Toelichting De lijnen in het Spoor, 20 september 2018, ‘Oud en der behandelingen zat’.

**Inleiding Passage: ‘*De Duvel is oud*’**

In deze titel, die ontleend is aan een uitdrukking van mijn moeder, wanneer zij werd geconfronteerd met haar leeftijd. Het verschil van interpretatie van ouderdom tussen de personen zelf en hen die hen omringen vormt niet zelden de bron van het meningsverschil over de (on)mogelijkheden van behandelingen. Ook liefhebbende naasten verliezen soms hun objectieve waarneemvermogen, wanneer ze vragen om een behandeling bij een oudere persoon. De tweede lijn hulpverlener is vaak nauwelijks bekend met de situatie van de patiënt en zal zijn oordeel moeten baseren op objectief verkrijgbare metingen als nierfunctie, longfunctie en cardiale functies.

Aan de hand van enkele casus uit zijn praktijk zal Passage een opmaat geven voor de rol, die een huisarts hier moet hebben, zowel naar de hulpverleners, maar vooral ook naar de patiënt en diens naasten, die waarschijnlijk meer waarde zullen hechten aan dit oordeel, omdat de huisarts veel beter op de hoogte is van de situatie en omstandigheden van de patiënt.

**Drs. G. van Riet, geriater: Op welke leeftijd werken de richtlijnen niet meer?**

Het specialisme geriatrie is, hoewel de naam anders doet vermoeden een jonger specialisme en op dit moment is de rol van de geriater nog niet voor iedereen duidelijk. Dat heeft natuurlijk te maken met de definitie van ‘oud’: Leeftijd? Verstandelijke vermogens? Fysieke conditie? Maatschappelijke relevantie? Wat maakt iemand oud en wanneer valt hij/zij dan onder de jurisdictie van de geriater?

Naast algemene aspecten van het vak en de rol in de kliniek is de vraag wie de geriater van de eerste lijn is. Op dit moment wordt deze rol ingevuld door de huisarts en zijn praktijkondersteuner. Welke hulp kunnen zij krijgen bij klinische besluitvorming voor patiënten op leeftijd…

Tot slot zal gesproken worden over ‘frailty’, een Angelsaksisch woord, dat misschien wel een samenvatting vormt van alle punten eerder genoemd in deze inleiding. De frailty score moet ons helpen bij onze besluitvorming, wanneer handelen onzinnig lijkt te worden, maar bestaat daarvoor enig wetenschappelijk bewijs??

**Dr. Leo Veenstra, interventiecardioloog: Nooit te oud voor een TAVI?**

De TAVI is destijds ontwikkeld als alternatief voor patiënten, die te oud zijn voor een ‘reguliere’ aortaklepvervanging. Toch moet over deze 20.000 euro kostende ingreep niet lichtzinnig worden gedacht. Hoewel de ingreep bij veel patiënten kan worden uitgevoerd leidt dit niet standaard tot een verbetering van de klinische toestand. Het MUMC+ te Maastricht heeft een standaard behandeling ontwikkeld om de juiste patiënten te selecteren voor de behandeling of af te wijzen. Dat dit niet zelden leidt tot heftige discussies tussen behandelaren toont, dat iets dergelijks niet zo gemakkelijk is..

Toch is geen enkele patiënt gebaat bij een slecht geïndiceerde ingreep, die te gemakkelijk wordt toegepast. En de gezondheidszorg al allerminst.

**dr. Jelle Stoffers, huisarts: Goede tijden of slechte tijden bij het einde der tijden?!**

De kwaliteit van leven is aan het eind van ons leven het belangrijkste, dat door de

behandelend arts kan worden begeleid. Als geen interventies meer mogelijk zijn, dan moet de

patiënt vooral met rust gelaten worden en is de huisarts nog de enige hoofdbehandelaar, evt.

samen met een geestelijk verzorger of palliatief verpleegkundige/medewerker. Deze

intensieve vorm van begeleiding verdient aandacht en techniek, omdat een goede zorg hier

niet alleen voor de betrokken patiënt belangrijk is, maar ook voor de toekomstige

nabestaanden een positieve basis kan zijn voor de rouwverwerking, die zij gaan ondervinden

na de dood van hun dierbare.