

# Goede zorg rondom het levenseinde

De rol van de opleidingen

Frank Smeenk, longarts Catharina ziekenhuis



catharina  
ziekenhuis

---

# Overzicht

Inleiding

Opleiding 2000 – heden

Huidige ontwikkeling opleidingen



---

# Overzicht

## Inleiding

Opleiding 2000 – heden

Huidige ontwikkeling opleidingen

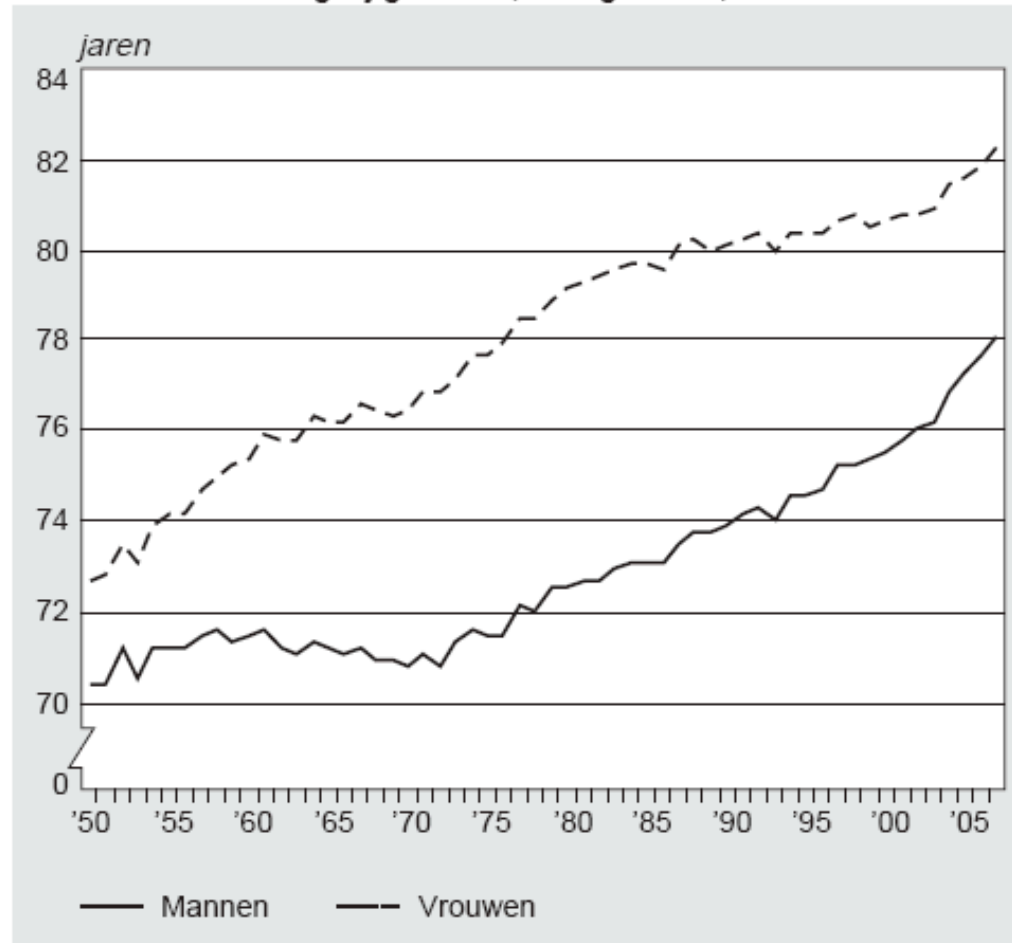


---

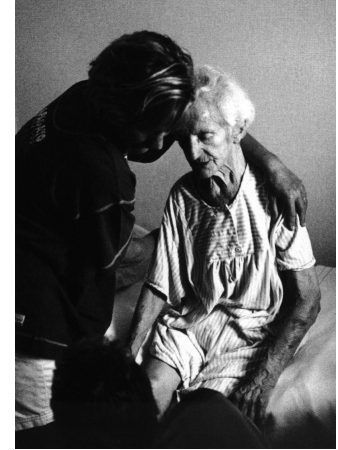
# Levensende

‘Levensende zelfst.naamw. einde van iemands leven, zowel het laatste gedeelte ervan, als het sterven’

### 1. Levensverwachting bij geboorte, naar geslacht, 1950–2007



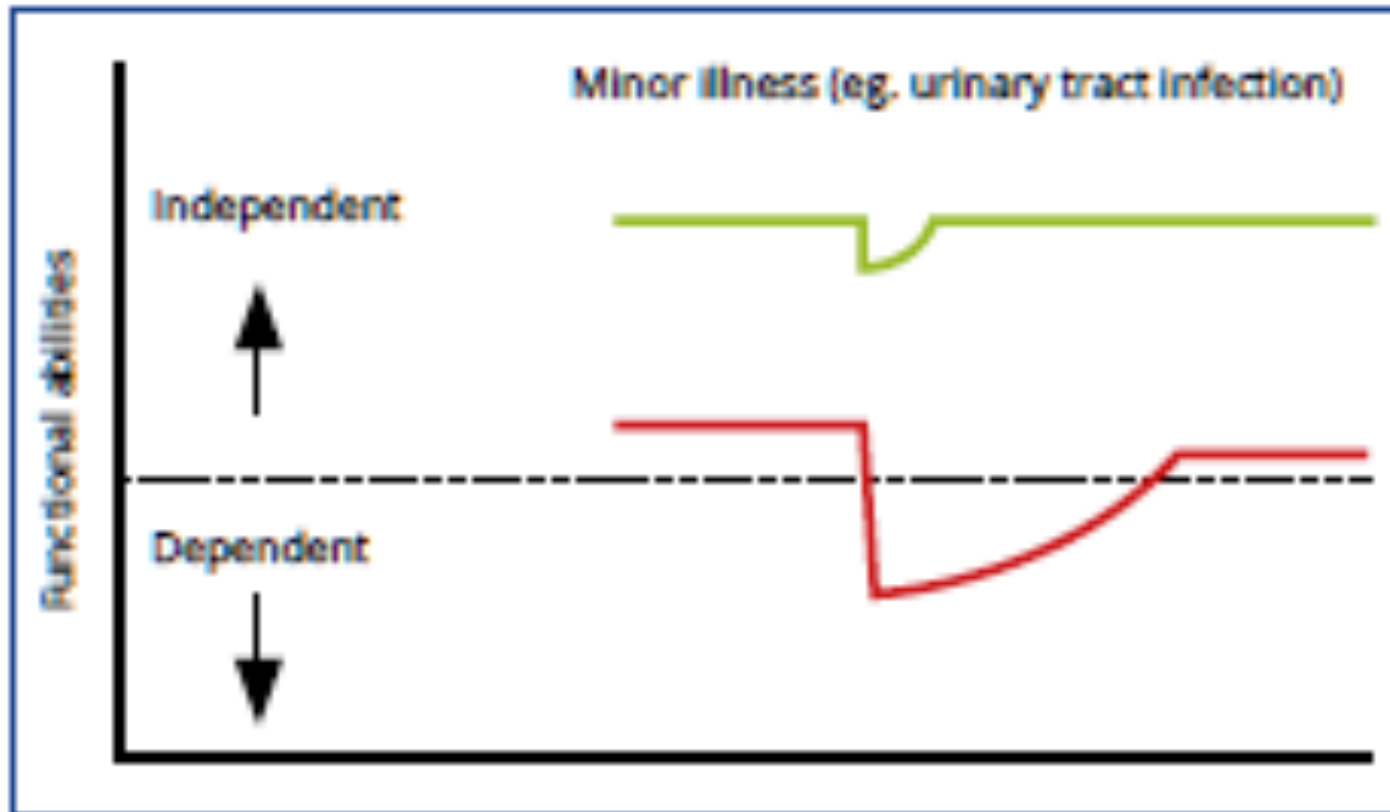
# Problematiek



- Chronische ziekten
- Multi morbiditeit
- Polyfarmacie (veranderde farmacodynamiek)
- Functionaliteit / kwetsbaarheid
- Symptoomarmoede
- Symptoomverandering



# Consequenties



---

# Gevolgen opname

- 30 % > 70 jaar slechter functioneren (ADL)
- 50 % > 85 jaar slechter functioneren

Grote electieve ingreep:

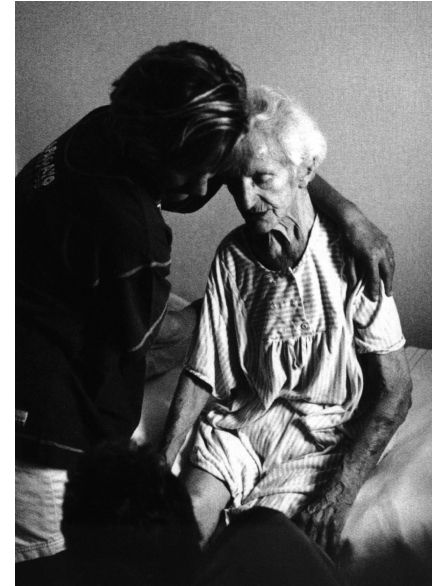
- Na 1 maand: 45 % slechter functioneren
- Na 1 jaar: 28 % functionele achteruitgang





# Delier

- 10 – 40 % opgenomen patienten
- Meer morbiditeit
- 50 % na delier niet terug op uitgangsniveau
- 25 % mortaliteit
- Versnelt cognitieve achteruitgang





# Laatste levensfase onnodig opgerekt

Eenderde van alle patiënten in de laatste weken van het leven krijgt volgens Australische onderzoekers ten onrechte een medische behandeling.

Van onze verslaggeefster  
**Ianthe Sahadat**

**AMSTERDAM** Medici gaan vaak te lang door met het behandelen van patiënten in de laatste levensfase. Dat concluderen Australische onderzoekers vandaag in een grote internationale overzichtsstudie.

Eenderde van alle patiënten in de laatste levensfase krijgt overbodige medische behandelingen zoals een opname op de intensive care, chemotherapie in de laatste weken van het leven of een reanimatie. Dat schrijven de onderzoekers van de University of New South Wales in het vakblad *International Journal for Quality in Health Care*.

Ze laten ook weten dat het niet eenvoudig is om een definitie op te stellen

voor 'zinloos behandelen'. Voor hun onderzoek bekeken ze 38 internationale studies die tussen 1995 en 2015 zijn gedaan in tien landen in Amerika, Azië, Europa en Australië zelf. Een van de studies werd in Nederland gedaan. In totaal zijn de gegevens van 1,2 miljoen patiënten bekeken.

De studie is niet gericht op het maken van een financiële kosten-batenanalyse van de behandeling van chronisch zieken en kwetsbare ouderen, maar op de ethische dilemma's die bij een medisch omgeven levenseinde komen kijken.

Hoogleraar ouderengeneeskunde Rudi Westendorp, die niet bij de studie is betrokken, herkent het beeld van overmatig doorbehandelen, al benadrukt hij dat de term lastig blijft. 'Wan-

## Opname op intensive care, chemotherapie of reanimatie terwijl het zinloos is

neer iemand is overleden is het makkelijk praten dat een bepaalde behandeling niet moest worden ingezet', zegt Westendorp, werkzaam aan de Universiteit van Kopenhagen. 'Daarom moeten behandelaars vooraf goed spreken met een patiënt over de kleine kans van slagen van een behandeling. Dat is ook uitvoerig beschreven in de recente richtlijn voor reanimatie.'

Uit eerder Nederlands onderzoek blijkt dat overbehandeling van terminale kankerpatiënten in Nederland relatief weinig voorkomt, met name omdat veel van hen de laatste levensfase niet in het ziekenhuis maar thuis doormaken.

Dat zegt ook Kees Punt, hoogleraar medische oncologie in het AMC in Amsterdam. 'De onderzoekers in deze studie hebben het onder meer over doorbehandelen zelfs als de patiënt dat niet wil. Dit laatste is in Nederland erg ongewoon, in ieder geval bij het behandelen van kanker. Artsen bespreken met een patiënt wat er mogelijk is en besluiten mét de patiënt wat hem of haar past. Ik denk dat we in Nederland ten opzichte van sommige andere landen meer gewend zijn om als arts met een

patiënt over de dood te praten, en de uitkomsten van een toekomstige behandeling in dat perspectief te plaatsen.'

Toch denkt Westendorp dat sommige medici tegen beter weten in blijven behandelen omdat zij hun handelen stelselmatig te rooskleurig inschatten of omdat zij achteraf niet het verrijt willen krijgen niet alles uit de kast te hebben gehaald. Ook de betrokkenheid van naasten die hun geliefde niet kunnen loslaten is daarop van invloed.

Al met al pleit Westendorp voor 'meer gesprekken over een mooie dood'. 'Het is een modern taboe, in het verleden dacht men actiever na over de dood. Ondanks de gelegenheid tot euthanasie in Nederland zie ik nog altijd angst en ontkenning van het sterfbed.'



---

# Goede zorg levenseinde

## Rol opleiding?

Opleiding is hét middel om de zorg te verbeteren

- Opleiders
- Toekomstige medische specialisten



---

# Regelgeving Nederland

CGS – regelgevend orgaan

RGS – controlerend orgaan

Visie CGS:

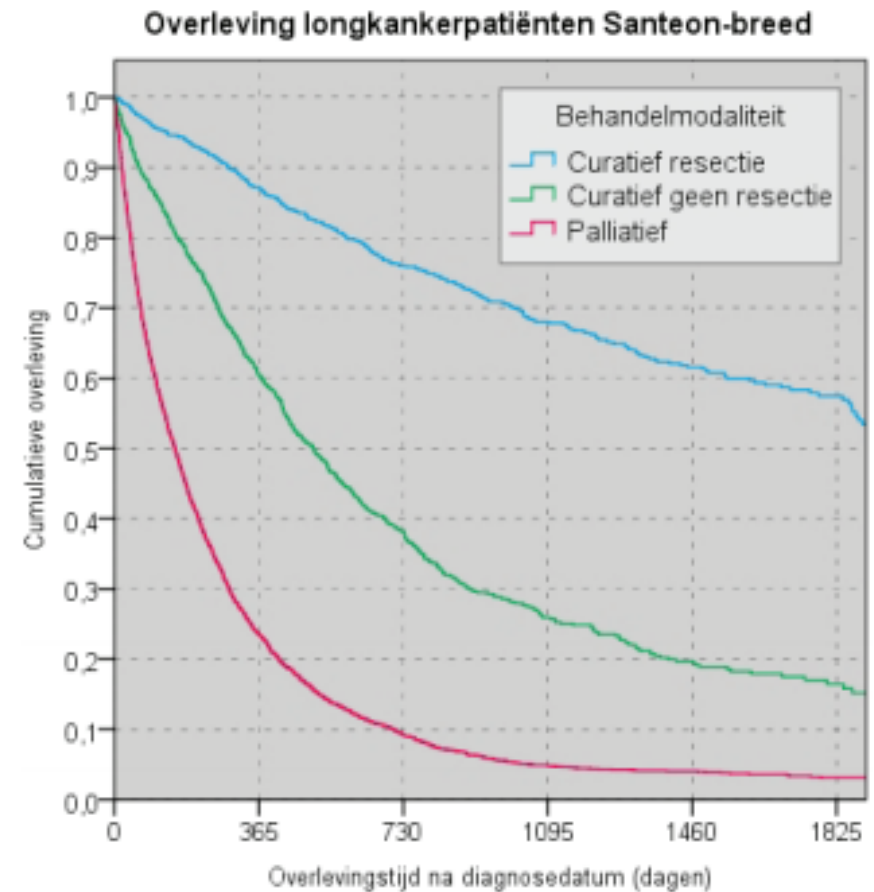
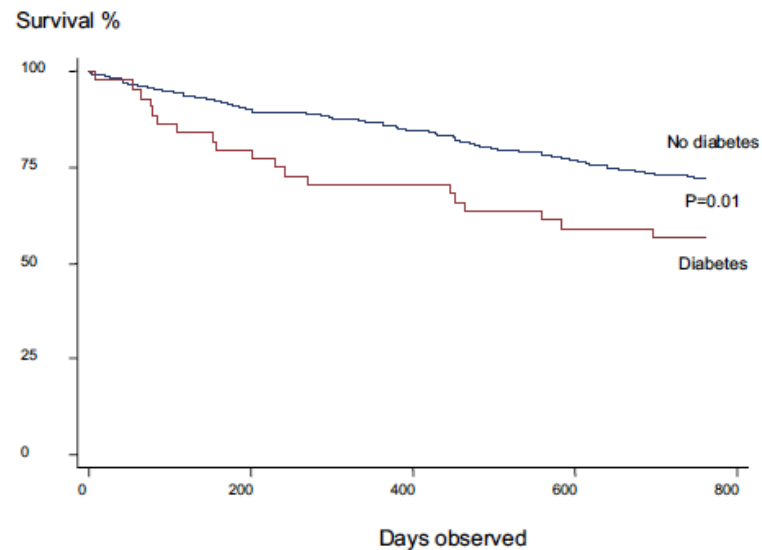
‘Verbeteringsgericht en efficiënt toezicht houden op de medische vervolgopleidingen, opdat deze **toekomstbestendige, deskundige specialisten** afleveren die **patiënt georiënteerd** zijn en oog hebben voor **maatschappelijke ontwikkelingen**’



# Persoonlijke ervaringen

Als longarts?

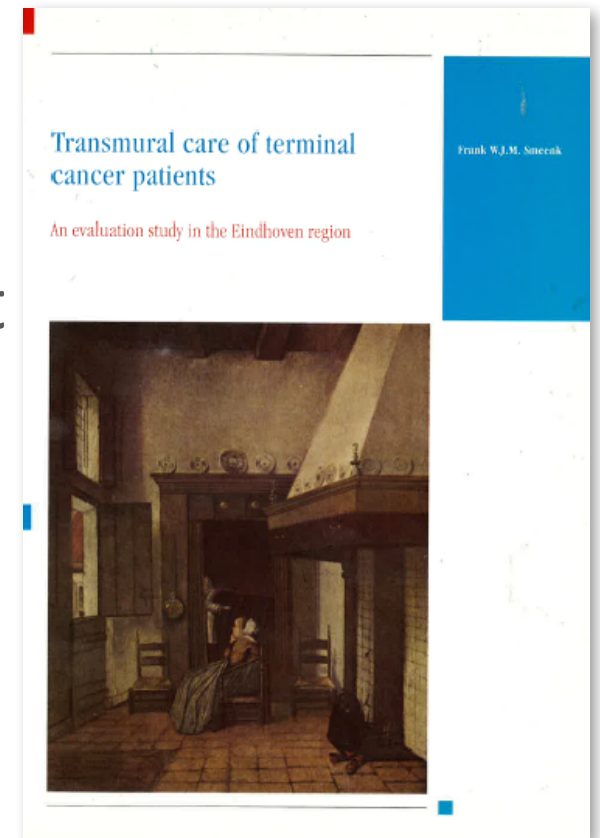
COPD en Longkanker



# Transmural care of terminal cancer patients

Belang van:

- Samenwerking – 24 uurssteunpunt
- Zorgprotocollen
- Gemeenschappelijk zorgdossier
- Transfer verpleegkundige



---

# Resultaten

- Minder re-hospitalisatie (5.8 vs 11.5 dagen)
  - Overleving: 101 vs 69 dagen
- Betere KvL
- 81 vs 65 % thuis overleden



---

# Overzicht

Inleiding

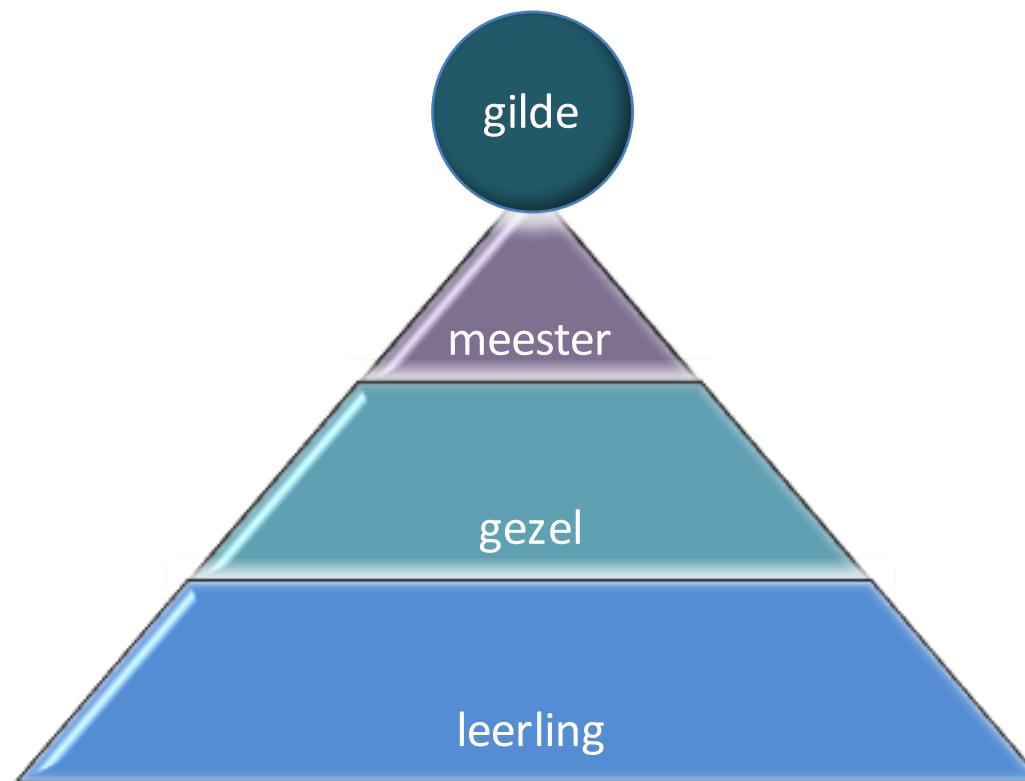
Opleiding 2000 – heden

Huidige ontwikkeling opleidingen



# Medische specialistische vervolgopleidingen tot 2000

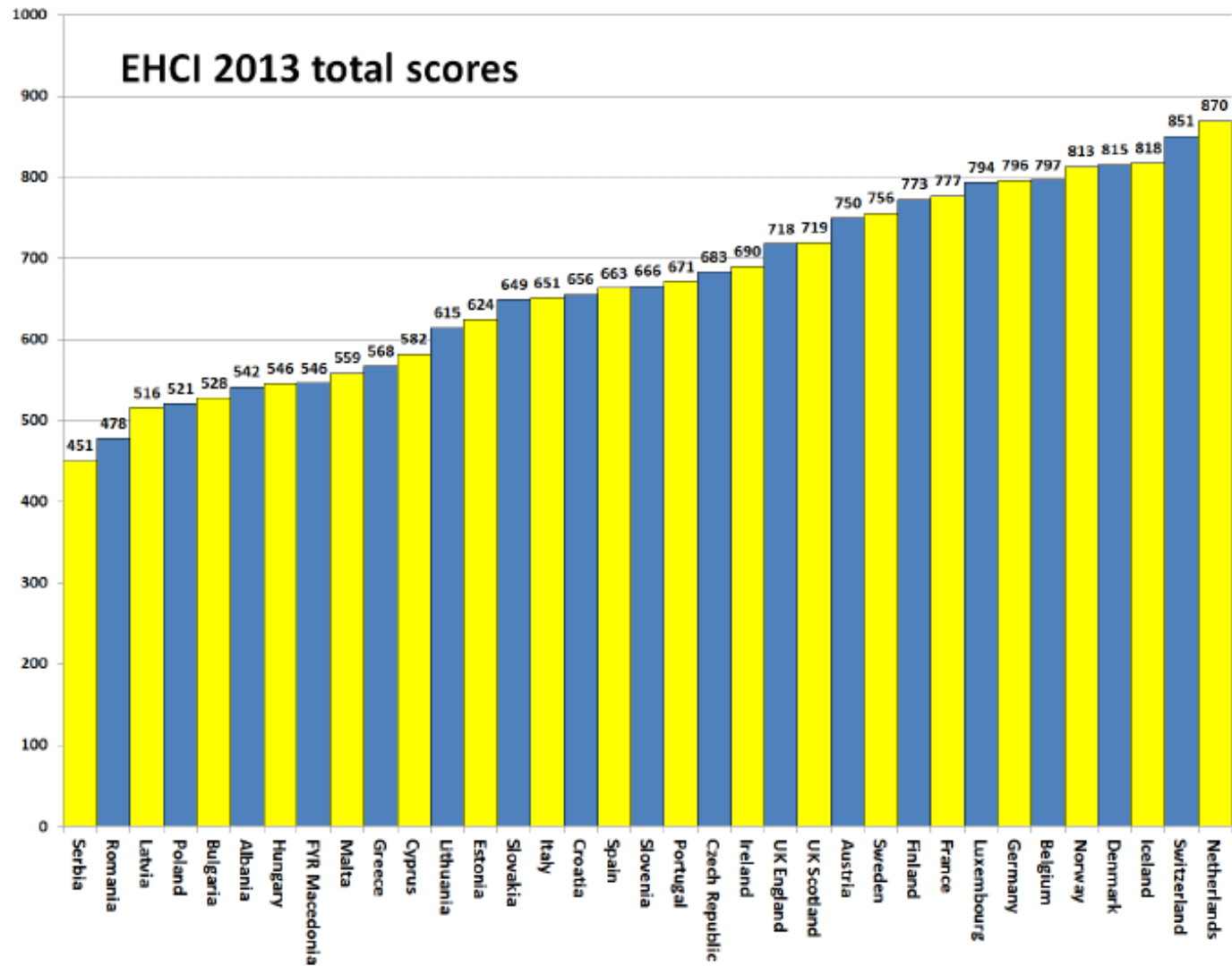
Meester – gezelschap



Hillen H. Ned Tijdschr Geneeskd 2010.  
Lindeboom GA. 1973.



# Kwaliteit van zorg in Nederland?



---

# Neuroloog blijft op online zwarte lijst

ANP – 25/09/09, 14:57

## Huisartsen negeren regels aan sterfbed bewust

Door: Maud Effting

10-12-13 - 05:28 Huisarts. © anp.

## Neuroloog die fout op fout stapelde

VAN ONZE VERSLAGGEEFSTER LIDY NICOLASEN

11-2-14 - 00:00



catharina  
ziekenhuis

# Samenwerking had beter gemoeten

Het probleem met samenwerken is dat het meestal goed gaat. Meestal weet iedereen wel wat zijn rol is, wie er voor welke handeling verantwoordelijk is. Meestal gaat de overdracht goed. Meestal snapt iedereen wel of er grote spoed is geboden bij een operatie. Afspraken zijn ervoor om van meestal altijd te maken. In deze casus gaat het op een aantal punten in de samenwerking mis. Tegen beide betrokken gynaecologen wordt een tuchtklacht ingediend. Een vrouw die weeënstimulantia krijgt, kan op een gegeven moment de banden van het CTG-apparaat niet verdragen,

ze gaan af. Het duurt bijna twee uur voor de foetale hartslag weer wordt geregistreerd en dan blijkt dat er sprake is van foetale nood. De eerste gynaecoloog dacht dat de verpleging het zou regelen. Die deed dat blijkbaar niet. Deze gynaecoloog droeg – bij de wisseling van de wacht – de afwezigheid van registratie niet goed aan zijn collega over, waardoor die pas een uur later een schedelelektrode aanbracht. Hij op zijn beurt besloot tot een spoedsectio over te gaan, maar kwam te laat in actie, informeerde anesthesioloog en kinderarts niet tijdig, en was blijkbaar bij de verpleging niet dui-

delijk genoeg over de mate van spoed. Daardoor duurde het nog lang voordat de operatie plaatsvond.

Het verhaal loopt niet goed af, er wordt een meisje in zeer slechte conditie geboren en ze overlijdt. Beide artsen krijgen een waarschuwing. Goede samenwerking en overdracht; het zijn terugkerende thema's in deze rubriek, maar ze kunnen niet vaak genoeg onder de aandacht gebracht worden.

Op de website staat de zaak tegen de eerste gynaecoloog.

**Sophie Broersen**, arts/journalist  
**Diederik van Meersbergen**, jurist



---

# Belang samenwerking

---

# Maatschappelijke veranderingen

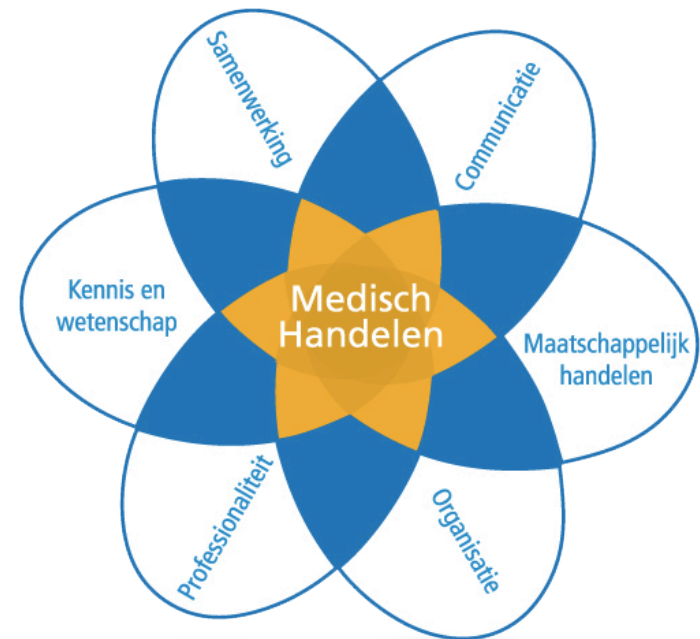
- ✓ Verwachtingen van de patiënt
- ✓ Veranderingen in medisch domein
  - Medisch technologisch
  - Teamwork
- ✓ De dokter zelf is veranderd

# Buitenlandse ervaringen

Wat maakt een goede dokter?

Canada → CanMeds rollen

2016 update



---

# Aanpassingen van de opleidingen noodzakelijk

2000 Kaderbesluit – CanMEDS rollen

2005 Aanpassing alle opleidingsplannen

- Eindtermen
- Leermiddelen
- Toetsing → (niet) medische competenties





---

# Problemen

Implementatie

Bureaucratie



---

# Overzicht

Inleiding

Opleiding 2000 – heden

Huidige ontwikkeling opleidingen



---

# Handvatten voor implementatie niet medische competenties

MMV projectgroep

→ *CanBetter project*

- ✓ Doelmatigheid
- ✓ Leiderschap
- ✓ Patiënt veiligheid en patiënt participatie
- ✓ Ouderenzorg



---

# Toekomst

CGS: Update van alle opleidingsplannen

- Eindtermen
- EPAs
- Generieke thema's
  - ✓ Doelmatigheid
  - ✓ Patiënt veiligheid / participatie
  - ✓ Doelmatigheid
  - ✓ Ouderenzorg



---

# Beoordeling aios

## Competenties vs EPAs

EPAs = Entrustable Professional Activity

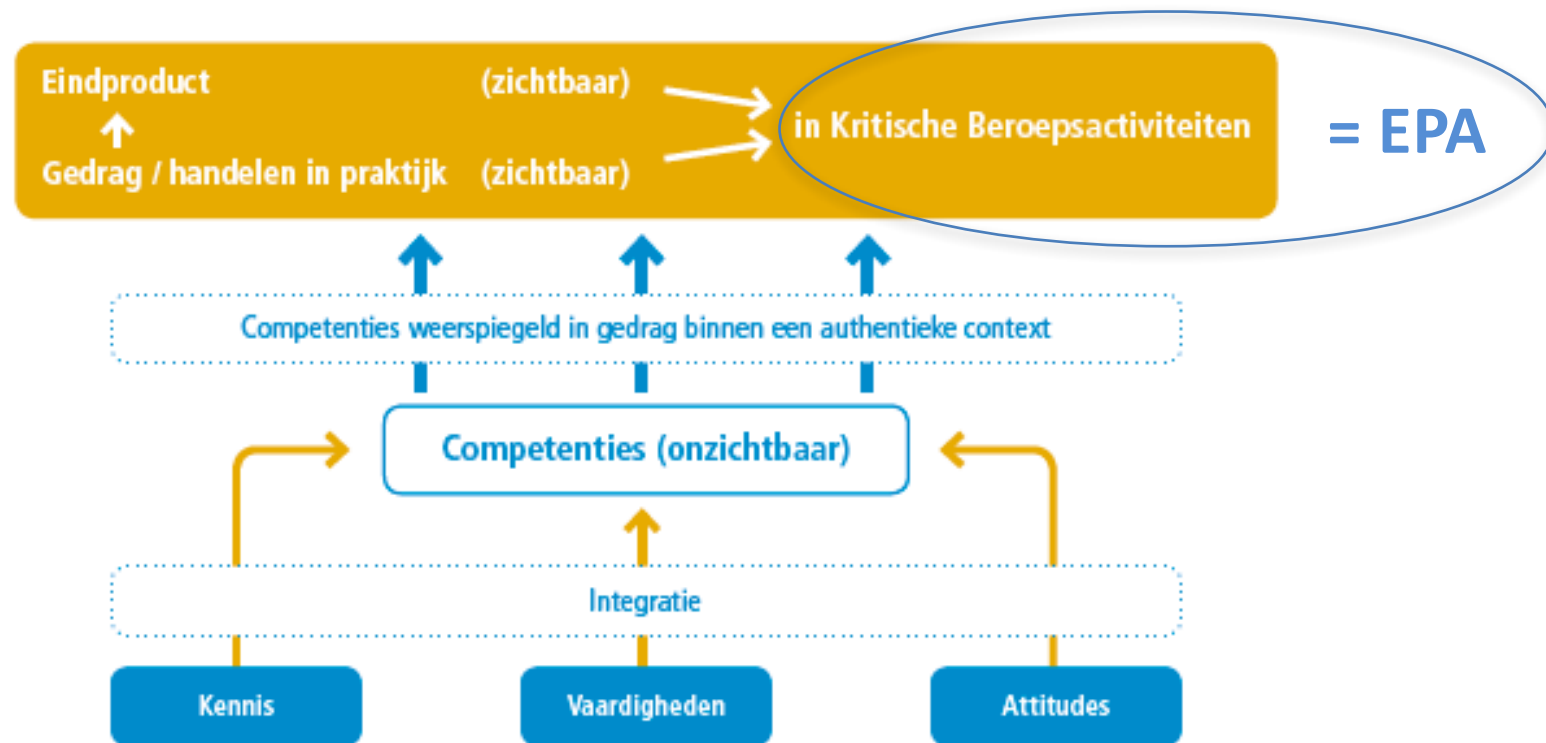
Taken/Verantwoordelijkheden die (alleen) toevertrouwd worden aan voldoende competentie professionals

- Afgebakend in de tijd
- Observeerbaar en beoordeelbaar
- Geschikt voor bekwaamverklaring



# Beoordeling Competenties?

→ EPAs (Entrustable Professional Activity)



Bron: bewerking Woldberg naar Wijnen 07



---

# Levensende

## Ouderenzorg

- De 'geriatric giants' in de ouderenzorg
  - Leren herkennen van de problematiek
  - Niet alles hoeft wat kan!
  - Identificeren van de behoeften van de patiënt
- CGS
  - Online course

# Levensende

‘Shared decision making’

Tijdig spreken over levensende

Adequate scholing in de palliatieve zorg

- Samenwerking met geriater, palliatief consulent
- Belang van scenario denken

Aandacht voor na het overlijden

.....

Fase	Inhoud	Doelengesprek:
Voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eerdere afspraken: heeft patiënt eerder iets vastgelegd?</li><li>• Probleemanalyse: is patiënt functioneel in kaart gebracht?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Wanneer u me meer vertelt over wat u belangrijk vindt, kan ik de zorg beter op u aanpassen."</li><li>• "Vindt u het prettig als iemand u ondersteunt bij het nemen van beslissingen? Zo ja, wie zou u willen betrekken?"</li><li>• "Wat deed u graag voordat u ziek werd?"</li><li>• "Hoe zag een ideale dag er voor u uit?"</li></ul>
Doelengesprek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uitleg : eerst belangrijke algemene zaken bespreken, daarna keuzes</li><li>• Bepaal besluitvormingspartner</li><li>• Identificeer belangrijke waarden en levensdoelen van de patiënt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Ik zou graag met u bespreken hoe we ervoor kunnen zorgen dat u uw doelen kunt behalen..."</li></ul>
Keuzegesprek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geef samenvatting van voorbereidende fasen en leg uit dat patiënt keuze heeft.</li><li>• Nodig patiënt uit behandeldoelen te formuleren</li><li>• Controleer of patiënt alles heeft begrepen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Optiesgesprek:</b> "Gebaseerd op ons gesprek zijn dit de mogelijke opties..."</li></ul>
Optiesgesprek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stel a.h.v. bovenstaande een geïndividualiseerde lijst met behandelopties voor aan de patiënt en bespreek deze</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "In uw situatie zouden dit de opties zijn die daarbij aansluiten..."</li></ul>
Besluitvormingsgesprek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Neem samen met de patiënt een besluit over beleid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Besluitvormingsgesprek</b> "Bent u er klaar voor om een beslissing te nemen?"</li></ul>
Evaluatiegesprek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bespreek hoe besluitvorming is verlopen en stel zorgplan op</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Heeft u nog meer tijd nodig?"</li><li>• "Heeft u nog aanvullende vragen?"</li></ul>





---

# Samenvatting

- Opleiding *hét* middel voor implementatie van zorgvernieuwingen
- Meer aandacht voor het levenseinde – ouderenzorg
- Richtlijn reanimatie / tips shared decision etc.
- CGS
  - ✓ Aanpassingen opleidingsplannen
  - ✓ Project ouderenzorg
    - Online course Kwetsbare ouderen



