensen trekken weg uit Limburg, maar ook is de groep ouderen relatief groot doordat er sinds de jaren zeventig minder mensen worden geboren. Eén van de gevolgen hiervan is dat de zorgvraag in Limburg - maar ook in de rest van Nederland - stijgende is, zegt specialist ouderengeneeskunde Mariëlle van der Velden, die de nieuwe opleiding gaat coördineren. "In 2030 werkt waarschijnlijk zo'n 20 procent van de beroepsbevolking in de zorg."

## Gat

Door het wegvallen van de verzorgingshuizen is er een gapend gat ontstaan tussen de huidige verpleeghuizen en de thuissituatie. Jos Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde aan de UM: "Dit vraagt om extra versterking van de medische zorg voor zelfstandig wonende ouderen." Maar er is ook een groeiende behoefte aan meer specialisten in de verpleeghuizen want de zorg daar is complexer geworden. Schols: "Alleen de meest kwetsbare en hulpbehoevende ouderen komen tegenwoordig nog in aanmerking voor opname in een verpleeghuis."

De ouderenzorg – in de medische wereld val je in de groep 'ouderen' vanaf 65 jaar - is flink veranderd in het afgelopen decennium. Schols: "Kwetsbare ouderen blijven tegenwoordig veel langer in hun eigen woonomgeving, omdat de overstap naar een verpleeghuis niet langer vanzelfsprekend is."

## Imagoprobleem

De nieuwe driejarige opleiding wordt ondergebracht bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de UM en hoopt in september met tien tot twaalf nieuwe AIO's (artsen in opleiding) te starten. Vooralsnog gebeurt dit onder verantwoordelijkheid van het RadboudUMC in Nijmegen – die net als Amsterdam en Leiden – een soortgelijke specialisatie aanbiedt. Op termijn hoopt de opleiding zelfstandig verder te kunnen. Schols: "Deze specialisatie had lang een imagoprobleem. Vaak denken jonge artsen dat het ziekenhuis de meeste uitdaging biedt. Dat beeld begint gelukkig te kantelen."



Mariëlle van de Velden (links op de foto)

De specialist ouderengeneeskunde – voorheen ook wel 'verpleeghuisarts' genoemd - is expert in de zorg voor kwetsbare en hulpbehoevende ouderen. Niet alleen in het verpleeghuis, maar ook voor de huisarts die in de toekomst dus steeds meer ouderen met complexe problemen ziet. Van der Velden: "De uitdaging van dit specialisme is dat het heel breed is. Je krijgt als arts met ouderen te maken die door meerdere aandoeningen tegelijk toenemend zorgafhankelijk zijn. Daarnaast spelen vaak ook ethische vragen mee: wat ga je nog doen? Wat is met het oog op iemands leeftijd, verantwoord en nog zinvol?"

## Praten

Van der Velden: "Specialisten ouderengeneeskunde zijn vaak bezig om te anticiperen op het naderende levenseinde. Bijvoorbeeld: wil iemand wel of niet nog naar het ziekenhuis, of wel of niet nog worden gereanimeerd? Het is goed om daarover te praten."

Zorgbehoevende ouderen hebben -naast veel voorkomende ziekten zoals dementie- vaak te maken met een opeenstapeling van chronische ziekten en gebruiken vaak veel medicijnen tegelijk, met alle gevolgen van dien.

Schols: "Als specialist ouderengeneeskunde ben je op zoek naar de juiste balans tussen cure en care. Het gaat niet zozeer om het toevoegen van dagen aan het leven, maar om het toevoegen van leven aan de dagen." ☺

## Meerdaagse Nascholing Ouderengeneeskunde

Kom naar de 12e editie van het congres 'Ouderengeneeskunde Maastricht 2.0' op 10, 11 en 12 april 2019 in de Bonbonnière in Maastricht. **Accreditatie: 18 uur.**

Onderwerpen o.a. dementie bij migranten, geriatrische revalidatie, nieuwe vormen van geriatrische zorg, waaronder hospital@home, trombo-embolieën en kanker, nieuwe ontwikkelingen bij diabetes mellitus, de wet zorg en dwang, oncologie bij ouderen en palliatieve zorg. Info: [www.stichting-postacademische-nascholing.nl/maastricht](http://www.stichting-postacademische-nascholing.nl/maastricht)

<sup>1</sup> Verschijningsdatum: 20 november 2018

Column

# Zorgen doe je samen

DOOR K.O.E.K. WOUS



**Terwijl ik het hospice uitloop vraag ik me af: hoe krijgt ze het toch weer voor elkaar? Op de een of andere manier is weer de mix van emoties ontstaan die ik bijna altijd heb ervaren in het contact met haar. Een mix van machteloze compassie en frustratie. En het erge is: dit doet ze niet alleen met mij. Haar overige hulpverleners, al dan niet beroepshalve, hebben mij ook al gebeld, omdat ze bij hen dezelfde emoties teweegbrengt. Je wil haar zo graag helpen, maar merkt, dat alles wat je probeert, niks oplevert. En des te harder je werkt, des te minder je bereikt.**

Zij is de ideale patiënt om mensen van hun hulpverlenerssyndroom af te helpen.

Maar nu gaat ze naar alle waarschijnlijkheid binnenkort dood. Hoewel ze ook nu weer haar behandelende medici tart, door al veel langer te leven dan verwacht, ondanks een abtinerend beleid. En ook nu weer doet ze met haar medicatie wat zij wil, met alle verpleegadviezen wat zij wil, doet ze met alle voedingsadviezen wat zij wil. En ze blijft tegelijkertijd om hulp vragen. Maar ik zie helaas dat het ook helemaal niet goed met haar gaat! Ik zie haar lijden! En dat doet mij telkens wanneer ik haar bezoek pijn.

Ik zucht maar eens heel diep. Mijn maat, die met me mee is geweest op bezoek, kijkt me aan en knikt. Voordat we in de auto stappen gaan we even op een bankje zitten en bespreken wat we het afgelopen uur weer gezien en gehoord hebben en wat het met ons doet. Ik heb een hele fijne maat, realiseer ik me maar weer eens. Maar zeg ik dat ook wel vaak genoeg tegen haar? De vraag stellen is hem beantwoorden, vrees ik.

Dat het belangrijk is om een fijne collega in je buurt te hebben, is me de afgelopen weken helaas weer te vaak duidelijk geworden. In korte tijd was het vanochtend alweer de derde patiënt die kwam vertellen, dat ze zich op haar werk ziek gemeld had, omdat ze de werkdruk en –sfeer niet meer aan kon. De leidinggevende die ten koste van het personeel carrière wil maken is de wel vaker gehoorde

katalysator van ellende. Waarbij ook het personeel elkaar niet steunt, of zelfs hakken zet om in het gevlei van hun leidinggevende te komen. Dan wordt het op de werkvloer een heel eenzame strijd om te overleven. Gedoemd om slachtoffers te maken.

Helaas begin ik deze negatieve geluiden over het werk ook te horen van collega's werkzaam in het beste streekziekenhuis in de buurt. Ook daar hebben managers de 'macht' gegrepen en zij bepalen steeds meer wat de dokter moet doen en laten en wanneer. Bij ons huisartsen proberen de zorgverzekeraars, soms via DBC afspraken met de zorggroep, steeds meer zeggenschap te krijgen over ons medisch handelen en zijn de herregistratie eisen strenger geworden. Naast de toename van taken in de afgelopen jaren, bepaalt dat vooral de toegenomen werkdruk. Niet alleen voor ons, maar ook voor onze medewerkers.

Praktijkhouders hebben de keus wat ze wel en wat niet willen aanbieden aan hun patiënten in de praktijk. Zoals mijn maat zegt: "Huisartsen kunnen alles, maar willen we dat ook?" Onze medewerkers moeten hierin met ons mee.

Gelukkig kunnen we de werksfeer in onze praktijk samen met onze medewerkers en collega's zelf bepalen. Ik heb het geluk gehad van begin af aan met een hele fijne collega een duo praktijk te hebben. Waarmee ik aan het eind van de dag de moeilijke, maar ook mooie momenten die zijn gebeurd kan bespreken. En dat doen wij niet alleen met elkaar, maar ook met onze medewerkers. Bovendien zijn we het ook roerend met elkaar eens dat we regelmatig iets leuks moeten doen met zijn allen. Niet alleen ons jaarlijkse praktijkuitje, maar ook af en toe een hapje eten samen, of borrelen.

Zij is ook een collega die met me aan het eind van de dag samen naar een patiënt gaat kijken die in een hospice is opgenomen en me keer op keer emotioneel weet te raken. Zoals ik dat ook voor haar zou doen. Voordat ik in mijn auto stap bedank ik haar dat ze met me mee is gegaan. ☺