

Federatienieuws

VOORZITTERSCOLUMN

Met de nadruk op basis

An het eind van dit jaar is het de bedoeling dat er een nieuw raamplan ligt voor de opleiding geneeskunde. Iets wat geen gemakkelijke opgave is. Allerlei medische specialisaties en organisaties hebben een duidelijke mening over wat cruciale kennis is die een basisarts moet bezitten. Zelfs de overheid mengt zich in de discussie. Geef je gehoor aan al deze meningen, zou de opleiding minstens twee keer zo lang duren. De belangrijkste vraag die daarom gesteld moet worden is: waar ligt de grens in de kennis die je als basisarts en als specialist moet te beheersen? Als je het mij vraagt, ligt de verhouding nu scheef.

Recentelijk ben ik begonnen aan de coschappen; het moment dat je de theoretische kennis die je in de bachelor hebt opgedaan in praktijk brengt. De huidige bachelor geneeskunde zit prop- en propvol met feiten. Mocht je als student of arts het idee hebben dat er iets mist in het curriculum, dan word je onmiddellijk gevraagd aan te geven wat er dan geschrapt dient te worden, omdat er niks meer bij kan. Iets waar de meesten, waaronder ik, niet makkelijk antwoord op kunnen geven.

Nu, na mijn eerste coschap, heb ik wel wat schrapsuggesties. Want hoewel ik met goede moed de coschappen begon, zakte deze mij pijnlijk in de schoenen op de eerste dag. Nog nooit had ik tijd besteed aan het werken in een elektronisch patiëntendossier. Laat staan wat ik hierin moet schrijven. Ik had de eerste dag van mijn coschap 'grote visite'. Geen idee wat je tijdens zo'n visite moet doen. Vrij bescha-

mend om dan tijdens deze grote visite te ontdekken dat je geen flauw benul hebt van infuusbeleid. Terwijl nagenoeg elke patiënt een infuus heeft.

Ik heb in mijn bachelor meer tijd besteed aan neuro-endocriene tumoren dan aan infusen. Ik heb geleerd wat specifieke TNM-stadia waren van maligniteiten en welke soorten chemotherapieën gegeven worden bij verschillende lymfomen. Kennis die je, tenzij je specialist wordt in de betreffende richting, haast nooit gaat toepassen. Natuurlijk is het van belang hier de basisbeginselen van te kennen, maar van net zo groot belang is het dat je weet hoe de zorg georganiseerd is. Dat je weet welke mogelijkheden er bestaan met thuiszorg, revalidatie en wat hier de indicaties voor zijn. Dat je weet wat de taken zijn van verpleegkundigen en alle paramedici, die blijkbaar ook in een ziekenhuis werken.

Het gebrek aan deze basale kennis tijdens de eerste coschappen ervoer ik als dermate groot dat het je verhindert om als coassistent de kennis toe te passen waar je zo hard voor gestudeerd hebt. Deze achterstand zorgt ervoor dat je de eerste weken wel op een krukje moet zitten. Het is dan ook dit wat ik meeneem als ik meepraat over het raamplan. Wij moeten niet opgeleid worden tot minispecialisten, maar tot basisartsen, met de nadruk op basis. Misschien mis ik dan die porfyria acuta intermittens bij een acute buik, maar weet ik in ieder geval op welke stand de infuuspomp moet voor adequate pijnstilling.



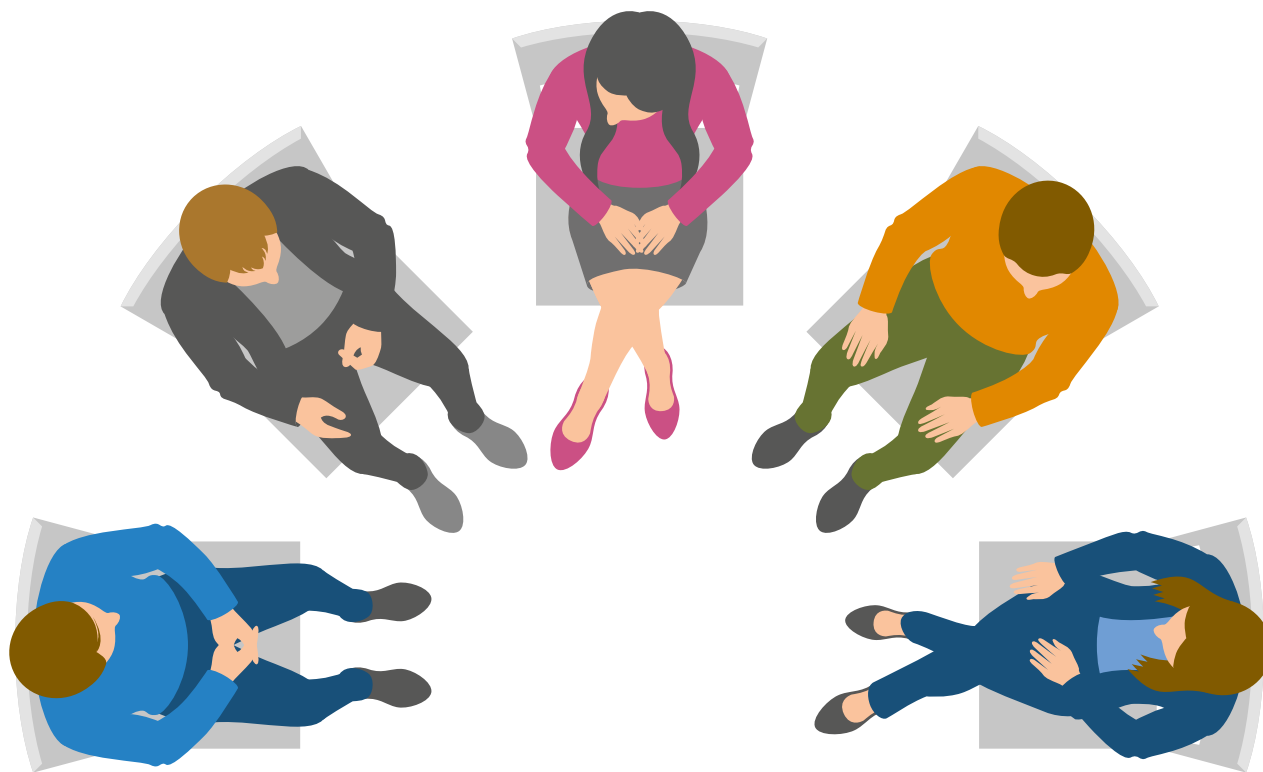
AMIR ABDELMOUMEN



Van net zo groot belang is het dat je weet hoe de zorg georganiseerd is



Amir Abdelmoumen
voorzitter
De Geneeskundestudent



GETTY IMAGES

Rond de tafel over euthanasie bij dementie

‘Wie, ik dood? Nee hoor dokter!’

‘Mijn vader gaf in zijn euthanasieverzoek aan nooit naar een verpleeghuis te willen, maar nu lijdt hij niet zichtbaar... wat te doen?’ ‘Als arts voel ik me vaak machteloos: ik kan niet iets doen wat niet mag.’ ‘Doet het er nog wel toe wat ik als patiënt zelf zeg en voel?’

Dit soort vragen en dilemma's kwamen op tafel tijdens twee rondetafelgesprekken van de KNMG in maart 2019. Experts vanuit ethisch, juridisch en maatschappelijk perspectief gingen met elkaar in gesprek, evenals afgevaardigden van maatschappelijke, beroeps- en patiëntenorganisaties.

De deelnemers kregen de vraag om vanuit het perspectief van de patiënt, de naasten of de arts naar een geschetste situatie te kijken. De machteloosheid, de frustratie, het verdriet, de druk en ook de boosheid werden in de gesprekken voelbaar. Ook kon

men zich beter invoelen in de dilemma's die iedere partij ervaart. De KNMG bracht zo niet alleen de diversiteit aan opvattingen in kaart, maar kreeg ook over en weer de complexe dilemma's van artsen, patiënten en naasten scherper.

De rondetafelgesprekken maken deel uit van het project ‘Euthanasie bij dementie’ van de KNMG en haar federatiepartners. De KNMG wil in dit project tot een visie komen die dokters houvast geeft om samen met patiënten en hun naasten tot goede afwegingen te komen over euthanasie in de verschillende fases van dementie. Die visie wordt in de loop van 2020 verwacht.



Meneer Van Dam (84) heeft de ziekte van Alzheimer. Na een snelle achteruitgang is hij opgenomen in een verpleeghuis. In een enkele jaren daarvoor opgesteld euthanasieverzoek heeft hij aangegeven niet naar het verpleeghuis te willen. Tegen de huisarts zei hij destijds: 'Als ik moet worden opgenomen, wil ik euthanasie. Dat is voor mij ondraaglijk lijden'. Zijn echtgenote herkent hij vaak niet meer. Soms is hij verdrietig en boos dat ze hem 'in de steek heeft gelaten'. 's Nachts dwaalt hij geregeld door het verpleeghuis. Hij lijkt dan erg ongelukkig en in de war. Soms zegt hij tegen de specialist ouderengeneeskunde dat hij dood wil, andere keren ontkent hij dat. 'Wie, ik dood? Nee hoor dokter!'

Een ongewilde situatie

'Vreselijk dat we in deze situatie zijn beland', zeggen de deelnemers die zich verplaatsen in de rol van de naasten van meneer Van Dam. 'Mijn man, onze vader, moest in een crisissituatie plotseling naar het verpleeghuis, terwijl in zijn schriftelijk euthanasieverzoek staat dat hij dat níét wilde. Nu zitten we ermee. Het enige wat wij nog kunnen doen, is ervoor zorgen dat zijn wens wordt uitgevoerd.'

'Dit is nu juist waar onze moeder bang voor was'

De eisen van de wet

De deelnemers in de rol van arts kijken er anders naar: 'Het is duidelijk dat uw man, jullie vader, soms ongelukkig is. Maar als ik hem ernaar vraag, zegt hij dat hij niet dood wil. Dat maakt de situatie gecompliceerd.' Als arts zien zij onvoldoende grond om het euthanasieverzoek in te willigen, want één van de eisen van de euthanasiewet is dat er sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden: 'Al zou ik er zelf nog toe bereid zijn, het mag gewoon niet volgens de wet.'

De naasten ervaren de reactie van de arts als 'een klap in hun gezicht'. Zij betwijfelen of meneer Van Dam zelf nog iets zinnigs kan zeggen over hoe hij zich voelt en wat hij wil. Ze zeggen tegen de arts: 'Hij is niet meer wilsbekwaam. De ziekte heeft zijn echte persoonlijkheid overgenomen. Als u hem als gezonde man had gekend, zou u weten dat hij nooit in deze situatie had willen belanden. Waarom zijn we hier niet voor gewaarschuwd? Hoe hadden we deze ellende kunnen voorkomen?'

Een eng gevoel

'Het voelt wel een beetje eng dat er zo over mij wordt gesproken', zeggen de deelnemers in de rol van patiënt. 'Doet het er niet meer toe wat ik zelf zeg en voel? Wordt aan een eerder opgesteld euthanasieverzoek meer waarde gehecht dan aan wat ik nu zeg of met mijn gedrag laat zien? Ik dacht dat ik door dat schriftelijke euthanasieverzoek een probleem zou voorkomen, ik wilde mijn naasten verdriet besparen. Maar kennelijk heb ik iedereen juist met een groot probleem opgezadeld.'

'Als arts voel ik me nu machteloos. Ik kan niet iets doen wat niet mag', ervaren diverse deelnemers in de rol van arts. Het moeilijke van dementie is dat het verloop ervan niet te voorspellen is, zien zij: er zijn vele vormen van dementie en elke persoon reageert daar weer anders op.

De deelnemers concluderen: je moet regelmatig met elkaar in gesprek bij een schriftelijk euthanasieverzoek. De fase waarin iemand nog wilsbekwaam is, is soms snel voorbij. Als er niet meer met de persoon zelf over het lijden en de doodswens gecommuniceerd kan worden, ontstaat een groot dilemma.

Mevrouw Ter Steeg (62) heeft sinds zeven jaar vasculaire dementie. Zij is volledig afhankelijk van hulp en zit de hele dag in een stoel met een blad om vallen te voorkomen. Kort na de diagnose dementie legde zij vast euthanasie te willen als zij haar kinderen niet meer zou herkennen. Dat moment is nu aangebroken. Ze geeft niet meer uit zichzelf aan dat ze honger of dorst heeft, maar als haar iets wordt aangeboden eet en drinkt ze wel. Ze vertoont geen tekenen van lijden en lijkt tevreden met de situatie. Haar naasten vinden haar situatie onwaardig en dringen aan op euthanasie: 'Dit had moeder niet gewild.' Als de arts aan mevrouw zelf vraagt of ze euthanasie wil, lijkt ze niet te begrijpen wat de arts zegt.

De pijn van de naasten

'Het is vreselijk om onze moeder zo te zien. Die totale ontlustering', zeggen de deelnemers in de rol van naasten. 'Ze is de regie helemaal kwijt en herkent ons ook niet meer. Ziet u hoe ze erbij zit? Het is voor ons niet om aan te zien. Dit is nu juist waar onze moeder bang voor was. Ze kan het zelf niet meer zeggen, maar dit is onze moeder niet meer. Euthanasie is de enige uitweg.'

De kloof tussen wens en werkelijkheid

'Het is niet zo dat uw moeder ondraaglijk lijdt; ze lijkt over het algemeen best tevreden', reageren de deelnemers in de rol van de arts. 'Waarom komen jullie hier nu pas mee? Na het euthanasieverzoek zeven jaar geleden is er niet meer over gesproken. Ook heeft jullie moeder nooit zelf concreet om euthanasie gevraagd. Dat maakt het heel lastig. Wij zien heel vaak dat het perspectief van mensen tijdens hun ziekte opschuift. Mensen

denken dat het leven onleefbaar wordt als ze zichzelf niet meer kunnen redden of als ze hun naasten niet meer herkennen, maar als het eenmaal zo ver is, ervaren ze dat toch anders. Wens en werkelijkheid – daar zit soms een ravijn tussen.'

Welke belangen wegen het zwaarst?

'Onze moeder kan er wel tevreden uitzien, maar daaruit blijkt juist dat zij zichzelf niet meer is. Wat ze zegt of doet, is niet meer van betekenis', zeggen de naasten. 'Waarom neemt u niet aan wat wij zeggen? Dit was haar laatste wens.'

De informatie die de naasten geven, is heel belangrijk, vinden de 'artsen', maar een dosis gezond wantrouwen blijft verstandig. 'Familieleden zijn het niet altijd met elkaar eens. Ook kunnen er andere motieven meespelen om een situatie te beëindigen. Zeker als de ziekte heel lang duurt en de last zwaar wordt, of als naasten zich schuldig voelen omdat ze hun partner of ouder hebben beloofd dat ze een bepaalde situatie zouden voorkomen. Maar een arts heeft de taak om te kijken hoe het met de persoon zelf gaat en of er tekenen zijn van ondraaglijk lijden.

De dilemma's zijn groot en de oplossingen niet zwart-wit

Het dilemma van de patiënt

Je moet deze narisigheid zien te voorkomen door je euthanasieverzoek nauwkeuriger te omschrijven en alle mogelijke situaties te benoemen, zo constateren deelnemers in de rol van patiënt. Misschien zelfs wel vastleggen dat je euthanasie wil als je vrolijk lijkt of niet lijkt te lijden. Of het besluit tot euthanasie eerder nemen, als je nog volledig wilsbekwaam bent. Maar dat voelt als te vroeg.

Nee, zeggen de deelnemers in de rol van arts, een wilsverklaring kan onmogelijk alle situaties afdekken. 'De werkelijke situatie wijkt toch altijd af van wat is opgeschreven. Een schriftelijk euthanasieverzoek is nuttig als onderdeel van een zorgvuldig proces en als beginpunt voor een gesprek. Zodat iedereen weet hoe de patiënt over zijn levenseinde denkt. Daarom moet je dit onderwerp vroeg bespreken en herhalen. Tegelijkertijd moeten mensen weten dat een schriftelijk euthanasieverzoek maar zelden wordt gehonoreerd, omdat aan de eisen van de euthanasiewet moet worden voldaan.'

En voer dat gesprek over het levenseinde in de volle breedte – dat vinden alle deelnemers belangrijk. 'Als het gesprek alleen maar over euthanasie gaat, kunnen mensen heel gestrest raken. Want wat is het goede moment om dat verzoek te doen? Het gesprek moet juist ook over kwaliteit van leven en zorg gaan. Hoe ziet een persoon zijn levenseinde, wat heeft hij nodig, wat wil hij wel, wat wil hij niet? Het gaat erom mogelijkheden te vinden om tot op het laatste moment kwaliteit van leven te hebben.'

In andermans schoenen

De gesprekken maken vooral één ding duidelijk: de dilemma's zijn groot en de oplossingen niet zwart-wit. Het helpt om in de schoenen van de ander te gaan staan. Elke positie kent eigen dilemma's. Dat inzicht is erg belangrijk, want we moeten samen uit de complexe dilemma's rond euthanasie en dementie komen.

Deze uitkomst én de opvattingen die de deelnemers schriftelijk hebben aangeleverd, nemen de KNMG en haar federatiepartners mee om tot een visie te komen over het onderwerp euthanasie bij dementie. *knmg*

Meer informatie: knmg.nl/euthanasie-bij-dementie.

COLLEGE
GENEESKUNDIGE
SPECIALISMEN

knmg

Openbare kennisgeving

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft op 7 maart 2019 bepaald dat de heer P.M.F.J.J. Knapen, laatst bekende woonplaats Lommel in België, met als beroep psychiater, met onmiddellijke werking als arts is doorgehaald in het BIG-register. De beëindiging is van kracht per 7 maart 2019. Ingevolge artikel 35 van de Regeling specialismen en profielen geneeskunst, in werking getreden op 1 januari 2013, leidt deze beëindiging van de inschrijving in het register van artsen tot beëindiging van de inschrijving in het register psychiatrie met ingang van 7 maart 2019.

Richtlijn: meer zorg op maat bij preventie hart- en vaatziekten

De richtlijn Cardiovasculair risicomanagement is geactualiseerd. Dankzij deze herziening kunnen huisartsen en medisch specialisten een betere inschatting maken van het risico op hart- en vaatziekten en meer gepersonaliseerde zorg bieden. Belangrijk, want Nederland kent 1,4 miljoen hart- en vaatpatiënten en naast kanker vormt het de belangrijkste doodsoorzaak. De richtlijn, een gezamenlijk initiatief van huisartsen en medisch specialisten, is deze week gepubliceerd in de Richtlijndatabase.

Internist Frank Visseren (UMC Utrecht) werkte mee aan de richtlijn. 'Het veld zat hier echt op te wachten', stelt hij. 'De afgelopen jaren zijn veel nieuwe wetenschappelijke inzichten ontstaan en nieuwe behandelmogelijkheden bijgekomen. Ook weten we nu dat je cholesterol niet altijd nuchter hoeft te meten en dat thuis gemeten bloeddrukken heel waardevol zijn bij het monitoren van hoge bloeddruk. Maar er was niet duidelijk vastgelegd hoe we dit in de praktijk het beste konden toepassen. Er was veel behoefte aan concrete handvatten. Die zijn er nu. De richtlijn is relevant voor veel specialisten, want de groep mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten is groot: niet alleen mensen bij wie hart- en vaatziekten in de familie zitten, of patiënten die eerder met deze ziekte te maken

hebben gehad, maar ook bijvoorbeeld reumapatiënten en diabetespatiënten. Goed ook dat er nu één richtlijn is voor huisartsen en medisch specialisten, zodat een patiënt die zowel het ziekenhuis als de huisarts bezoekt, voortaan dezelfde diagnostiek en behandeling krijgt.'

Individuele aanpak

De nieuwe richtlijn houdt veel meer rekening met de context van de individuele patiënt en maakt meer zorg op maat mogelijk. Zo worden er bijvoorbeeld bij bloeddruk en cholesterol verschillende streefwaarden aangegeven voor oudere en jongere patiënten. Om de juiste aanpak te bepalen, wordt de patiënt allereerst ingedeeld in een van de drie risicocategorieën. Ook bevat de richtlijn het advies om het risico op hart- en vaatziek-

ten vaker bij individuele patiënten te berekenen met verschillende risicoscores. Samen met de patiënt kan dan heel gericht bepaald worden welke leefstijlmaatregelen en eventueel medicatie nodig is om hart- en vaatziekten te voorkomen.

Samenwerking

De richtlijn Cardiovasculair risicomanagement is ontwikkeld door huisartsen, cardiologen, internisten, neurologen, hartvaatverpleegkundigen en patiëntvertegenwoordigers. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten ondersteunde de ontwikkeling van deze richtlijn. Bekijk de richtlijn op richtlijnen-database.nl.



GETTY IMAGES



Welke knelpunten ervaart u rondom palliatieve sedatie?

De richtlijn Palliatieve sedatie wordt herzien. Onderdeel van deze herziening is een uitgebreide analyse van de knelpunten die zorgverleners ervaren in de praktijk. Uw ervaringen als arts zijn hierbij van groot belang. Met het invullen van een enquête kunt u aangeven welke knelpunten volgens u in de herziene richtlijn aan de orde moeten komen.

De enquête invullen kan tot 26 april a.s. Het invullen van de enquête duurt ongeveer tien minuten. U kunt de vragenlijst invullen via bit.ly/enquete-palliatieve-sedatie.

Knelpuntenenquête

De richtlijncommissie heeft al enkele knelpunten geformuleerd en opgenomen in de enquête. Zorgverleners kunnen laten weten aan welke knelpunten zij prioriteit geven en kunnen de lijst met knelpunten zelf aanvullen. Voor het patiëntenperspectief is door Patiëntenfederatie Nederland een aparte enquête uitgezet. De richtlijncommissie kan op basis van deze inventarisaties een aantal vragen voor literatuuronderzoek opstellen om de richtlijn optimaal te onderbouwen.

Herziening richtlijn Palliatieve sedatie

De richtlijn Palliatieve sedatie uit 2009 wordt herzien om goed te blijven aansluiten bij de nieuwste wetenschappelijke kennis en professionele inzichten. In dat kader is een richtlijnencommissie op initiatief van de KNMG en IKNL in februari 2019 gestart om de richtlijn, momenteel in beheer bij de KNMG, te herzien. Naar verwachting is de richtlijn eind 2020 gereed. 

Meer informatie: knmg.nl/palliatieve-sedatie.

Artsenfederatie KNMG
Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst
R.A.C.L. Héman, voorzitter
A. Rühl, algemeen directeur
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. 088 440 4200, info@fed.knmg.nl
knmg.nl



FEDERATIEPARTNERS

Federatie Medisch Specialisten
M.C.G. Daniëls, algemeen voorzitter
B.J. Heesen, directeur
tel. 088 505 3434
info@demedischspecialist.nl
demedischspecialist.nl



De Geneeskundestudent
A. Abdelmoumen, voorzitter
tel. 088 440 4216
info@degeneekundestudent.nl
degeneekundestudent.nl



KAMG
Koepel Artsen Maatschappij
en Gezondheid
E. Buiting, voorzitter
C.T.J. Derijck, directeur a.i.
tel. 030 303 3662
bureau@kamg.nl, kamg.nl



LAD
Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband
S.J. Booi, voorzitter
C. van den Brekel, directeur
tel. 088 134 4100
bureau@lad.nl, lad.nl



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
N.A. Kalsbeek, voorzitter
P. van Rooij, algemeen directeur
tel. 085 048 0000
lvh@lvh.nl, lvh.nl



NVAB
Nederlandse Vereniging voor
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
J.G.F. Beens, voorzitter
C. van Vliet, directeur
tel. 030 204 0620
kwaliteitsbureau@nvab-online.nl
nvab-online.nl



NVVG
Nederlandse Vereniging voor
Verzekeringsgeneeskunde
R. Kok, voorzitter
M. van Bork, directeur
tel. 030 686 8764
secretariaat@nvvg.nl, nvvg.nl



Verenso
Vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde
N.M. Nieuwenhuizen, voorzitter
N. Hauet, directeur
tel. 030 227 1910
info@verenso.nl, verenso.nl

