**Nascholingsactiviteit in het kader van ‘De lijnen in het Spoor’**

**De oudere patiënt staat centraal**

**Donderdag, 27 juni 2019, 17.30 – 21.30 uur**

**Auberge de Rousch,**

**Kloosterkensweg 17**

**6419 PJ Heerlen**

**Samenvatting van de lezingen**

**Inleiding: Geef deze patiënten weer terug aan de huisarts !**

*Drs. P.J. Passage, huisarts, voorzitter*

Door enkele korte klinische impressies uit de eigen praktijk zal de huisarts-voorzitter collega Passage het programma inleiden. Iedere huisarts kent in zijn praktijk de problematiek van de oudere mens, zeker wanneer je die mens ook hebt gekend toen die nog vol in het leven stond en vaak verantwoordelijke taken had, waarvoor respect bestond in zijn/haar omgeving. Wanneer de dementie zich aankondigt met decorumverlies, verminderd begrip en soms ook een verminderde handelsbekwaamheid is de benadering van deze patiëntengroep geen sinecure, vaak omdat de bedoeling achter het medisch handelen niet meer wordt begrepen en men gemakkelijk in een verwijtsfeer terechtkomt.

Vanavond gaat het om de belangrijke beslissingen die in deze levensfase moeten worden genomen en hopen we elkaar handvatten te kunnen leveren in de omgang daarmee!

Dat de huisarts hier een prominente rol dient te spelen moge duidelijk zijn, of anders duidelijk worden.

**De zin en de onzin van de richtlijnen bij de oudere patiëntengroep met (beginnende)**

**dementie**

*Dr. Casper Eurlings, cardioloog MUMC+*

Richtlijnen zijn in de tegenwoordige geneeskunde niet meer weg te denken en vormen een

belangrijk houvast, niet alleen voor de behandelend arts, maar ook voor de toezichthouders

en bewakers van de kwaliteit. Artsen, die de richtlijnen niet volgen behandelen niet

‘evidence based’. Maar hoe sterk zijn de Richtlijnen bij de patiëntengroep die wij vanavond

met elkaar bespreken en die een niet onaanzienlijk deel vormt van de patiënten, die

dagelijks de poliklinieken en spreekuren van de eerste en tweede lijn vullen.

Collega Eurlings neemt u allen even mee naar de studies, die de basis vormen voor de

richtlijnen en zal u laten zien, dat een deel van de studies erg oud is en werd gedaan bij

patiënten die vaak geen reperfusie therapie ondergingen. Ook zult u in die studies

verrassend weinig oudere en licht demente patiënten aantreffen. Dus *Evidence based*?

**De arts ouderenzorg, concurrent of consulent?**

*Drs. Steven Arends, Arts Ouderenzorg Sevagram Heerlen*

De begeleiding van oudere patiënten met lichte dementie is niet altijd vanzelfsprekend. Wat

wij als normaal beschouwen wordt door hen niet altijd herkend. Tegelijk kunnen wij hun

reacties op prikkels uit hun omgeving niet altijd even goed begrijpen. Ook de begeleiding

van de naasten is belangrijk en vergt de nodige vakbekwaamheid. Wie is de ‘ziekste’

patiënt? De dementerende of de partner die moet toezien hoe haar geliefde steeds verder

wegglijdt? De specialisatie tot arts ouderen geneeskunde is misschien niet zo sexy als die tot

thoraxchirurg, het belang is er niet minder om!

Collega Stevens zal met u gaan bekijken, wanneer deze specialist in beeld komt en hoe hij de

samenwerking zou willen vormgeven. Het lijkt niet zinvol om zorg over te nemen, maar wel

om waar mogelijk advies te geven in behandeling en/of begeleiding.

Dus toch meer consulent dan concurrent?

**De levenskwaliteiten van de demente oudere met euthanasiewens:**

**Wie wikt en wie beschikt?**

*Drs. Raymond Sanders, Coördinator SCEN artsen KNMG*

Dat het beoordelen van de levenskwaliteit van een dementerende niet gemakkelijk is, heeft

u al kunnen begrijpen uit eerdere lezingen vanavond. Toch komt het moment, dat bij een

deel van onze patiënten, dan wel bij hun naasten het gevoel ontstaat: willen we dit nog wel?

Zou patiënt zelf dit gewild hebben? Dan komen gesprekken terug uit het verleden en niet

zelden een wilsbeschikking.

Mensen maken tegenwoordig niet alleen een regulier testament, maar ook een

levenstestament, waarin ze aangeven, hoe zij behandeld willen worden in dergelijke

situaties.

Een belangrijke rol is weggelegd voor de SCEN arts, wanneer een wens tot euthanasie in

beeld komt. Wat is de functie van deze SCEN arts? Is hij er voor de patiënt, of juist voor de

arts, die met deze vraagstelling wordt geconfronteerd? Is hij/zij verantwoordelijk voor een

besluit?

Het besluit tot euthanasie en de uitvoering zijn geen geringe zaken. De consequenties van

een onzorgvuldig genomen besluit zijn groot: de scheiding tussen euthanasie en moord met

voorbedachten rade is soms klein!

Collega Sanders zal u een en ander uitleggen en in de zaal zitten vanavond diverse SCEN

artsen, met wie u kunt kennismaken en die u kunt raadplegen, bijv. bij het bespreken van de

casuïstiek.

**Het Godsbeeld en het Geloof in donkere tijden, wat voegt dat toe aan de kwaliteit van leven bij de zieke mens?**

*Drs. Annemarieke van der Woude, remonstrants predikant*

Het geloof is een individueel gegeven, waar de ene mens veel waarde aan hecht en de ander totaal niets mee heeft. Veel mensen zitten tussen deze twee standpunten in. Zij bezoeken een kerk bij speciale gelegenheden, maar voelen zich niet meer (nauw) verbonden met een bepaalde geloofsleer. In situaties, waar terminaal lijden en de dood voelbaar zijn kan een sluimerende geloofsbeleving meer naar buiten komen. Religie kan steun bieden en het lijden verlichten. Er zijn specifieke sacramenten ontwikkeld, die aan zieken kunnen worden toegediend en die bij hen een verlichting van klachten kunnen geven en de acceptatie van het onvermijdelijke verbeteren. Hoe sta je daar als hulpverlener in, wanneer je ‘andersdenkend’ bent. Kan het helpen, wanneer patiënten worden gewezen op een religie, bezoek van een geestelijke? Hoe doe je dat, wanneer je zelf niets hebt met geloof, of omgekeerd, wanneer jezelf belijdend bent maar de aan jouw zorg toevertrouwde patiënt daar niets mee heeft? Mw. Van der Woude zal enerzijds aangeven, hoe vanuit verschillende geloofsbelevingen met terminaal lijden wordt omgegaan. Anderzijds biedt zij een bescheiden inkijk in ervaringen, die zij als predikant in dit vlak heeft meegemaakt

**Bespreking casuïstiek en samenvatting**

*Drs. P.J. Passage, huisarts, voorzitter*

Aan het slot van de avond zal collega Passage u vragen, welk beleid u in de casuïstiek heeft

gevolgd en of u het met elkaar eens was. Met enkele ‘*take home messages’* kunt u

vervolgens weer – in wetenschappelijke zin aangesterkt – naar huis!

Het geloof is een individueel gegeven, waar de ene mens veel waarde aan hecht en de ander totaal niets mee heeft. Veel mensen zitten tussen deze twee standpunten in. Zij bezoeken een kerk bij speciale gelegenheden, maar voelen zich niet meer (nauw) verbonden met een bepaalde geloofsleer. In situaties, waar terminaal lijden en de dood voelbaar zijn kan een sluimerende geloofsbeleving meer naar buiten komen. Religie kan steun bieden en het lijden verlichten. Er zijn specifieke sacramenten ontwikkeld, die aan zieken kunnen worden toegediend en die bij hen een verlichting van klachten kunnen geven en de acceptatie van het onvermijdelijke verbeteren. Hoe sta je daar als hulpverlener in, wanneer je ‘andersdenkend’ bent. Kan het helpen, wanneer patiënten worden gewezen op een religie, bezoek van een geestelijke? Hoe doe je dat, wanneer je zelf niets hebt met geloof, of omgekeerd, wanneer jezelf belijdend bent maar de aan jouw zorg toevertrouwde patiënt daar niets mee heeft? Mw. Van der Woude zal enerzijds aangeven, hoe vanuit verschillende geloofsbelevingen met terminaal lijden wordt omgegaan. Anderzijds biedt zij een bescheiden inkijk in ervaringen, die zij als predikant in dit vlak heeft meegemaakt