

Bijlage behorend bij

Klinische Geriatrie

Geschiedenis van een specialisme

Onder redactie van Annemarie de Knecht-van Eekelen

Met medewerking van Carien van Rijn, Elly Bruijns, Tischa van der Cammen,
Annemijn van der Poel-Elskamp, Petra Klijnsma en Marjan Ornée

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie - 2015

INHOUD

DE NVKG IN BEDRIJF

Klinisch gerieters in de GGZ - Carien van Rijn	5
Kwaliteitszorg - Arend Arends	8
Financiering Klinische Geriatrie - Willy van Maarschalkerweerd	15
Klinische Geriatrie in Europa - Tischa van der Cammen en Jaap Krulder	22

INTERVIEWS EN HERINNERINGEN

De herinneringen zijn verzameld en de interviews gevoerd door de leden van de 'Subcommissie geschiedenis van de geriatrie' van de NVKG en Annemarie de Knecht-van Eekelen. Bij een interview is een selectie uit publicaties van de geïnterviewde gevoegd om een indruk te geven van zijn of haar belangstelling op klinisch-geriatriesch gebied.

Pionier van de verpleeghuisgeneeskunde: Frits Oostvogel	26
Vechten voor registratie: Marjan Ornée	35
Klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis: Carla Thijssen	40
Klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis - het vervolg: Linda Tulner en Jos van Campen	45
Klinische geriatrie in Arnhem: Elly Bruijns	56
Klinische geriatrie in Arnhem - een voorbeeldfunctie: Marja Jellesma-Eggenkamp	63
Klinische geriatrie in Rotterdam: Tischa van der Cammen	77
Klinische geriatrie in Utrecht: Sijmen Duursma	85
Klinische geriatrie in het UMC Utrecht - het vervolg: Paul Jansen	91
Klinische geriatrie in Nijmegen: Willibrord Hoefnagels	97
Klinische geriatrie in het Radboudumc Nijmegen - het vervolg: Marcel Olde Rikkert	107

Vóór alles een goede dokter en klinisch geriater van het eerste uur: Cobi van Nieuwkerk	118
Over geriatische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen: Georges Groutars	123
Werken in de GGZ: Gertie Golúke-Willemse, Frans van Schendel, Geert van der Aa	130
De nvkg in roerige tijden: Huub Maas	135
De pioniersjaren voorbij: Carien van Rijn en Petra Klijnsma	144
De klinische geriatrie is een sterke partij: Judith Wilmer en Peter Jue	152
De geriater van de toekomst: Esther Cornegé-Blokland en Karen Keijsers	158
Personenregister van de bijlage	162
Bronnen en literatuur	165

DE NVKG IN BEDRIJF

KLINISCH GERIATERS IN DE GGZ

CARIEN VAN RIJN



INLEIDING

Aan de wieg van de geriatrie in de GGZ stond Cobi van Nieuwkerk, werkzaam in Bloemendaal in Den Haag (een voorloper van het huidige Parnassia). Andere geriateren van het eerste uur in de GGZ waren Georges Groutars, Frans van Schendel, Gertie Golüke-Willemse en Geert van der Aa (zie pagina's 130-134).

In een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) werd de somatische zorg geleverd door algemeen artsen, huisartsen, internisten en neurologen die gewoonlijk in dienst waren van het APZ. Op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis stond een volledig laboratorium en vrijwel altijd een röntgenapparaat. Patiënten waren langdurig opgenomen en hun hele leven speelde zich af op het terrein van het APZ. De somatische artsen waren consulenten of medebehandelaars, de psychiater was hoofdbehandelaar.

OPLEIDING

In 1983 werd bij de erkenning van de klinische geriatrie een jaar psychogeriatric als onderdeel van de opleiding geriatrie opgenomen. De enige plek waar dit jaar gevolgd kon worden, was Bloemendaal waar Cobi van Nieuwkerk opleider was. Rond 1990 kwamen er opleidingsplekken voor het psychogeriatricjaar in Amsterdam en Venray. Het aantal opleidingsplaatsen in de GGZ groeide, maar bleef achter bij de behoefte, gezien de grotere uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in de somatische geriatrie. Dit was de reden dat het midden jaren negentig mogelijk werd dat niet alleen een klinisch geriater, maar ook een A-opleider psychiatrie de opleider kon zijn voor het opleidingsjaar psychogeriatric. Daardoor nam het aantal stageplekken in hoog tempo toe: in Wolfheze, Zeist, Rosmalen/Oss, Ermelo, Leidschendam en andere GGZ instellingen. Voorwaarde was dat er ook een klinisch geriater aan de opleiding verbonden was. De naam van het opleidingsjaar werd veranderd in 'Geriatric in de GGZ/ouderenspsychiatrie', maar de setting van het opleidingsjaar bleef in grote lijnen vanaf

1983 vergelijkbaar: de nadruk lag op een klinische patiëntengroep, opgenomen in de ouderenpsychiatrie of op een geriatrie afdeling binnen de GGZ. Mogelijk gaat in de nabije toekomst een andere invulling plaatsvinden van de stage geriatrie in de GGZ/ouderenpsychiatrie en wordt de stageduur bekort.

DE POSITIE VAN DE KLINISCH GERIATERS IN DE GGZ

Het aantal klinisch geriateren dat in de psychiatrie werkt, groeide na 1983 geleidelijk en bedroeg in 2003 16 klinisch geriateren, dat was ongeveer 1/6 van de in totaal 100 klinisch geriateren. Twaalf van hen waren betrokken bij de opleiding tot klinisch geriater. De klinisch geriateren namen de rol op zich van behandelaars op opnameafdelingen voor ouderen met diverse psychiatrische en geriatrie beelden, soms onder de verantwoordelijkheid van een psychiater, maar meestal als hoofdbehandelaar. Later werden specifieke doelgroepen voor de geriatrie gedefinieerd: patiënten met gedragsstoornissen in combinatie met dementie en ouderen met een combinatie van psychiatrische en somatische problematiek. Met het geleidelijk verdwijnen van internisten en neurologen uit de GGZ namen de geriateren samen met huisartsen en basisartsen de somatische zorg voor alle opgenomen oudere psychiatrische patiënten op zich. Onder andere binnen Parnassia (Den Haag), Altrecht (Zeist) en Maria McKenzie (Nijmegen) vervullen de geriatrie afdelingen binnen de GGZ tot op de dag van vandaag een sterke rol als expertisecentra voor de 2e-3e lijns behandeling van bovengenoemde patiëntengroepen.

Vanaf 2006 is echter sprake van een afname van het aantal klinisch geriateren in dienst van de GGZ, terwijl het aantal klinisch geriateren in algemene ziekenhuizen sterk groeit. Er lagen en liggen echter kansen voor een detachingsmodel, waarbij de klinisch geriater vanuit het algemeen ziekenhuis wordt gedetacheerd naar de GGZ.

NVKG EN GGZ

Sinds 1999 is er een geormeerde zetel in het bestuur van de NVKG voor de portefeuille GGZ/ouderenpsychiatrie. Eerst heeft Henk Kruithof deze functie vervuld; hij werd opgevolgd door Carien van Rijn in 2005. Zij droeg in 2012 het stokje over aan Marieke Hartgerink en in 2014 kwam Henk Kruithof weer terug in het bestuur. Hij bracht in 1999 de geriateren werkzaam in de GGZ bijeen onder de naam KGIP (Klinisch Geriateren in de Psychiatrie). Zij vergaderden meerdere malen per jaar in Utrecht bij Carien van Rijn thuis. Zij wisselden ervaringen uit en maakten samenwerkingsafspraken met de ouderenpsychiatrie. Ook definieerden zij expliciet welke psychiatrische kennis een klinisch geriater dient te hebben en welke leerdoelen in de opleiding behaald moeten worden. Hiermee

gaven zij het onderscheid aan tussen klinische geriatrie en interne geneeskunde-ouderengeneeskunde. Dit was van belang in een periode waarin de internisten net gestart waren met de opleiding ouderengeneeskunde en waarin werd overwogen te komen tot een fusie tussen klinische geriatrie en interne geneeskunde. De klinisch gerieters in de GGZ liepen tegen vele problemen aan. Het bestuur meende dat de problemen en mogelijke oplossingen hiervoor speciale aandacht vereisten. Carien van Rijn werd daarom in 2009 namens het bestuur van de NVKG voorzitter van een werkgroep die een visie voor de klinische geriatrie in de GGZ voor de toekomst ontwikkelde. Daarbij werden tevens kwaliteitscriteria ontwikkeld voor gerieters die in een detacheringsmodel werkzaam zijn in de GGZ. Meer details over de ervaringen van Carien van Rijn in het NVKG bestuur zijn te lezen in het interview op p. 144.

De expertise binnen de NVKG betreffende kwaliteitssaken nam tussen 2008 en 2012 snel toe en leidde onder andere tot de ontwikkeling van een aantal multidisciplinaire richtlijnen waarbij de NVKG als voortrekker fungeerde. Twee van deze richtlijnen hadden mede betrekking op de GGZ: de richtlijn 'Delier bij volwassenen en ouderen' (voorzitter Paul Dautzenberg) en de richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' (voorzitter Marcel Olde Rikkert).

KWALITEITSZORG

AREND ARENDS



BENCHMARKEN 'AVANT LA LETTRE'

Al voor de erkenning van de geriatrie in 1983, maar met name in de fase daarna, heeft de kleine groep klinisch gerieters zich enorm ingezet om de kwaliteit van het specialisme te bevorderen en de bijbehorende kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen. Binnen de NVvG begon de Werkgroep Klinische Geriatrie met 'benchmarken', ook al heette dat toen nog niet zo. De inhoud van de werkzaamheden werd bijvoorbeeld onderling vergeleken en beschreven, er werd een modelstatus en een modelontslagbrief ontworpen.

OPZETTEN KWALITEITSVISITATIE EN GEACCREDITEERDE NASCHOLING

In de jaren negentig en in het begin van dit millennium kwam er veel aandacht voor de kwaliteitsvisitatie. Klinisch gerieters waren daar in vergelijking met andere specialisten relatief vroeg mee. Aanvankelijk waren deze visitaties op basis van vrijwilligheid. Medisch specialisten moesten in toenemende mate verantwoording afleggen en in die trend paste het verplicht worden van de kwaliteitsvisitatie. De aandacht ging in de eerste plaats uit naar de ontwikkeling van de competenties voor de klinisch geriater (ook in relatie met de opleidingseisen).

Ook werd de nascholing onder de loep genomen. Om voor herregistratie in aanmerking te komen werd een verplicht aantal uren nascholing voor medisch specialisten vastgesteld. Aan de discussie over de vorm van de nascholing en de hoeveelheid uren hebben klinisch gerieters actief deelgenomen. Er werden onder meer inhoudelijke criteria uitgewerkt waaraan nascholing moest voldoen. Het verplichtende karakter van de kwaliteitsvisitatie en de nascholing was voor de klinisch gerieters zeer acceptabel. Zij waren graag bereid om op deze wijze verantwoording af te leggen van hun handelen.

RICHTLIJNONTWIKKELING

Geriatrische patiënten kenmerken zich door multiproblematiek en geriateren kiezen voor een holistische aanpak. Er is weinig *evidence based* onderzoek over de optimale behandeling bij kwetsbare ouderen. Het is mede daardoor dat klinisch geriateren relatief laat zijn begonnen met het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten voor de patiëntenzorg. Waar andere verenigingen al jaren bezig waren met richtlijnontwikkeling, is de NVKG vooral volgend geweest.

De eerste richtlijn die door de NVKG geïnitieerd werd, was de richtlijn 'Valincidenten bij ouderen' in 2004; voorzitter was dr. H.J.J. (Harald) Verhaar, internist-klinisch geriater in het UMC Utrecht. Daarnaast participeerden geriateren in vele richtlijnen die door andere wetenschappelijke verenigingen werden opgesteld, zoals de eerste richtlijn Delier, getrokken door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), de richtlijn Dementie, getrokken door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de richtlijn Osteoporose, getrokken door de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Deelname aan de richtlijnontwikkeling was op persoonlijke titel, de betrokken klinisch geriater rapporteerde niet terug aan gremia binnen de NVKG en de richtlijnen werden niet geautoriseerd door de NVKG.

GERIATRISCHE ZORG VOOR ALLE KWETSBARE OUDEREN IN DE TWEEDE LIJN

Het feit dat de klinische geriatrie als zelfstandig specialisme bleef bestaan, gaf in 2006-2008 een belangrijke stimulans aan het kwaliteitsbeleid van de vereniging. Er was een groot gevoel van urgentie. Dat had met meerdere factoren te maken. Om de positie en de financiering van de klinische geriatrie te borgen was het noodzakelijk om een adequate kwalitatieve onderbouwing te geven aan ons handelen en om de inhoud van de geriatrische bedrijfsvoering transparant te maken. Verschillende gremia, zoals het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), benoemden de kwetsbare ouderen als een doelgroep die aandacht behoeft. Vanuit deze gremia kwam druk op klinisch geriateren om niet alleen een goed kwaliteitsbeleid te ontwikkelen voor de eigen patiënten, maar voor alle kwetsbare ouderen die een behandeling ondergaan in de tweede lijn. Als laatste heeft de beschikbaarheid van financiële middelen voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid, middels de gelden van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), het beleid in belangrijke mate gefaciliteerd.

Externe ontwikkelingen hebben het kwaliteitsdenken gestimuleerd, maar het is vooral de innerlijke motivatie van een groep gedreven klinisch geriateren geweest om een goed kwaliteitsbeleid neer te zetten. Hierdoor heeft het denken over kwaliteit zich binnen enkele jaren ontwikkeld van een reactief naar een proactief beleid.

ONTWIKKELING VAN EEN INTEGRAAL KWALITEITSBELEID

Bij de ontwikkeling van een integraal kwaliteitsbeleid is de nvkg inhoudelijk en organisatorisch gesteund door de afdeling Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten en later door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten. Ir. T.A. (Teus) van Barneveld, destijds hoofd afdeling kwaliteit, heeft een centrale rol gespeeld als adviseur bij het ontwikkelen van een integraal kwaliteitsbeleid, de implementatie daarvan en de kennisbevordering bij de groep klinisch geriater die dit beleid vormgaven. Het nvkg bestuur en de Commissie Kwaliteitszaken (ckz) sloegen de handen ineen om te komen tot een integrale visie op kwaliteitsdenken. Er werd een Projectgroep Ontwikkeling Integraal Kwaliteitsbeleid opgezet, onder voorzitterschap van Carien van Rijn, waaronder drie grote deelprojecten vielen die onderling vele dwarsverbanden hadden. De dwarsverbanden werden bewaakt door klinisch geriater die in meerdere projecten deelnamen. Het ging om de volgende projecten:

- Ontwikkeling van de richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) onder voorzitterschap van Gertie Golüke-Willemse;
- Ontwikkeling Indicatorenset nvkg onder voorzitterschap van Carien van Rijn;
- Ontwikkeling van de kwaliteitsvisitaties nieuwe stijl onder voorzitterschap van Marieke Hartgerink.

DE RICHTLIJN CGA

In de richtlijn CGA is de geriatrie erin geslaagd om een basis van het geriatrisch diagnostisch handelen te definiëren. Patiënten die gezien worden door de geriatrater, dienen een CGA te ondergaan en de richtlijn beschrijft concreet uit welke onderdelen dit onderzoek dient te bestaan. Kwetsbare ouderen zijn onze doelgroep. Ouderen die niet binnen deze doelgroep vallen, komen niet in aanmerking voor deze uitgebreide en intensieve geriatrische zorg. De zorg die deze patiënten nodig hebben, wordt door andere collega's geleverd, met de bijpassende richtlijnen en financiering.

DE INDICATORENSET

Om te waarborgen dat klinisch geriater zich aan de kwaliteitseisen van de richtlijn CGA houden, zijn er een indicatorenset en zorgprofielen voor de financiering ontwikkeld. In de indicatorenset zijn ook kwaliteitseisen van de IGZ en het Veiligheidsprogramma Kwetsbare Ouderen verwerkt. In toenemende mate zijn de indicatoren voor externe doelen bruikbaar, zoals voor het handhaven van de patiëntveiligheid door de IGZ en als basis voor financiering door middel van verrichtingen bij de DBC. De volgende stap is het integreren van de indicatoren in de kwaliteitsregistratie waarmee benchmarking, integratie in het dossier en snelle kwaliteitsverbetering mogelijk worden.

DE KWALITEITSVISITATIE NIEUWE STIJL

De implementatie van richtlijnen is behalve door de indicatorenset bevorderd door de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl, waar onder meer aandacht was voor het werken volgens de richtlijn CGA. Daarnaast werd de focus van de kwaliteitsvisitatie verlegd van individueel functioneren naar verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Het accent komt steeds meer te liggen op de vakgroep, die zichzelf beoordeelt en spiegelt en daardoor een interne verbetercyclus realiseert.

NIEUWE EN VERNIEUWDE RICHTLIJNEN

In een korte periode heeft de NVKG het initiatief genomen om voor meerdere grote onderwerpen rond kwetsbare ouderen een richtlijn te maken of te vernieuwen. Zo zijn er in de jaren tussen 2010 en 2014 de richtlijnen Delier, Dementie, Polyfarmacie en Valincidenten gemaakt of vernieuwd. Daarbij heeft de klinische geriatrie expliciet de trekkersrol in deze dossiers op zich genomen en deze rol is ze ook door andere stakeholders gegund. De klinisch gerieters hebben zich door hun rol in deze richtlijnen nadrukkelijk begeven op het terrein van de kwetsbare ouderen in de tweede lijn.

Voorts zijn de richtlijn 'Medebehandeling CGA', 'Dementie als comorbiditeit' en 'Multidisciplinaire ingrepen bij kwetsbare ouderen' opgestart en in 2014 deels afgerond.

RICHTLIJNEN

De volgende richtlijnen zijn tot stand gekomen op initiatief van de NVKG of de NVKG heeft eraan meegewerkt. De opsomming is niet uitputtend.

NVKG nam initiatief	NVKG heeft meegewerkt aan	
Preventie van valincidenten bij ouderen	Beroerte: diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten	Parkinson
Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment Afgeleide producten <ul style="list-style-type: none">• CGA – Externe versie• CGA – Publieksversie• CGA – Publieks-samenvatting• CGA indicatorenset	Cardiovasculair risico-management	Polyneuropathie

CGA - addendum medebehandeling	Hartfalen, chronisch	Angststoornissen
Delier volwassenen en ouderen	Preoperatieve Traject	Schizofrenie
Polyfarmacie <ul style="list-style-type: none"> Addendum polyfarmacie in de tweede lijn 	NSAID gebruik en preventie maagschade	IC richtlijn
Dementie	Probleemgedrag bij dementie	Richtlijn duizeligheid
Ondervoeding bij de geriatrische patiënt	Osteoporose en fractuurpreventie	Richtlijn knieartrose
Richtlijn multidisciplinaire behandeling bij chirurgische ingrepen		Richtlijn slaapstoornissen

Bron: <http://www.nvkg.nl/artsen/richtlijnen#U>

KENNISHIATEN OPVULLEN

De kwaliteitscirkel wordt rond gemaakt door de kennishiaten, die bij toepassing van de richtlijnen in de praktijk naar voren komen, middels gericht wetenschappelijk onderzoek weg te nemen. Bij vernieuwing van de richtlijnen zullen er daardoor in de toekomst meer *evidence based* aanbevelingen kunnen worden gedaan.

COMPLICATIETRACHTING

Een reeds langer bestaand onderdeel van de kwaliteitsmeting is de complicatieregistratie. De complicatieregistratie is een instrument dat ontwikkeld is in de heelkundige vakken om te monitoren hoeveel complicaties er na een bepaalde ingreep ontstaan en deze te benchmarken. Geriaters doen geen ingrepen, waarmee de worsteling voor een adequate complicatieregistratie direct duidelijk wordt gemaakt. De uitdaging voor de toekomst is om de complicatieregistratie zo om te vormen dat het een goed instrument wordt om de kwaliteit van handelen te toetsen.

ORGANISATIE VAN KWALITEITSAZAKEN BINNEN DE NVKG

De plenaire visitatiecommissie ontwikkelt beleid rond visitaties, ontwikkelt instrumenten voor de kwaliteitsvisitatie, zoals de KISZ-vragenlijst, waarbij KISZ staat voor Kwaliteits-Inventarisatie en -Signalering van Zorgprocessen. De lijst registreert of, en hoe effectief, overlegstructuren, en afstemming en coördinatie van zorg in de dagelijkse praktijk zijn geregeld. Werden in het begin visitatierapporten nog plenair in de ckz besproken, inmiddels worden visitaties door de plenaire visitatiecommissie uitgevoerd en besproken. Zo is de ckz steeds meer een commissie geworden die zich op een abstracter niveau met kwaliteitsbeleid bezighoudt.

De Commissie Richtlijnen en Indicatoren, een ondercommissie van de ckz, is gezien de grote hoeveelheid taken al snel gesplitst in een Commissie Richtlijnen en een Commissie Kwaliteitsmeting. De Commissie Richtlijnen heeft in de loop der tijd procedures voor initiatie van, participatie in en becommentariëring van richtlijnen gemaakt. De Commissie Kwaliteitsmeting is verantwoordelijk voor de verdere ontwikkeling van de indicatorenset en de jaarlijkse metingen.

De NVKG heeft gezien de vele vragen rond kwaliteitsontwikkeling de betaalde functie van kwaliteitsgeriater in het leven geroepen en hiervoor Arend Arends gevraagd. Vanaf begin 2013 werkte hij daarvoor één dag per twee weken en vanaf begin 2014 één dag per week. In de komende jaren wordt het een belangrijke uitdaging voor de NVKG om enerzijds de zorg voor kwetsbare ouderen goed te organiseren en te borgen, en anderzijds om in dit dossier de regie te behouden, juist om de zorg voor de geriatrische patiënt zo goed mogelijk te kunnen organiseren.



Aanbieding van de NVKG Wetenschapsagenda aan minister Schippers van vws (links); midden Hanna van der Jagt, voorzitter NVKG, rechts Arend Arends, kwaliteitsgeriater (16 juni 2015).

SAMENWERKING MET EXTERNE PARTIJEN

De actieve rol van de geriaters in diverse gremia uitte zich onder meer in de benoeming van Arends tot voorzitter van de Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

In toenemende mate is er formele afstemming met collega's die werkzaam zijn in de ouderenzorg, zoals de internisten-ouderengeneeskunde, de specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en anderen, over de ontwikkeling van richtlijnen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het initiatief van de NVKG om samen met de NIV na te denken over een instrument dat medisch specialisten helpt om in richtlijnen specifiek aandacht te besteden aan kwetsbare ouderen.

Een andere ontwikkeling is die naar meer multidisciplinaire indicatoren en 'patient reported outcome measures' (PROM's). Daarbij krijgen collega's en patiënten een duidelijke stem in wat kwaliteit van zorg is bij kwetsbare ouderen.

SPECIALISATIE BINNEN DE GERIATRIE

Binnen de klinische geriatrie ontstaat ook specialisatie. Inmiddels is dit geformaliseerd tot een aantal deelspecialisaties, waaronder de klinische gerontofarmacologie en de palliatieve geneeskunde. Rond deze specialisaties ontstaan 'special interest groups', zoals de werkgroep klinische gerontofarmacologie, de werkgroep palliatieve zorg, de werkgroep geriatrie traumatie, de werkgroep voeding en het valnetwerk. Het is een uitdaging om in een bij uitstek generalistisch vak een goede balans te vinden om de kwaliteit van de competenties van de individuele geriater te handhaven.

FINANCIERING KLINISCHE GERIATRIE

WILLY VAN MAARSCHALKERWEERD

'Let - O klinisch geriater! - op uw zaak: bewaar, bescherm uw rechten en privilegiën: betoon u krachtig en moedig in dien strijd; (een variant op Valerius, Nederlandsche gedenck-clanck, 1626)



EEN INGEWIKKELD SYSTEEM

Financiering van de gezondheidszorg is een ingewikkelde zaak. Aan de ene kant zijn er de fondsen van waaruit de gezondheidszorg in Nederland betaald wordt, die deels uit belastinggeld en deels uit particuliere premies bestaan. Aan de andere kant is het door de jaren heen erg lastig gebleken om te komen tot een systeem dat recht doet aan zowel het principe 'boter bij de vis' (betaling van de professionals op basis van de hoeveelheid of de intensiteit van de geleverde inspanning), als aan de collectiviteitsgedachte die inhoudt dat er gemiddeld wordt door dure behandelingen te delen op goedkope behandelingen, zodat iedereen geholpen kan worden.

ERKENNINGSBESCHIKKING

Voordat in 2005 een nieuw honoreringssysteem in werking trad, was er eigenlijk geen financieel probleem voor ziekenhuizen. De ziekenhuizen ontvingen een vooraf vastgesteld budget bestaande uit een vast deel en een variabel deel. Het totaalbedrag werd voorafgaand aan het lopende jaar vastgesteld en achteraf 'nagecalculeerd' op grond van de geleverde productie.

Het vaste deel bestond uit een vast bedrag voor de ziekenhuisorganisatie: voor het vastgoed, een vast bedrag voor aanwezigheid van een specialisme en een vast bedrag voor de medisch specialisten in loondienst. Dit laatste heette een erkenningsbeschikking. Aangezien de klinische geriatrie in die tijd een 'relatieve nieuwkomer' was tussen de medisch specialisten in het ziekenhuis, liep deze erkenningsbeschikking vaak achter bij de werkelijk ingezette formatie klinisch geriateren. Jaarlijks trachtte het ziekenhuis de erkenningsbeschikkingen op het juiste niveau te krijgen, met zeer wisselend succes. Dit maakte dat de formatie klinisch geriateren vrijwel overal lange tijd onder druk stond bij het overleg tussen de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de klinisch geriateren die daar in dienst waren.

PRODUCTIEPARAMETERS

Het variabele deel bestond uit een vast bedrag per productieparameters, dat waren: klinische opname, ligdag, poliklinisch contact, vervolgcontact. Daarnaast was er een vastgesteld bedrag voor 'verkeerd bed'. Slechts enkele specialismen, waaronder de klinische geriatrie, kenden de parameter intercollegiaal consult (icc). Deze productieparameters hadden een uniforme waarde waaraan vervolgens per specialisme een wegingsfactor werd verbonden. De klinisch geriater heeft altijd de hoogste wegingsfactor gehad, specialismen als dermatologie en oogheelkunde de laagste. Dit moest de zwaarte van de diagnostiek en zorg voor kwetsbare ouderen weerspiegelen in de inkomsten die het ziekenhuis hiervoor kreeg. Eind jaren negentig is deze wegingsfactor met één pennenstreek omlaag gebracht door het College Tarieven Gezondheidszorg (ctg). Met juridische ondersteuning heeft de nvkg dit destijds met terugwerkende kracht kunnen laten corrigeren. Als dat niet was gelukt, was dat mogelijk het einde geweest van de ziekenhuisgeriatrie.

HONORARIA

De honoraria voor medisch specialisten in dienstverband werden bekostigd uit het vaste budget van het ziekenhuis, weerspiegeld in de erkenningsbeschikkingen. De honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten waren anders geregeld. Zij haalden lange tijd hun honoraria uit het 'kaarten-systeem'; er bestonden de lange kaart en de korte kaart voor ziekenfondspatiënten en er waren vrije tarieven voor particuliere patiënten. In de jaren tachtig van de vorige eeuw kwamen er, in plaats van de lange en korte kaart, de door het ctg vastgestelde tarieven. Deze tarieven gaven (honorarium)waarde aan alle verrichtingen van medisch specialisten. De vrijgevestigde medisch specialist kon door registratie van alle verrichtingen zijn inkomen declareren. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van een laparoscopische cholecystectomie door de chirurg tot het prikken van een infuus door de internist. Voor de klinische geriatrie bestonden geen ctg-tarieven. De klinisch geriater werd dus ook niet door verrichtingen geprikkeld of geremd in zijn handelen.

BUDGETTERING

Vanaf begin jaren negentig begon de politiek zich te realiseren wat het effect van de babyboomgeneratie zou gaan inhouden, vooral omdat de babyboomers een lange levensverwachting leken te hebben. De zorgconsumptie nam toe en hiermee navenant de kosten van de gezondheidszorg. Daarnaast doemde het scenario op dat die toenemende kosten gedragen zouden moeten gaan worden door een procentueel kleinere beroepsbevolking. Inmiddels is dit werkelijkheid geworden, maar ook destijds zag men de noodzaak om de groei van de uitgaven

voor de gezondheidszorg af te remmen. Hiervoor werd het systeem van budgettering ingevoerd. Alle uitgaven in de gezondheidszorg werden in toenemende mate gebudgetteerd en dat leidde al snel tot het groeien van wachtlijsten voor allerlei vormen van zorg.

DE DIAGNOSE-BEHANDEL-COMBINATIE (DBC)

In 1995 heeft de Commissie Biesheuvel aan de toenmalige minister van Volksgezondheid mw. dr. E. Borst-Eilers geadviseerd om zowel de ziekenhuis- als de specialistenhonorering te baseren op geleverde producten. In de daaropvolgende jaren is daarvoor het DBC-systeem ontwikkeld - DBC betekent diagnose-behandel-combinatie - dat per 1 januari 2005 in werking is getreden. Het DBC-systeem zou een oplossing moeten bieden voor de beheersbaarheid van de kosten in het ziekenhuissysteem en een eerlijke betaling zijn voor een geleverde inspanning.

Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het toenmalige College voor Zorgverzekeringen werd getracht om zoveel mogelijk de 'perverse prikkels' uit het systeem te halen. Ze wilden voorkomen dat er té veel verrichtingen of té dure verrichtingen per patiënt werden gedeclareerd. Ook was het expliciet de bedoeling om de inkomsten van de diverse specialismen dichter bij elkaar te brengen middels het vaststellen van normtijden en normhonoraria.

DE PRIJS VAN EEN DBC

Een DBC geeft enerzijds aan 'wat de geleverde inspanning is' (welke diagnostiek en/of behandeling gedaan is) met gebruikmaking van richtlijnen, anderzijds wat hiervoor betaald wordt door de zorgverzekeraar aan de zorginstelling/specialist. De prijs van een DBC bestaat uit een 'honorarium deel medisch specialist' ofwel een vaste vergoeding voor de specialist en uit een 'kostendeel ziekenhuis' waarin zijn verdisconteerd: vaste lasten van het ziekenhuis, variabele kosten voor onderzoek, behandeling, ligdagen.

DE ONTWIKKELING VAN HET DBC-SYSTEEM

Vanaf 1995 is de klinische geriatrie intensief betrokken geweest bij de ontwikkeling van het DBC-systeem door de landelijke projectorganisatie. Hoewel de verschillende wetenschappelijke verenigingen hierop veel invloed hebben uitgeoefend, bleef een gemeenschappelijke structuur overeind staan waarin producttypering, normtijden, tijdsbesteding en minuuttarieven werden vastgesteld.

De producttypering moest gebonden zijn aan diagnoses volgens de ICD-9 (International Classification of Diseases). De DBC-commissie van de NVKG kon dit indertijd niet veranderen, maar heeft wel de zorgvraag kunnen toevoegen aan het systeem: één diagnose - meerdere diagnoses - meerdere diagnoses met psychiatische comorbiditeit. Zo ontstond een lange lijst van producten op basis van de uitwerking van de keten: zorgtype (x) zorgvraag (x) lange lijst aan diagnoses.

Voor elk product moest een normtijd worden vastgesteld op grond van 'expert opinions'. Hiervoor organiseerde de NVKG discussies in de ledenvergadering en in de DBC-commissie. Deze normtijden waren ook handig voor de berekening van benodigde formatie in de diverse klinieken waar klinische geriatrie aanwezig was of wilde opstarten.

De normtijden moesten worden gevalideerd door middel van een rondrekening aan de hand van een tijdsbestedingsonderzoek. Dit om te voorkomen dat een medisch specialisme op grond van normtijden en de optelsom van geleverde productie aan een papieren werkweek van ruim 200 uur zou komen. Vele klinieken hebben in 2003 meegedaan aan een onderzoek waarbij een onderzoeker één week lang achter de medisch specialist aangelopen heeft om continu te noteren waaraan hij/zij de tijd besteedde. De (patiëntgebonden) tijdsbesteding werd middels een formule voor patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden tijd gebruikt om de normtijden te valideren.

Met deze normtijden en een (aanvankelijk specialisme specifiek!) minuuttarief werden de honoraria voor medisch specialisten in de DBC's vastgesteld. Voor de klinische geriatrie waren hiermee voor het eerst in het bestaan van het specialisme tarieven vastgesteld. Dit heeft grote invloed gehad op de bereidheid van ziekenhuisbesturen om het specialisme binnen de poorten te nemen. Ook maakte het vaststellen van tarieven het mogelijk dat klinisch geriateren werkzaam waren in vrije vestiging.

Het besef dat de inhoud van de DBC's (productprofielen) bepaald zou moeten worden door richtlijnen van beroepsgroepen (en niet door de visie van zorgverzekeraars) heeft geleid tot een sterk pleidooi vanuit de DBC-commissie voor de start van richtlijnontwikkeling binnen de klinische geriatrie. De ontwikkeling van de richtlijn 'Comprehensive Geriatric Assessment' (CGA) en het opzetten van het huidige kwaliteitsbeleid binnen de NVKG zijn hier mede een direct gevolg van.

INVOERING VAN HET DBC-SYSTEEM

Vanaf 2005 is geleidelijk begonnen met de invoering van het DBC-systeem als betalingssystematiek in de ziekenhuiswereld. Het vooraf afgesproken (maximum) budget werd 'ingedeclareerd' middels DBC's. Dit betekende dat het ziekenhuis betaald kreeg aan de hand van 'P(x)Q' (prijs specifieke DBC maal aantal

specifieke DBC's). Indien er verschillen overbleven, dan kon weer afgesproken worden hoe dit te verrekenen.

Er bestond een A-segment en een B-segment. Het B-segment kende 'vrij onderhandelbare' prijzen, het A-segment had door de NZa vastgestelde prijzen. In de loop der jaren is het B-segment langzaam uitgebreid. De geriatrie-DBC's hebben lange tijd in het A-segment gezeten, vanaf de invoering DOT zijn de geriatrie-DBC's geheel in het B-segment gekomen.

VEREENVOUDIGING VAN HET DBC-SYSTEEM NAAR DOT

Al gauw werd geconstateerd dat het DBC-systeem moest worden bijgesteld. Vanaf 2008 is er gewerkt aan her-allocatie normtijden en aan de vereenvoudiging. Hiervoor is de DOT ingevoerd, DOT betekent 'DBC Op weg naar Transparantie'. De ruim 30.000 DBC's konden worden teruggebracht naar 4400 DBC's of DOT-producten. Voor de klinische geriatrie betekende dit een vereenvoudiging naar de huidige dertien zorgproducten. In het kader van DOT is het de DBC-commissie gelukt om DBCO (de Stichting DBC-Onderhoud) en de NZa ervan te overtuigen dat er weinig relatie is tussen één diagnose en de geleverde prestatie. DBCO kon dit onderbouwen door middel van gegevens uit het DIS-systeem, dat is het data-informatiesysteem dat wordt beheerd door DBCO/NZa. Hierin worden alle door het ziekenhuis gegenereerde data met betrekking tot DBC's verzameld. Het probleem was dat op grond van een diagnose binnen de geriatrie niet een bepaald product afgebakend kon worden op basis van de gekoppelde zorgprofielen en dus de kosten. Dit lukte wel redelijkerwijs op grond van de setting (kliniek, dagkliniek, polikliniek, consulten, medebehandelingen) en vervolgens op de drie dagbehandelingsproducten: geheugenpoli, valpoli, dagbehandeling algemeen. Voor wat betreft de klinische DBC's zijn door DBCO arbitraire grenzen getrokken op basis van ligdagen, waardoor de DBC's 1-3, 4-14 en >14 ligdagen zijn ontstaan.

De DBC-commissie van de NVKG was erg blij met deze productboom die een veel betere relatie heeft met de klinisch geriatrische praktijk dan het voorgaande DBC-systeem. De diagnoses zijn nu niet meer bepalend voor het declarabele product (behalve voor de dag-klinische DBC's). Van belang is dat in het huidige systeem de productboom van de geriatrie geheel los staat van de producten die door andere specialismen gescoord kunnen worden. Waar bij vrijwel alle specialismen een grote overlap in producten bestaat (en dus gelijke invulling/honorering gestimuleerd wordt) is dit voor de geriatrie niet mogelijk.

HET TRAJECT 'HER-ALLOCATIE NORMTIJDEN'

Het traject 'her-allocatie normtijden' was een traject om tot zo realistisch mogelijke normtijden van de DOT-producten te komen en zo opnieuw tot een 'nor-

malisering' van de inkomens van medisch specialisten. Middels het bepalen van het aantal binnen één specialisme werkenden fte's via een ziekenhuisenquête en het aantal geregistreerde DBC's van dat specialisme kon, via een simpele formule met een paar ingewikkelde correctiefactoren, het aantal bestede minuten per DBC bepaald worden. Vervolgens werd dit vermenigvuldigd met het specialisme specifieke minuuttarief waardoor er een nieuw honorariumdeel per DBC ontstond.

In dit traject kwam voor het eerst helder naar voren dat binnen het totaal aan gescoorde 'geriatrische DBC's in het DIS' een enorme vervuiling bestond. In de situatie dat door vele internisten (met of zonder de deelspecialisatie ouderengeneeskunde) en door enkele verpleeghuisartsen ook DBC's uit de geriatrische productboom gescoord werden, leidde dat met het correcte aantal fte klinisch geriater (waarin dus niet het aantal fte internisten en verpleeghuisartsen zat) tot een hogere fictieve productie per fte geriater en dus tot een lagere normtijd per product. Hiermee zouden de meeste geriatrische praktijken bij lange na niet de inkomsten genereren waaruit een dienstverband salaris betaald zou kunnen worden. Dit zou kunnen leiden tot het stoppen van vele ziekenhuizen met geriatricie en dus tot afbraak van de zorg voor kwetsbare ouderen in de Nederlandse ziekenhuizen.

HET SPECIALISME SPECIFIEKE MINUUTTARIEF

Na intensieve discussies met DBCO en de NZa, waarbij de DBC-commissie samen met het bestuur van de NVKG ondersteund werd door de Orde van Medische Specialisten (OMS), is besloten tot een arbitraire vaststelling van het specialisme specifieke minuuttarief voor klinische geriatricie, hetgeen geleid heeft tot een 'normaal inkomen' bij een genormeerde geriatriciepraktijk.

De arbitraire vaststelling van het minuuttarief werd gekoppeld aan dat van de internisten. Dit omdat de vervuiling van de DIS-data voor het grootste deel door internisten(-ouderengeneeskunde) veroorzaakt werd én omdat dit de discussie over het openstellen van de productboom van de geriatricie voor de internisten-ouderengeneeskunde zou vergemakkelijken.

CONTINUE VERANDERING

Ziekenhuizen registeren tot op de dag van vandaag (2014) naast elkaar de oude productieparameters en de DBC's/DOF's. Het huidige DOF-systeem blijft continu aan verandering onderhevig. De invoering van de 'integrale tarieven' per 2015 is een verandering waardoor de medisch specialisten niet meer individueel declareren bij de zorgverzekeraar, maar afspraken moeten gaan maken met het ziekenhuis over verdeling van honoraria. Zorgwekkend voor de klinische geriatricie is dat de discussie over de koppeling van de DBC's aan een diagnose opnieuw

wordt gevoerd. DBC's van verschillende specialismen met dezelfde diagnose en een beperkt aantal dezelfde verrichtingen erin zijn hierdoor beter met elkaar vergelijkbaar en komen in aanmerking voor eenzelfde beloning. Dit vormt voor de geriatriepraktijk met patiënten met multimorbiditeit opnieuw een grote bedreiging.

KLINISCHE GERIATRIE IN EUROPA

TISCHA VAN DER CAMMEN EN

JAAP KRULDER



INLEIDING

De Europese Commissie heeft begin jaren negentig de klinische geriatrie erkend als medisch specialisme. In de landen van de Europese Unie zijn inmiddels enkele duizenden geriaters actief in de gezondheidszorg voor ouderen. Echter, in de diverse lidstaten zijn er grote onderlinge verschillen in de structuur van de gezondheidszorg, de gezondheidszorgvoorzieningen en de opleidingsfaciliteiten. Diverse organisaties die in de loop van de jaren negentig zijn opgericht, beijveren zich om de opleiding te harmoniseren en te verbeteren.

Hoewel de eerste initiatieven in Europa om veroudering op de agenda te zetten al dateren uit 1967, het was een activiteit van de European Region of the International Association of Gerontology (ER-IAG), is een Europees netwerk pas goed van de grond gekomen na de oprichting van de EAMA in 1992 en de UEMS-GS in 1997. De European Academy for Medicine of Ageing (EAMA) is opgericht door een groep hoogleraren in de Medische Gerontologie, onder wie prof. dr. S.A. Duursma uit Utrecht. Duursma was ook de eerste voorzitter van de Geriatric Medicine Section van de European Union of Medical Specialists, waarvan recent de naam is veranderd in UEMS-Geriatrics Section (UEMS-GS). In augustus 2001 werd de European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) gevestigd.

WERKTERREINEN VAN DE DIVERSE ORGANISATIES

UEMS-GS

In de statuten van de UEMS staat als doelstelling opgenomen de harmonisatie en verbetering van medische specialisaties in de EU. Opleiding is een sleutelement met als doel het faciliteren en bevorderen van vrije uitwisseling van medisch specialisten binnen de EU. De aandacht gaat speciaal uit naar de kwaliteit van de opleiding en de harmonisatie van de accreditatie (*continuing medical education, CME*).

DOELEN VAN DE UEMS-GS

- 1 het bereiken van de erkenning van het specialisme klinische geriatrie in alle EU-landen;
- 2 het harmoniseren van de opleidingsstandaarden in de artsenopleiding in alle EU-landen;
- 3 het vaststellen van de behoeften aan mensen en middelen, faciliteiten en benodigde professionele vaardigheden, om in de gehele EU het specialisme klinische geriatrie te vestigen en vorm te geven;
- 4 te bewerkstelligen dat alle ouderen in de EU toegang hebben tot specialisten in de klinische geriatrie.

De opleiding en de opleidingsduur (4-7 jaar) varieert nu nog in de diverse EU-landen. Het kan een zelfstandige opleiding Klinische Geriatrie betreffen, dan wel een subspecialisatie van de Inwendige Geneeskunde. Accreditatie is in alle EU-lidstaten beschikbaar. Voor Europese congressen kan accreditatie (CME-points) worden aangevraagd bij de European Accreditation Council for CME (EACCME) (www.uems.eu).

EUROPEAN ACADEMY FOR MEDICINE OF AGEING

In 1995 startte de eerste EAMA-cursus. Dit is een internationale, kleinschalige, intensieve *postgraduate* cursus en leiderschapsprogramma voor jonge en talentvolle klinisch gerieters, met als doel 'teaching the teachers in geriatrics'. Iedere cursus bestaat uit vier weken, verspreid over twee jaar. Per land kunnen slechts enkele deelnemers per cursus aangemeld worden. Na de certificering is men lid van het EAMA-netwerk, een netwerk van ruim 300 klinisch gerieters in de EU (www.eama.eu).



Internationale
bijeenkomst
van gerieters in
Zwitserland:
Elly Bruijns
(links achter).



Internationale bijeenkomst van aios.

EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY (EUGMS)

Doel van de EUGMS is het tot ontwikkeling brengen van het specialisme klinische geriatrie in alle EU-lidstaten. Onderwijs en professionele ontwikkeling (*continuing professional development*) worden gestimuleerd door middel van jaarlijkse congressen. De EUGMS ontwikkelt ook *evidence based* richtlijnen voor de preventie en behandeling van ziekten bij ouderen in de EU.

De EUGMS is de Europese tegenhanger van de American Geriatrics Society (AGS). De EUGMS werkt samen met de International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), de European Region van de IAGG (ER-IAGG) en de UEMS-GS, met als doel het welzijn van ouderen in de EU te bevorderen (www.eugms.org).

POLITIEKE DOELEINDEN

De UEMS-GS, de ER-IAGG, en de EUGMS streven ernaar het politieke klimaat en de nationale regeringen te beïnvloeden ten aanzien van het specialisme klinische geriatrie en de ontwikkeling van gezondheidszorgvoorzieningen voor ouderen. Gezamenlijke aanbevelingen van deze drie organisaties hebben meer invloed bij de Europese Commissie en bij de ministers van gezondheidszorg in de EU dan een individuele aanbeveling van één van deze organisaties.

INTERVIEWS EN HERINNERINGEN

PIONIER VAN DE VERPLEEGHUISGENEESKUNDE: FRITS OOSTVOGEL

Op 25 augustus 2014 spraken Tischa van der Cammen en Annemarie de Knecht-van Eekelen met prof. dr. F.J.G. Oostvogel in zijn kamer in het spiksplinternieuwe gebouw van woonzorgcentrum De Wulverhorst in Oudewater. 'Het is en blijft bijzonder dat wij in Oudewater in deze tijd nog zo'n prachtige nieuwe voorziening konden bouwen', lezen we in de Nieuwsbrief. Inderdaad een prachtige voorziening waar 'wonen, zorgen en verplegen in Oudewater' een nieuwe fase is ingaan.

FRITS OOSTVOGEL

Prof. dr. F.J.G. (Frits) Oostvogel is geboren op 17 juni 1921. Hij studeerde geneeskunde in Utrecht en was gedurende tien jaar huisarts in Oudewater, waar hij sinds 1981 weer woonachtig is. Hij promoveerde in 1968 aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op het proefschrift *Verzorgingsbehoeften van bejaarden*, met als ondertitel 'Een sociaal-geneeskundig onderzoek naar de behoeften van gegadigden voor een verzorgings-tehuis'. Zijn promotor was prof. dr. A.Th.L.M. Mertens (1911-2000), sinds 1955 hoogleraar sociale geneeskunde in Nijmegen. In een tijd dat de medische zorg voor ouderen nog nauwelijks was georganiseerd, had Mertens al gepubliceerd over het bevolkingsvraagstuk en deed hij onderzoek naar ouderen. In de jaren zeventig stelde hij zelfs het coassistent-schap verpleeghuisgeneeskunde in Nijmegen in.

Oostvogel heeft zich ontwikkeld tot pionier van de verpleeghuisgeneeskunde. Hij was werkzaam in Den Haag en later in verpleeghuis Antonius van de Stichting Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstellingen Rotterdam. In 1984 werd hij benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de medische gerontologie en geriatrie aan de Rotterdamse Erasmus Universiteit vanwege de bovengenoemde stichting. Oostvogel was promotor van Tischa van der Cammen die in 1991 bij hem promoveerde op

het proefschrift *Diagnostic approaches and management aspects of early dementia*. In haar dankwoord schrijft zij dat Oostvogel de grondslagen voor de klinische geriatrie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt en aan de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft gelegd, en daar 'begrip en enthousiasme voor dit nog nieuwe specialisme wist te creëren'. Zijn steun voor de subafdeling Klinische Geriatrie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt was van grote betekenis. In 1988 ging hij met emeritaat (zie ook Robben, 2002, 35-7).

Hoe herinnert u zich de beginperiode waarin de geriatrie nog vorm moest krijgen?
'Het was heel moeilijk, vooral de andere specialisten zagen niets in geriatrie, de internisten en de neurologen wilden er niet aan. Ik werkte als verpleeghuisarts in Rotterdam in verpleeghuis Antonius. Verpleeghuisarts was toen nog geen erkend vak, het waren huisartsen die in het verpleeghuis werkten. De grotere verpleeghuizen hadden een eigen arts en anders ging de huisarts regelmatig naar het verpleeghuis toe. Ik heb me ervoor ingespannen dat de zorg voor de mensen in verpleeghuizen beter werd. De mensen kwamen uit het ziekenhuis in het verpleeghuis, enkelen kwamen vanuit huis. In het ziekenhuis werd 'sec' de ziekte behandeld en niet de omstandigheden, niet de zieke, niet de hele mens. In het verpleeghuis waren slechts summiere mogelijkheden om mensen te reactiveren. Ik heb er wel veel aan gedaan om dat te verbeteren.'

VERZORGINGSBEHOEFTE VAN BEJAARDEN

In zijn proefschrift schreef Oostvogel dat de veroudering van de bevolking veel problemen met zich meebrengt op het gebied van huisvesting en verzorging. Er werden in de jaren zestig veel verzorgings- en verpleeghuizen gebouwd, maar er waren geen heldere criteria voor opname. Dat was een punt van zorg voor organisaties als de Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen en de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg. De Raad voor Maatschappelijk Werk in Nijmegen formuleerde het als volgt: 'Een enquête onder de potentiële bewoners van de tehuizen zou van veel nut zijn, is zelfs min of meer noodzakelijk om een juist inzicht te verwerven. Immers de redenen waarom men zich op de wachtlijst laat plaatsen worden enerzijds bepaald door de individuele verzorgingsbehoefte, anderzijds door verwachtingen en opvattingen die men heeft van en over de verzorgingstehuizen' (Oostvogel, 1968). Hiermee had Oostvogel de vraagstelling voor zijn onderzoek, dat hij uitvoerde onder de mensen die zich hadden laten inschrijven voor het in 1965 nieuw te openen verzorgingstehuis 'Favente Deo' in Den Haag.

Oostvogel heeft voor zijn onderzoek 1284 vrouwen en 360 mannen onder-

vraagd. Hij kwam tot een indeling van criteria in vier groepen, te weten het individuele criterium, het criterium betreffende de sociale relaties, betreffende de hulpverlening en betreffende de woonomstandigheden. Tot de individuele criteria behoren: de lichamelijke toestand, de geestelijke toestand, de mobiliteit, de zelfverzorging en de huishoudelijke activiteiten. Hij beoordeelde het criterium woonomstandigheden niet als bepalend voor opname en bepaalde de mate van behoefte aan verzorging aan de hand van de eerst drie groepen criteria. Zo maakte hij onderscheid in de volgende vijf categorieën verzorgingsbehoefte: geen, licht, behoeftig, ernstig, zeer ernstig. Daarvoor ontwierp hij een puntensysteem met een aantal punten van 0 t/m 30. In feite is dat vergelijkbaar met de tegenwoordige indeling van zorgzwaartepakketten. Een puntensysteem was op zich niet nieuw. Zulke systemen waren al in gebruik in Amsterdam en Utrecht, maar die waren meer gebaseerd op huisvesting en wonen en minder op zelfverzorging, mobiliteit, huishoudelijke activiteit en sociale relaties. Om een voorbeeld te geven: in het systeem van Oostvogel betekende bedlegerigheid, gebruik van rolstoel of invalidenwagen 3 punten; gebruik van stok, driepoot of krukken 2 punten en niet kunnen traplopen 1 punt. Geen warme maaltijd gebruiken was 2 punten, vereenzaming ook 2 punten.

Hoe hebt u het onderzoek voor uw proefschrift gedaan?

‘Dat was heel nieuw om zo’n onderzoek te doen. Het was pionierswerk. Er werd een nieuw bejaardenhuis geopend en de vraag was “wie mag daarin?”. Er waren meer gegadigden dan plaatsen. De meesten zijn er op goede criteria ingegaan. En niet omdat ze het bestuur kenden of zo iets. We hebben de criteria voor opname ontwikkeld. Dat waren medisch-somatische criteria en sociaal-maatschappelijke. Ik had alle medewerking van het maatschappelijk werk. Al die mensen in Den Haag heb ik onderzocht samen met mevrouw Petra Pompe, zij was de maatschappelijk werkster.’

Met behulp van de opnemingscriteria werd een verantwoorde selectie van gegadigden mogelijk. Volgens Oostvogel zou het in veel gevallen goed mogelijk zijn dat de bejaarde thuis bleef wonen mits de hulp- en dienstverlening daarop zou worden aangepast, waarbij speciale aandacht nodig was voor ‘aangepaste huisvesting en hulpverlening op huishoudelijk gebied’. Immers het verlangen van de bejaarde is ‘zo lang mogelijk in eigen milieu te blijven’ (Oostvogel, 1968).

Deze benadering wordt tegenwoordig weer omarmd. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Martin van Rijn, sprak onlangs woorden van gelijke strekking: de meeste ouderen blijven het liefst thuis wonen. En volgens de Wet Langdurige zorg kan iemand thuis blijven wonen met zorg, als de zorg verantwoord is en als de kosten niet hoger zijn dan de opname in een instelling (Afwegingskader voor toegang tot de Wet langdurige zorg).

VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

In 1972 kregen de verpleeghuisartsen een eigen vereniging, de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). Oostvogel werd de eerste voorzitter van de NVVA. In 1980 bezette verpleeghuisarts J.J.M. Michels (1924-2002) de eerste universitaire leerstoel verpleeghuisgeneeskunde aan de KU Nijmegen. Een tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts is in 1989 gestart aan de Vrije Universiteit van Amsterdam gevolgd door Nijmegen (1995) en Leiden (1997). De specialistische beroepsgroep werd erkend en geregistreerd in 1990. In november 2005 fuseerde de NVVA met de NVSG (Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie). In 2009 kregen de verpleeghuisartsen een nieuwe naam: specialisten ouderengeneeskunde. De NVVA ging verder onder de naam Verenso.

HOGLERAAR IN ROTTERDAM

Oostvogel wordt alom erkend als de pionier van de verpleeghuisgeneeskunde (van der Wedden, 2010). Zijn benoeming als buitengewoon hoogleraar aan de Rotterdamse Erasmus Universiteit volgde in 1984, zijn leeropdracht was 'medische gerontologie en geriatrie', niet verpleeghuiswetenschappen. Vóór die tijd gaf hij al colleges in Leiden, klinisch geriater dr. J.W.M. (Jaap) Krulder herinnert zich die colleges, die niemand anders kon (of wilde) geven.

Oostvogel aanvaardde zijn Rotterdamse leerstoel met het uitspreken van de rede *Omgaan met veroudering*. Hierin riep hij op tot emancipatie van de ouderen en onderlinge solidariteit: de maatschappij moet positiever, menselijker leren omgaan met veroudering (Oostvogel, 1984).

Hoe is het destijds gelukt om de leerstoel te krijgen? En hoe was het werk in het Dijkzigt ziekenhuis?

'De Stichting Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstellingen had veel waardering voor al het werk dat ik deed. En voor mij was die leerstoel heel plezierig, die gaf je ook meer status.

Met een aantal internisten kon ik goed samenwerken, bijvoorbeeld met M.A.D.H. Schalekamp, die werd in 1984 hoogleraar interne geneeskunde, hij was hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde-I. En vooral met J.H.P. Wilson, hoofd van Interne Geneeskunde-II, ook hoogleraar interne geneeskunde. In het Dijkzigt ziekenhuis hadden we geen eigen bedden, laat staan een afdeling. Ik was de enige geriater, ik was er de hele week en ik deed de consulten. De internisten kregen de aanvraag van de huisarts en moesten dan de doorverwijzing naar de geriatrie regelen, dat was heel moeilijk.'

Tischa van der Cammen vult aan: 'Ik heb pas bedden gekregen van professor

Schalekamp in 1996, dat waren er acht. Maar nog steeds is er geen zelfstandige afdeling. Er is wel een opleiding klinische geriatrie, maar de meeste bedden (20) zijn nu in het Havenziekenhuis dat gelieerd is met het Erasmus MC.'

Oostvogels benoeming volgde kort na de erkenning van de klinische geriatrie als specialisme. Hij zei daarover in zijn oratie: 'De erkenning van het specialisme is een groot goed, de realisering van klinisch geriatrie een even groot probleem.' Hij doelde daarmee op de beperkte mogelijkheden om geriatrie patiënten in het algemeen ziekenhuis te behandelen met als doel dat ze hun maximale onafhankelijkheid, hun functionele capaciteit, konden behouden of herwinnen. Goede diagnostiek en evaluatie van de psychische toestand, van de sociale omstandigheden, van de hulp thuis, van de eerste lijn zijn nodig. Coördinatie tussen de verschillende zorgverleners en goede relaties met het achterland, de eerste lijn, de verzorgings- en verpleeghuizen zijn noodzakelijk. Maar, zo sprak Oostvogel, 'deze aanpak is naar mijn mening in algemene ziekenhuizen niet gebruikelijk.' Naar zijn mening kon in een academisch ziekenhuis i.v.m. opleiding en onderzoek een afdeling Geriatrie niet worden gemist (Oostvogel, 1984).

Had u contact met collega's in binnen- en buitenland?

'Er waren nog niet zo veel collega's in Nederland. Er was Michels in Nijmegen, Ter Haar in Friesland, die was heel actief in de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVVG). In Rotterdam had ik natuurlijk contact met Braadbaart, die was 'geriater avant la lettre'. Die noemde zich ook geriater. En dan had je Schouten, Schreuder en Welten uit Eindhoven. [Tischa van der Cammen laat de boeken van een andere pionier, prof. J.G. Sleswijk, uit 1948 zien: *De ouderdom van*



Promotie van Tischa van der Cammen. Professor Oostvogel (3e van links achter de tafel) is een van haar promotores.

geneeskundig standpunt beschouwd: een handboek voor artsen]. Oostvogel: 'Ik herinner me dat ik, voordat ik bij Antonius ging solliciteren, dat boek van Sleeswijk heb gelezen. Dat was zo'n beetje het enige dat er in het Nederlands was.'

'Ik ging ook wel eens naar Engeland, daar liep de geriatrie voorop. Naar bijeenkomsten bij professor Norman Exton-Smith (1920-1990) in Londen, die werkte samen met een vrouw, hoe heette ze ook al weer? Ja, ik kan er nu niet opkomen, weet je hoe lang het geleden is?'. Later bedenken we dat het Doreen Norton (1922-2007) is geweest, zij is de eerste hoogleraar in geriatrie verpleegkunde geworden. Exton-Smith is trouwens ook in Nederland geweest bij Lies van Kammen-Wijnmalen in Arnhem. En Tischa van der Cammen volgde haar opleiding Klinische Geriatrie bij Exton-Smith in het University College Hospital/St. Pancras Hospital.

STERVENSBEGELEIDING

Van de vele activiteiten van Oostvogel kan zijn betrokkenheid bij het vraagstuk van de euthanasie worden genoemd. In 1973 schreef hij hierover in *Medisch Contact*: 'Actieve euthanasie in engere zin: het doelbewust bekorten of beëindigen van een leven acht ik derhalve ongeoorloofd. Passieve euthanasie in de zin van het niet meer bestrijden van de reeds in de ongeneeslijk zieke en ondraaglijk lijdende patiënt aanwezige doodsoorzaak kan in overleg met de patiënt wel worden "toegepast". [...] Wij dienen solidair te blijven met onze medemensen, ook, of liever juist, als ze ouder worden en gaan sterven. We moeten hen begeleiden, werkelijk contact met hen maken, ons zoveel mogelijk in de ander trachten te verplaatsen, de patiënt sterft niet alleen aan zijn ziekte maar aan zijn hele leven' (Oostvogel, 1973).

Hij heeft altijd gepleit voor palliatieve zorg: 'Uiteraard dienen wij in ieder geval de pijn te bestrijden en niet door een routinematig recept driemaal daags. Pijn dient 24 uur van de dag en de nacht te worden bestreden en de antineuralgica e.a. derhalve ook over deze periode gespreid en goed gedoseerd te worden gegeven. Benauwdheid, dorst en uitdroging moeten we eveneens bestrijden, niet om het sterven te verlengen, maar om de patiënt niet in een ondraaglijke toestand te brengen die vaak mensonwaardig is.' Samengevat was zijn mening in 1973 'dat wij de euthanasie - in de oorspronkelijke betekenis van een goede, gelukkige dood - weer inhoud geven. Een goede passieve euthanasie, en dus een goede stervensbegeleiding, maakt de actieve euthanasie overbodig.'

IN WOORD EN GESCHRIFT

Oostvogel had zitting in diverse commissies die standpunten over euthanasie formuleerden in de jaren dat wetgeving voor euthanasie werd ontworpen. In de

media kwam hij hierover regelmatig aan het woord. Zo werd hij in het televisie Journaal van 21 augustus 1979 over stervensbegeleiding geïnterviewd door Marlijn de Koning en ruim een jaar later (26-11-1980) was hij weer op het Journaal in een gesprek op het congres Stervensbegeleiding te Groningen. In de jaren tachtig stond euthanasie nadrukkelijk op de politieke agenda. De Tweede Kamerlid mr. E.K. (Elida) Wessel-Tuinstra (*1931) diende in 1984 een initiatiefwetsvoorstel in over versoepeling van de bepalingen ten aanzien van euthanasie. Het voorstel was de strafbaarstelling van euthanasie voor de medische beroepsgroep te schrappen. Op 19 augustus 1985 bood de Staatscommissie Euthanasie haar eindrapport aan de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van Justitie aan. In een uitzending (20-04-1986) van KRO's programma Brandpunt rond de verkiezingen in 1986 benadrukte Oostvogel in debat met de toenmalige fractievoorzitter van de PvdA in de Tweede Kamer, dr. J.M. (Joop) den Uyl (1919-1987), de gevaren van legalisering van euthanasie. Toen begin 1987 het Kabinetbesluit euthanasie was gevallen, en was besloten om een commissie in te stellen die de toepassing van euthanasie in de praktijk moest gaan onderzoeken, kwam hij opnieuw in Brandpunt (17-01-1987), toen als voorzitter van de Werkgroep Kerk en Gezondheid, om over de ethische aspecten van dit besluit te spreken.

Zijn visie heeft hij onder meer verwoord in het boekje *Omgaan met sterven - II - terminale zorg in een verpleegtehuis* uit 1986 (Bruning & Oostvogel, 1986). In dat zelfde jaar benoemde hij samen met anderen de bezwaren tegen het initiatief wetsvoorstel Wessel-Tuinstra (dat het uiteindelijk niet heeft gehaald): 'Aan de voorwaarde van ondraaglijk lijden wordt de voorwaarde van een concrete doodsverwachting toegevoegd. In de toelichting wordt gesteld dat dit moment ergens ligt tussen de aanvang van het stervensproces (weken-maanden) en de aanvang van de stervensfase (uren-dagen) en dat dit moment aan de hand van 'een objectief waarneembare verslechtering van fysiologische processen' moet worden vastgesteld. Deze grens lijkt ons nogal vaag met het oog op de rechtszekerheid. [...] Wat wij echter vooral vrezen is dat de eis van een concrete doodsverwachting op den duur zal wijken voor de ervaring van rechtsongelijkheid in geval van eenzelfde graad van 'ondraaglijk lijden' bij afwezigheid van een concrete doodsverwachting. [...] Levensbeëindiging blijft in alle gevallen wederrechtelijk. [...] Artsen die op principiële gronden niet tot levensbeëindiging willen overgaan, zonder overigens hun patiënten ook maar in de geringste mate in de steek te laten, kunnen dan met een goed geweten in ons land hun werk blijven doen' (van Alphen et al., 1986).

Oostvogel was ook lid van de KNMG-Commissie 'Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen' die de nota *Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten* heeft uitgebracht in 1993.

Hoe denkt u nu over euthanasie?

‘Het was toen een strijdpunt: wel of geen euthanasie. Ik was in eerste instantie voor “geen euthanasie”, maar zo goed mogelijke begeleiding. We hebben nog een congres gehad in de Doelen herinner ik mij. De meningen waren verdeeld. Ik kijk er nog steeds zo tegenaan: niet direct euthanasie, maar eerst palliatieve zorg en dat kan heel uitgebreid. Antonius-IJsselmonde (dat nu Stichting Laurens heet) heeft een eigen verpleeghuis voor terminale zorg (Laurens Cadenza).’

DE POSITIE VAN DE KLINISCH GERIATER

Oostvogel was actief betrokken bij de NVvG en de positie van de klinisch geriater. Toen er in 1982 nog steeds discussie was over de erkenning van het specialisme klinische geriatrie, klom hij in de pen (Oostvogel, 1982). Hij stelde de vraag: ‘Is de geneeskundige zorgverlening in en buiten de instituten in ons land dan niet goed of vormen de bejaarden een aparte categorie, waarvoor speciale of andersoortige voorzieningen, speciale kennis en kunde vereist zijn?’. Hij constateerde dat er sprake was van een sterke stijging van het aantal bejaarden en vooral van hoogbejaarden in Nederland. Hoogbejaard was toen nog 75+. De grote aantallen deden volgens hem afbreuk aan de kwaliteit van de zorg. In de jaren zestig en zeventig dacht men de problemen te kunnen oplossen door het bouwen van verzorgings- en verpleegtehuizen. Dat ging ten koste van de ontwikkelingen in het eerste en tweede echelon. ‘De gelegenheid schept de behoefte.’ Er ontstonden wachtlijsten voor verzorgingstehuizen, zeker in de grote steden. Volgens Oostvogel waren de instellingen vooral gericht op somatische zorg en was er een ‘schreeuwend tekort’ aan psychogeriatrische voorzieningen. Hij stelde dat ‘de geneeskundige zorg voor bejaarden vooral in en vanuit de verpleeghuizen tot ontwikkeling [is] gekomen.’

Voor een betere ouderenzorg zijn volgens Oostvogel zowel de geriateren als de verpleeghuisartsen onontbeerlijk. ‘Laten we beiden zo snel mogelijk opleiden en de deskundigheid vergroten door na- en bijscholing.’ Het verschil tussen geriater en verpleeghuisarts lag vooral in hun werkterrein en daar moest de opleiding bij zijn aangepast. De geriater diende in het algemeen ziekenhuis te worden opgeleid om basiskennis van interne geneeskunde, neurologie en revalidatie op te doen, en in psychiatrische ziekenhuizen voor de aspecten van psychogeriatric. Daarnaast waren stages in het verpleeghuis nodig en liefst ook in geriatrie klinieken in Engeland. Hij achtte het mogelijk dat beide specialismen een gezamenlijke opleidingstijd van 1-2 jaar zouden krijgen.

‘We are second grade doctors for third grade people. Zo keek ik erin die tijd tegenaan, maar nu niet meer. De internisten accepteerden de geriateren toen nog niet als collega’s op hetzelfde niveau. Andere specialismen vreesden dat hun behandelingen uit handen werden genomen. Maar geriatrie is nu overal geaccepteerd.’

Hoe kijkt u nu tegen de ouderdom aan?

'Oud worden is makkelijk, oud zijn is moeilijk. Moeilijk is alles wat je in moet leveren, de afhankelijkheid. Het is niet makkelijk om oud te zijn. Maar ik ben tevreden over wat ik heb kunnen bereiken. Ik heb veel kunnen realiseren van wat ik mij ten doel had gesteld, dat is belangrijk.'

LITERATUUR

- Alphen HA van, Arts NF, Boer HH de, Booij LH, Minderhoud JM, Oldhoff J, Oostvogel FJ, Stoelinga GB, Wagener DJ (1986). Euthanasie, recht en medische ethiek. *NTvG*;130(13):601-4.
- Bruning H & Oostvogel FJG (1986). *Omgaan met sterven-ii-terminale zorg in een verpleegtehuis*. Leiden: Zorn.
- Cammen TJM van der & Oostvogel FJG (1988). Afdelingen Geriatrie in Nederland. *TGG*;19:68-70.
- Oostvogel FJG (1968). *Verzorgingsbehoeften van bejaarden: een sociaal-geneeskundig onderzoek naar de behoeften van gegadigden voor een verzorgingstehuis*. Proefschrift Nijmegen. Nijmegen/Utrecht: Dekker & van de Vegt.
- Oostvogel FJG (1973). Geriater en euthanasie. *MC*;28:51-3.
- Oostvogel FJG (1982). Bijdragen over het specialisme geriatrie en de opleiding tot geriater: geriatrie: een absolute noodzaak. *TGG*;13(1):16-9.
- Oostvogel FJG (1984). *Omgaan met veroudering*. Inaugurale rede Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Robben P (2002). *Kwartet voor ouderen. Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg*. Proefschrift KU Nijmegen. Houten: Bohn-Stafleu-Van Loghum.
- Sleeswijk JG (1948-9). *De ouderdom van geneeskundig standpunt beschouwd: een handboek voor artsen*. Twee delen: I: Algemeen gedeelte. II: Clinisch gedeelte. Amsterdam [etc.]: Kosmos.
- Wedden H van der (2010). *Alzheimer en euthanasie. Een sociologische analyse van ziekte en lijden*, p. 95. <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=362137>.

VECHTEN VOOR REGISTRATIE



MARJAN ORNÉE

J.M. (Marjan) Ornée is medeauteur van het boek 'Klinische geriatrie - Geschiedenis van een specialisme', waarin haar cv te vinden is. Zij werkte van 1974 tot 1979 als verpleeghuisarts te Amsterdam en Naarden, en van 1979 tot 1985 op de afdeling Geriatrie van St. Jan-Hooglaren. Zij is als klinisch geriater ingeschreven per 1 juli 1984.

VERZOEK TOT REGISTRATIE

Volgens de besluiten nrs. 4/1982 en 5/1982 van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten (cc) (zie *Klinische Geriatrie-Geschiedenis van een specialisme*, p. 59 e.v.) konden degenen die op 1 januari 1983 gedurende 'tenminste 5 jaar in volledige of nagenoeg volledige dagtaak op het terrein van de klinische geriatrie' werkzaam waren zich laten registreren als klinisch geriater. Daarbij moesten de nodige bewijsstukken worden overlegd. Ik schreef op 7 februari 1983 een verzoek aan de Specialisten Registratie Commissie (SRC) om me te laten registreren. Mijn uitgebreide cv was bijgevoegd en een aanbeveling van de medisch directeur van Streekziekenhuis Gooi-Noord waar ik werkte.

EEN REACTIE VAN DE NVvG

In augustus 1983 schreef de NVvG een brief aan de SRC, waarin zij haar verontusting uitsprak over het feit dat bij de beoordelingen van degenen die zich wilden laten registreren, de ervaringen volledig werden getoetst aan de nieuwe opleidingseisen, terwijl in artikel 4/1982 geen verdere eisen werden gesteld. Het NVvG bestuur vreesde terecht dat op die manier in 1983 weinig artsen als klinisch geriater zouden worden geregistreerd, waardoor de continuïteit van het specialisme in gevaar kwam. Het bestuur was van mening dat de eisen van be-

sluit 4/1982 in deze beginfase genuanceerd gehanteerd moesten worden, dus geen devaluatie van de eisen, maar uitzonderingen voor aanvragen die gedaan zouden worden vóór 1 januari 1984. Dat betekende het volgende:

- 1 Indien de verzoeker vijf jaar (na)genoeg volledig werkzaam is in de geriatrie, hoeft ontbreken van de opleiding interne niet tot afwijzing te leiden. Wel dient geriatrie te zijn uitgeoefend in een geriatrische setting en dient er te worden samengewerkt met internist, neuroloog en psychiater. Men dient verantwoordelijk te zijn geweest voor diagnostiek en behandeling van minimaal vijftig patiënten per jaar, bij voorkeur ook poliklinisch en/of ambuland. Daarbij dient men zich door het bijwonen van cursussen, congressen en symposia te hebben verdiept in de geriatrie, en door voordrachten, publicaties en zo mogelijk wetenschappelijk onderzoek een bijdrage te hebben geleverd aan de ontwikkeling van de geriatrie.
- 2 Werkzaam zijn geweest in een verpleeghuisfunctie kan in bepaalde mate meewegen, bijvoorbeeld vier jaar geriatrie en één jaar verpleeghuis, is voldoende voor registratie.
- 3 Sociaal-geriatrische diensten en uitsluitend verpleeghuiservaring tellen niet.
- 4 Een uitzondering kan worden gemaakt voor die personen die niet alleen vele jaren als sociaal-geriater en/of in een verpleeghuis hebben gewerkt, maar die zich vanuit die situatie intensief hebben beziggehouden met de ontwikkeling van de geriatrie.
- 5 Ook een uitzondering is mogelijk voor degene die is ingeschreven in het register voor inwendige geneeskunde en die reeds langer dan vijf jaar werkzaam is in een gecombineerd verpleeghuis of een sociaal-geriatrische dienst.

Het NVvG bestuur hoopte dat de SRC dit advies zwaar zou laten meewegen bij de toetsing van de aanvragen tot registratie. De SRC reageerde negatief en gaf aan niet te willen nuanceren.

Geriatricie

Besluiten nr. 4 en 5/1982

Eind 1980 besloot het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in principe over te gaan tot instelling van een afzonderlijk specialisme klinische geriatrie. Thans volgt op grond van artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde de publicatie van de besluiten no. 4 en 5/1982 van het CC, bevattende de officiële instelling van het specialisme respectievelijk de eisen te stellen aan de opleiding tot klinisch geriater. Beide besluiten treden in werking op 1 januari 1983.

Publicatie van de besluiten nr. 4 en 5/1982 in Medisch Contact (1983).

BEHANDELING VAN MIJN AANVRAAG

Op 31 augustus 1983 was mijn aanvraag in behandeling bij de SRC. Op hun verzoek stuurde de NVvG een adviesbrief over mijn aanvraag naar de SRC. De NVvG adviseerde – conform hun nuancering – mij één jaar extra toe te kennen vanwege mijn vijfjaar verpleeghuiservaring. De duur van mijn geriatrische werkzaamheden was namelijk te kort doordat ik een parttime dienstverband van 32 uur had. De afdeling waar ik werkte leek de NVvG ‘marginaal’, omdat er te veel psychogeriatrische patiënten zouden zijn. De NVvG adviseerde inschrijving per 1 januari 1984, mits ik voldoende consulten zou doen en meer betrokken zou zijn bij somatisch gerichte problematiek.

Ruim twee maanden later kreeg ik een afwijzing van de SRC met als argumenten dat ik geen opleiding interne geneeskunde had en ik alleen in de psychogeriatric werkzaam was.

IN BEROEP BIJ DE SRC

Ik legde me daar niet bij neer en kondigde aan in beroep te gaan. Ik was trouwens niet de enige die vocht voor registratie. Het was al januari 1984 toen de SRC en het cc de problematiek nog eens bespraken en tot de conclusie kwamen dat het niet hun zorg was dat er weinig klinisch geriateren werden geregistreerd. Integendeel, ze vonden het eigenlijk wel best. In hun optiek was het nooit de bedoeling geweest dat op korte termijn in alle ziekenhuizen een afdeling klinisch geriatrie van de grond zou moeten komen. Op deze manier frustreerden zij alsnog de invoering van het specialisme.

Nadat ik, met motivatie, bij de SRC beroep had aangetekend tegen hun afwijzing en om herziening van de beslissing had gevraagd, werd mijn verzoek om gehoord te worden ingewilligd. Voor dat gesprek met de Commissie van Uitvoering had ik de nodige bewijsdocumenten verzameld: het jaarverslag van de afdeling met registratie van aandoeningen, mijn arbeidscontract, een brief van de directeur over de werkbelasting, die chronisch hoger was dan de uitbetaalde uren, een brief van de internisten over mijn deskundigheid op het gebied van de interne en een recent gepubliceerd artikel over onze GAAZ.

Dat mocht allemaal niet baten, want de SRC wees mijn aanvraag opnieuw af: geen vooropleiding interne geneeskunde, verpleeghuiservaring telde niet mee, werktijd in de klinische geriatrie was te kort, omdat niet het werk en de werkbelasting telde, maar het aantal uren in het arbeidscontract. Daar kwam ook nog bij dat inschrijving alleen mogelijk zou zijn op de datum van inwerkingtreding van besluit 4/1982 en niet op een later tijdstip. De geriatrische werkzaamheden werden nu trouwens wel als adequaat erkend.

VOORSTELLEN VAN DE NVvG

Inmiddels was het augustus 1984 toen de secretaris van de NVvG, dr. E. (Elly) Bruijns, een brief aan de SRC richtte waarin zij inging op de kwestie dat de SRC de duur van de werkzaamheden als doorslaggevend beschouwde en niet de kwaliteit. Het NVvG bestuur was behoorlijk ongelukkig met de gang van zaken bij de SRC en had al in een eerder stadium aangegeven mijn argumenten - en ook die van anderen - te zullen ondersteunen.

De NVvG stelde voor om iemand die op 1 januari 1983 meer dan de helft van de totale opleidingsduur (5 jaar) werkzaam was, ook onder besluit 4/1982 te laten vallen en de registratie later dan 1 januari 1983 te laten plaatsvinden. Een ander punt was nog het idee van de SRC om een klinisch geriater die niet helemaal aan de benodigde uren voor registratie toekwam, een tijdje te laten werken op een afdeling interne geneeskunde. De NVvG was daar faliekant op tegen, dat was in niemands belang en zeker niet in dat van de patiënten die dan hun klinisch geriater moesten missen.

DE COMMISSIE VAN BEROEP MEDISCH SPECIALISTEN

ARGUMENTEN VAN DE SRC

Nadat ik in september 1984 officieel beroep tegen het besluit van de SRC had aangetekend bij de Commissie van Beroep Medisch Specialisten, berichtte de SRC aan de NVvG dat registreren alleen per 1 januari 1983 kon en niet op een later tijdstip, en verwierp het argument van het werken op een andere afdeling. Dat was pijnlijk, want de SRC schreef 'ook collega Schouten is met mij van mening dat het verblijf op een andere afdeling, zoals inwendige ziekten of neurologie bijzonder leerzaam kan zijn voor de opleiding en de vorming van as. geriaters, er is nu eenmaal 2 jaar interne vooropleiding vereist. Dat de afdeling geschaad wordt door de tijdelijke afwezigheid van een assistent, die ergens anders iets moet leren, kan ik niet met u eens zijn.' Schouten was immers één van de pioniers van de klinische geriatrie die zich - als we de SRC mogen geloven - hier niet erg solidair opstelde.

Uiteraard leverde de SRC commentaar op mijn beroepschrift. Dat kwam erop neer dat:

- 1 inschrijving alleen per 1 januari 1983 mogelijk is, en op dat tijdstip moet iemand 5 jaar (nagenoeg) volledig werkzaam zijn geweest;
- 2 ten aanzien van de werkbelasting niet het aantal gewerkte uren telt, alleen de uren in het contract;
- 3 verpleeghuiservaring niet telt;
- 4 ik geen opleiding interne geneeskunde had;
- 5 de datum van 1 januari 1984, die de NVvG voorstelde, niet kan.

ARGUMENTEN VAN DE NVVG

Vanuit de NVVG bood collega Bruijns zich aan als getuige-deskundige en zij noemde een aantal overwegingen op grond waarvan inschrijving later dan 1 januari 1983 mogelijk zou moeten zijn:

- de toepassing van artikel 5 van besluit 4/1982 maakt dat inschrijving later dan 01-01-1983 mogelijk is;
- het ontbrekende deel van de opleiding dient tussen opleider en betrokkene te worden vastgesteld;
- er kan niet worden verwezen naar de opleidingseisen, want niemand was per 01-01-1983 volgens de eisen opgeleid; opleiding was pas mogelijk per 13-07-1984;
- als de kwaliteit per 01-01-1983 voldoende was, dan gold dat *mutatis mutandis* ook voor de periode daarna.

ARGUMENTEN UIT MIJN ZIEKENHUIS

De internisten met wie ik samenwerkte, schreven een brief aan de Commissie van Beroep waarin zij aanvoerden dat het nog gaan werken op een interne afdeling voor mij niet zinvol was; zij beoordeelden mijn vaardigheden interne geneeskunde als volledig adequaat.

De directie stuurde een brief waarin zij betoogde dat financiële belangen een rol speelden bij de contractonderhandelingen en dat de werkzaamheden van mij en mijn collega ruimschoots fulltime waren zoals ook bleek uit het tijdschrijven.

DE PLEITNOTITIES VAN MIJN ADVOCaat

Uit de pleitnotities van mijn advocaat die uitvoerig inging op de motivatie van de SRC en die zorgvuldig kon weerleggen, kan ik een interessant punt aanhalen. Hij wees erop dat een groot aantal klinisch geriateren hun ervaring had moeten opdoen in verpleeghuizen, omdat er nauwelijks geriatrie afdelingen van algemene ziekenhuizen bestonden.

BESLUIT VAN DE COMMISSIE VAN BEROEP

In het voorjaar van 1985, dus meer dan twee jaar na mijn eerste verzoek tot registratie, kwam eindelijk het verlossende woord. De Commissie van Beroep besloot: 'Indien een arts op enig tijdstip gelegen tussen 01-01-1983 en het tijdstip waarop de eerste opleidingsmogelijkheid volgens besluit 5/1982 is ontstaan, geacht kan worden 5 jaar ervaring te hebben op het terrein van de klinische geriatrie, is hij gerechtigd tot inschrijving.'

Ik werd met terugwerkende kracht als klinisch geriater ingeschreven per 1 juli 1984.

KLINISCHE GERIATRIE IN HET SLOTERVAART- ZIEKENHUIS: CARLA THIJSSSEN



Marjan Ornée en Petra Klijnsma bezochten klinisch geriater C. Thijssen op 26 maart 2014. Zij spraken met haar over de beginjaren van de klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis en de ontwikkelingen in de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVVG). Carla Thijssen was voorzitter van de NVVG tijdens het lustrumcongres in 1993, waar zij H.M. Koningin Beatrix mocht begroeten. In het boek 'Klinische Geriatrie - Geschiedenis van een specialisme' staat zij op de foto's. Voor haar verdiensten voor de NVVG is zij op 22 mei 1996 benoemd tot erelid.

CARLA THIJSSSEN

C. (Carla) Thijssen werd op 15 augustus 1939 geboren op Curaçao waar zij het lager onderwijs en de middelbare school volgde. Na het behalen van het diploma hbs-b kwam zij op haar zeventiende jaar naar Nederland. Omdat zij snel financieel onafhankelijk wilde zijn, volgde zij de opleiding tot medisch-analiste in het Diaconessenhuis in Haarlem. Na twee jaar werken in het Elisabeth Gasthuis in Haarlem vond zij het analistenwerk niet meer interessant genoeg. Zij kwam tijdens haar werk geregeld in aanraking met de interne geneeskunde en besloot zelf internist te worden. Zij is in 1961 geneeskunde gaan studeren aan de Gemeente Universiteit in Amsterdam. Haar vader was inmiddels gepensioneerd, zodat zij in aanmerking kwam voor een studiebeurs. Zij begon met haar specialisatie tot internist in 1971 in het Elisabeth Gasthuis in Haarlem. Van 1976 tot 1995 was zij werkzaam als klinisch geriater in het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam.

HET SLOTERVAARTZIEKENHUIS

Na haar specialisatie was het in 1976 moeilijk om als internist aan de slag te komen. Via een vriendin kwam zij in contact met internist dr. J. Schouten die in het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam de afdeling Geriatrie was gestart. Hij zocht artsen voor deze afdeling, er waren wel kandidaten, maar dat waren vooral buitenlandse artsen die de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheersten. Carla Thijssen was tijdens haar opleiding geconfronteerd met een benadering en bejegening van ouderen die niet altijd correct was. Ouderen waren voor haar juist interessante patiënten met veel diagnostische problemen. Werken in het Slotervaartziekenhuis trok haar wel.

Het nieuwe Slotervaartziekenhuis was eind 1975 in gebruik genomen. Het verving een aantal verouderde Amsterdamse ziekenhuizen: het Weesperpleinziekenhuis, het Binnengasthuis (niet-academisch deel), de Pieter van Foreestkliniek en het Noodziekenhuis Zeeburg. Ten tijde van de officiële opening door H.M. Koningin Juliana op 21 juni 1976 was het Slotervaartziekenhuis het modernste ziekenhuis van Europa. De gemeente Amsterdam gaf het ziekenhuis als opdracht om in het bijzonder aandacht te besteden aan bejaarden, chronisch zieken en armlastigen. Onder andere hierdoor is het Slotervaartziekenhuis gespecialiseerd in geriatrie en reumatologie.

CHEF DE CLINIQUE

In 1976 werd Carla Thijssen aangenomen als chef de clinique van de afdeling Geriatrie waarvan zij al snel de dagelijkse leiding kreeg. De afdeling had 108 bedden die altijd vol lagen. Als gemeenteziekenhuis kreeg het Slotervaartziekenhuis alle probleemgevallen, vaak ook via de GGD.

In het begin was de gemiddelde ligduur 40 dagen, later werd door verandering in de financiering de druk op de opnameduur veel groter, dat maakte het werken minder prettig. De afdeling werd gerund door drie internisten, hoofd van de af-



Klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis (1988): geheel links Carla Thijssen.



Klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis (1988): midden Carla Thijssen, geheel links Petra Klijsma.

deling was Schouten die zich maar beperkt bezighield met de directe patiëntenzorg. Hij liep wel mee met de grote visite op de afdelingen en deed twee ochtenden per week polikliniek. Carla Thijssen herinnert zich dat hij veel afwezig was voor vergaderingen en congresbezoek, zowel in binnen- als in buitenland. Schouten was een man 'met gezag' en hield er niet van tegengesproken te worden. In 1984 ging hij met ziekteverlof, dit heeft geduurd tot zijn pensionering. De derde internist was Lex Lim, een aimabele en zeer integere persoonlijkheid, die zich gedurende de jaren dat hij aan de afdeling Geriatrie verbonden was, alleen met de patiëntenzorg heeft beziggehouden.

HOOFD VAN DE AFDELING GERIATRIE

Vanaf de start van de afdeling Geriatrie waren er arts-assistenten aanwezig. Na het vertrek van Schouten werd Carla Thijssen hoofd van de afdeling. Zij slaagde erin om de opleidingsbevoegdheid voor klinische geriatrie te verkrijgen die in 1985 is toegekend. De afdeling kreeg zes opleidingsplaatsen. Voor de arts-assistenten die op dat moment op de afdeling Geriatrie werkzaam waren, werd in overleg met de toenmalige Specialisten Registratie Commissie (SRC) een overgangsregeling getroffen. Zij moesten nog een stage interne geneeskunde volgen. Een aantal arts-assistenten heeft de twee jaar vooropleiding interne geneeskunde gedaan na het afronden van de drie opleidingsjaren klinische geriatrie.

Arts-assistenten konden aanvankelijk hun hele opleiding tot klinisch geria-



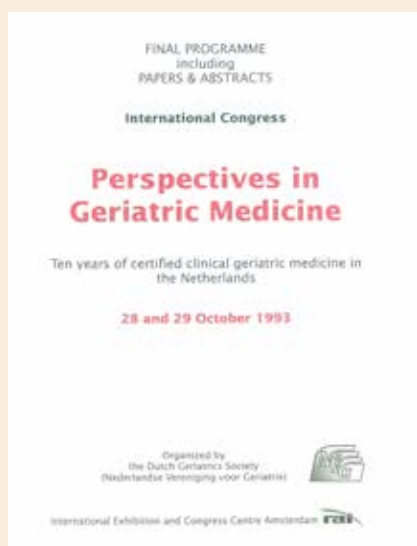
Oude en nieuwe nvvg bestuursleden (1990): v.l.n.r.: Carla Thijssen, Paul Jansen, Teun Keuzenkamp, Paul Hupkens, Paul Robben, Elly Bruijns, Wim Claessens, Dick Sipsma, Gerard de Ruijter. Afgetreden in 1989 waren Dick Sipsma (voorzitter) en Elly Bruijns (secretaris). Van het nieuwe bestuur ontbreekt Joris Slaets (penningmeester).

ter in het Slotervaartziekenhuis volgen, er was daar ook een observatieafdeling voor patiënten met cognitieve stoornissen. Aan deze afdeling waren een psycholoog en een psychiater verbonden, maar geen ouderenpsychiater. Om die reden kon het psychiatriejaar van de opleiding daar niet meer plaatsvinden. Alle assistenten hadden hun eigen consultafdeling.

Er was weinig weerstand tegen de geriatrie in het Slotervaartziekenhuis, mogelijk speelde het feit dat alle specialisten in loondienst waren, hierbij een rol. Met de verpleeghuizen in de stad bestond een goede samenwerking, waarbij van tevoren afspraken werden gemaakt over terugplaatsing.

ACTIEF IN DE NVvG

Met de erkenning van het specialisme klinische geriatrie in 1983 kon Carla Thijssen zich als klinisch geriater laten registreren. Samen met Elly Bruijns en Cobi van Nieuwkerk nam zij zitting in het Concilium Geriatricum van de NVvG. In die tijd kampten alle klinisch gerieters met dezelfde problemen, maar zij hadden ook hetzelfde doel voor ogen. Gezamenlijk hebben zij voorbereidingen getroffen voor de invulling van de opleiding en er werd ook veel tijd besteed aan een goede beeldvorming van de klinische geriatrie. Carla Thijssen is jarenlang bij de vereniging betrokken geweest, zij heeft verschillende bestuurlijke functies gehad en werd voorzitter van de NVvG. Zij had eigenlijk een hekel aan vergaderen en zorgde ervoor dat de agenda altijd stipt en snel werd afgewerkt. In 1993 heeft zij het tijdens het jubileumcongres in verband met het tienjarig bestaan van de NVvG H.M. Koningin Beatrix verwelkomd. In 1994 is Carla Thijssen met haar bestuurlijk werk gestopt. Zij is erelid van de NVvG.



Tien jaar klinische geriatrie.
Jubileumcongres NVvG (1993).

KLINISCHE GERIATRIE

In de beginjaren was de werkwijze op van de afdeling Geriatrie in het Slotervaartziekenhuis erg gericht op de interne geneeskunde. Later kwam er meer aandacht voor de sociale omstandigheden van patiënten en werd de werkwijze meer geriatisch. Er werden vaak doodzieke, verwarde mensen ingestuurd die op de afdeling werden behandeld. Carla Thijssen heeft tot 1995 gewerkt, aan het einde van haar carrière waren in het Slotervaartziekenhuis de eerste plannen voor dagopnames gemaakt, maar daarbij is zij zelf niet direct betrokken geweest.

Contacten met andere specialisten in het ziekenhuis waren goed, samenwerking met de interne geneeskunde stond op een laag pitje, omdat de klinisch geriater zelf van origine internist waren.

Carla Thijssen is een aantal jaren lid van het stafbestuur geweest. Wetenschappelijk onderzoek had niet haar primaire belangstelling. In het kader van de opleiding heeft zij haar opleidingsassistenten wel begeleid bij onderzoek. Opleiding van coassistenten en arts-assistenten heeft zij altijd met plezier gedaan.

DE ACTUALITEIT

Carla Thijssen is nog steeds lid van de NVKG en zij volgt het reilen en zeilen van de klinische geriatrie op afstand. De ontwikkeling van de klinische geriatrie is heel interessant, de opzet van themapoli's biedt een duidelijke meerwaarde voor het vak. Wel maakt zij zich zorgen over de nieuwe wetgeving die nadelig is voor de ouderenzorg. Het lijkt een herhaling van zetten te zijn.

LITERATUUR

Olde Rikkert MG, Brouwer E, Thijssen C, et al. (1990). Polyfarmacie bij patiënten op een GAAZ. TGG;21:51-9.

Rooij S de, Brugen R van, Thijssen C, Hooijer C (1994). Een lage vitamine B12-spiegel en vitamine B12-deficiëntie bij ouderen. Wanneer suppleren? TGG;25(1):3-10.

MEDIA

Radio 1 KRO (1988). ECHO magazine. 30 augustus. Een interview met klinisch geriater Carla Thijssen van het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam over geriatrie, het doel van geriatische behandelingen, de stand van zaken omtrent de Nederlandse geriatrie, de belangstelling van de politiek voor dit specialisme en de toekomst van de geriatrie.

KLINISCHE GERIATRIE IN HET SLOTERVAART- ZIEKENHUIS – HET VERVOLG: LINDA TULNER EN JOS VAN CAMPEN



Op 13 april 2015 spraken Marjan Ornée en Annemarie de Knecht-van Eekelen met klinisch geriater dr. C.R. Tulner en J.P.C.M. van Campen, werkzaam in het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis. Zij hebben – ook in roerige tijden – de geriatrie op koers weten te houden. In het interview met Carla Thijssen hebben wij de geriatrie in het Slotervaartziekenhuis geschetst vanaf 1976 tot het midden van de jaren negentig. Hier leest u hoe het verder ging.

LINDA TULNER EN JOS VAN CAMPEN

Mw. dr. C.R. (Linda) Tulner (*1964) heeft geneeskunde gestudeerd aan de ru Groningen. Na haar artsexamen (1990) heeft zij zich gespecialiseerd als klinisch geriater waarvoor zij achtereenvolgens twee jaar interne geneeskunde deed in het Zeeweg Ziekenhuis te IJmuiden (opleider dr. A.J.F.A. Kerst), een jaar psychogeriatric in het Vincent van Gogh Instituut te Venray (opleider mw. G.A.M. Golüke, klinisch geriater), ruim anderhalf jaar somatische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis (opleider dr. G.N. de Ruijter, klinisch geriater) en vijf maanden somatische geriatrie in het umc St Radboud te Nijmegen (opleider prof. dr. W.H.L. Hoefnagels, klinisch geriater).

In het Slotervaartziekenhuis is zij werkzaam geweest als keuzeco-assistent, assistent in opleiding en sinds 1997 als klinisch geriater. Van 2002 tot 2014 was zij opleider klinische geriatrie en sinds 2014 plaatsvervangend opleider.

Zij was onder meer lid van het Concilium Geriatricum van de nvkg (2003-2014, secretaris 2004-2009) en voorzitter van de nvkg Commissie Onderwijs en Wetenschap (2012-2015). Haar interessegebieden zijn polyfarmacie, osteoporose, incontinentie. In 2009 promoveerde zij aan de ru Utrecht op het proefschrift getiteld: *Polypharmacy in geriatric patients: too little or too much?*

Zij won als eerste opleider de Gouden Po voor de beste opleider.

J.P.C.M. (Jos) van Campen (*1960) studeerde geneeskunde aan de KU Nijmegen. Na zijn artsexamen volgde hij de opleiding tot huisarts (registratie 1991). Hij heeft daarna gekozen voor geriatrie omdat hij het grensgebied tussen neurologie, psychiatrie en interne zo interessant vindt. Voor zijn opleiding tot klinisch geriater was hij arts-assistent ouderenspsychiatrie in APZ De Wellen in Apeldoorn en later bij de Rümke Groep Zeist, hij deed een kleine twee jaar interne geneeskunde in het Lukas Ziekenhuis in Apeldoorn (opleider dr. D.W. van Toorn), klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis (opleider dr. G.N. de Ruijter) en in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht (opleider prof. dr. S.A. Duursma). Vanaf maart 1998 is hij werkzaam als klinisch geriater in het Slotervaartziekenhuis, sinds 2000 als hoofd van de afdeling. Hij was onder meer penningmeester van de VAKG, bestuurslid en interim-voorzitter van de NVKG. In 2014 werd hij lid van de subcommissie kwaliteitszaken NVKG voor de ontwikkeling van de Patient Reported Outcome Measure (PROM) klinische geriatrie. Zijn interessegebieden zijn dementie, vallen en cognitie bij migranten. Voor de door hem ontwikkelde Cross-culturele Dementietest ontving hij in januari 2015 de Medisch Contact Communicatieprijs (Ins&Ouds 2015;3(1):28).

Hoe was jullie opleiding tot klinisch geriater in het Slotervaartziekenhuis?

Jos: Ik werd opgeleid in het Slotervaartziekenhuis in een soort overgangsfase. Carla Thijssen was er nog wel, zij heeft mij ook aangenomen, maar Gerard de Ruijter was opleider geworden. Er was hier toen een zestal assistenten in opleiding, onder wie ook Linda, maar tijdens onze opleiding viel de opleiding na een kritische visitatie uiteen, de opleiding werd niet gecontinueerd en De Ruijter is weggegaan. De arts-assistenten moesten toen halverwege 1996 elders worden ondergebracht en opnieuw solliciteren voor een opleidingsplaats. Ik kwam toen in Utrecht, Linda in Nijmegen. We hadden toen al het idee om samen weer terug te komen in het Slotervaartziekenhuis en dat is ook gebeurd. Na het vertrek van De Ruijter kwam Gerard Ligthart, die hoogleraar was aan de VU, als opleider en die heeft ons aangenomen. Zo kwam er weer een team met Ligthart aan het hoofd. De continue factor in al die jaren is klinisch geriater Margriet Deinema geweest, zij is nu met pensioen, maar zij heeft de hele roerige periode meegeemaakt. Ook Patricia Genet kwam in deze periode in het Slotervaartziekenhuis werken.

Linda: Er was in onze assistententijd in het Slotervaartziekenhuis een duidelijk verschil van inzicht tussen enerzijds Carla Thijssen en Margriet Deinema en anderzijds Gerard de Ruijter die sterk wilde inzetten op ambulant en bedden

sluiten. In ieder geval resulteerde een en ander in grote ontevredenheid bij de assistenten over de inhoud van de opleiding en de weinige begeleiding. De Ruijter had Jap de Fockert nog gevraagd om wat onderwijs te geven, maar dat was niet echt een oplossing, De Fockert was toen ook al 70+. We hebben onze onvrede gemeld bij het Concilium dat ons vervolgens heeft gevisiteerd. Het was wel apart zo'n conflict vanuit de aios-groep naar de opleider. (Hierover meer in het boek *Klinische Geriatrie - Geschiedenis van een specialisme*, p. 106-7).

Hoe heeft de geriatrie in het Slotervaartziekenhuis zich ontwikkeld in de tijd dat jullie hier werken?

Jos: Geriatrie heeft vanaf de opening van het Slotervaartziekenhuis in 1976 een belangrijk deel uitgemaakt van het bestaansrecht van het ziekenhuis. Eén vleugel van het ziekenhuis bestond uit vier afdelingen met uitsluitend bedden voor de geriatrie, dat waren 4 x 24 bedden. Gaandeweg is het aantal bedden gereduceerd, daar kwam de dagkliniek voor in de plaats, maar nog steeds is geriatrie een belangrijk speerpunt van het ziekenhuis en er zijn nog steeds 25 bedden.

Zelfs in de roerige tijden eind jaren negentig is er geen sprake van geweest dat geriatrie uit het ziekenhuis zou moeten verdwijnen. Er was een behoorlijke traditie en andere disciplines in het ziekenhuis waren er ook aan gehecht en opgespeeld.

Linda: Zowel De Ruijter als Ligthart hadden eigenlijk een soort onmogelijke dubbeltaak: hoogleraar aan de VU waar ze een leerstoel moesten opbouwen, en in het Slotervaartziekenhuis een grote afdeling met veel opleidingsassistenten die ze met een kleine staf moesten runnen. Ook Ligthart was vaak elders en dat gaf binnen de staf weer problemen. Er werd aan twee kanten aan ze getrokken, dat hebben ze beiden niet waar kunnen maken. Ligthart hield in 2000 op met werken door een burn-out.

Jos: Toen Gerard Ligthart ziek werd, waren we hier met vier klinisch gerieters. Vrij snel kwam er een nieuwe vierde collega bij, Truus Schuurman, maar die ging helaas in 2005 weer weg. Zij werkt nu in het Deventer Ziekenhuis. Daarna kwam Ingeborg Kuper, zij is de huidige opleider, zij legt zich in het bijzonder toe op de oncologie. Een dag per week is zij aangesteld in het AVL (Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis). Ook werkten tijdelijk Peter Jue en Judith Jonker op de afdeling, zij werken nu beiden in het Rijnland Ziekenhuis. Redenen waarom deze mensen niet bleven, waren de problemen in de top van het ziekenhuis, er waren steeds wisselende Raden van Bestuur (RvB). Dat gaf het ziekenhuis in den lande ook geen goede reputatie. Er was regelmatig dreiging van sluiting. Maar we kregen ook brieven van de minister dat ons ziekenhuis eigenlijk niet kon sluiten vanwege de goede afdeling Geriatrie. Die afdeling zou dan elders ondergebracht

moeten worden. We zijn er zelfs over gaan praten bij de vU of de geriatrie daar kon komen.

Linda: En we zijn er helaas nog niet in geslaagd om onze afdeling grondig op te knappen, we zitten nog steeds op een 'oude rotzooi afdeling'. Al die jaren is gezegd dat wij een speerpunt zijn, maar dat voelen we niet zo in de materiële ondersteuning. Anderzijds hebben we met het aantal arts-assistenten nooit problemen gehad. We zijn altijd buiten bezuinigingsrondes op assistenten gebleven. Bij bezuinigingen werden we dus relatief ontzien, maar er is niet geïnvesteerd in een mooie afdeling. Je kon ook geen afspraken maken. Je dacht dat je iets had geregeld, bijvoorbeeld bedden uitbreiden of consulten doen of een verbouwing, dan kwam er weer een nieuwe RvB en waren alle plannen weer van tafel.

Jos: Onder de directie van Aysel Erdubak, zij werd in 2006 bestuursvoorzitter, werd het ziekenhuis commercieel, dat was ook niet voor iedereen acceptabel. Het was geen stichting meer en dat gaf een verandering in de stijl. Na haar vertrek is het ziekenhuis nog steeds een commercieel ziekenhuis, maar nu wel heel anders. Interessant is dat geriatrie ook in de commerciële setting steeds een speerpunt is, hoewel altijd gedacht wordt dat met geriatrie niets te verdienen valt, dat lijkt hiermee weersproken. De betalingssystematiek is echter nog steeds weinig transparant, met de huidige DBC-DOT's lijkt het de ene keer of we enorme winst maken en de volgende keer helemaal geen winst. Het gaat er ook om welke kosten aan ons worden toegerekend, dat verschilt per RvB.

Nu ligt het aantal fte's voor geriater vast, maar dat was onder de vorige RvB niet het geval. Daardoor werd bijvoorbeeld het tijdelijke contract van Judith Jonker helaas niet verlengd en moesten we een geriater inleveren. We hebben toen een zware tijd gehad met twee vacatures, we konden maar moeilijk het hoofd boven water houden. Dat is nu over, we hebben al één van de twee vacatures kunnen invullen. Per april 2015 is Kerst de Vries het team komen versterken. De situatie met de huidige RvB is verbeterd, ze faciliteren ons, het gaat beter dan de afgelopen vijf jaar. We hebben vertrouwen in de toekomst.

Linda: We hebben eigen assistenten: het zijn assistenten geriatrie in opleiding, en daarnaast meestal twee huisartsen in opleiding, verpleeghuisartsen in opleiding, psychiaters in opleiding, en assistenten-niet-in-opleiding. Alles bij elkaar een grote club, soms wel 20 man met de co-assistenten erbij. We mogen nu het aantal assistenten in opleiding voor klinische geriatrie en assistenten-niet-in-opleiding constant op zeven houden. De groep assistenten in de dienst is negen à tien. De interne geneeskunde verzorgt de nachtdiensten.

GERIATRIE IN HET SLOTERVAARTZIEKENHUIS

De afdeling Geriatrie van het Slotervaartziekenhuis telt 25 bedden. Jaarlijks worden 450 patiënten opgenomen, en via polikliniek en dagkliniek ca. 1600 nieuwe patiënten gezien.

Op de dagkliniek worden veel patiënten gezien die in het geheugenteam geëvalueerd worden in samenwerking met de afdelingen neurologie, neuropsychologie en ouderenspsychiaters. Speciale aandacht is er voor migranten met cognitieve problemen.

Daarnaast is erop de dagkliniek een valpolitraject waarbinnen patiënten ook geëvalueerd worden door een verpleeghuisarts of revalidatiearts, fysiotherapeut en ergotherapeut. Ook is er een speciale poli voor geriatrische oncologie.

Er is de mogelijkheid een keuzestage neurologie binnen het Slotervaartziekenhuis te volgen. De afdeling biedt naast de opleiding klinische geriatrie stages voor HAIO's, VAIO's en internisten die de aantekening ouderengeneeskunde willen verwerven. Voor de stage geriatrie in de GGZ/ouderenspsychiatrie wordt samengewerkt met Arkin, een van de GGZ instellingen in de stad.

Het onderwijsprogramma van de afdeling Geriatrie omvat wekelijks cursorisch onderwijs, moeilijke patiëntenbesprekingen, farmacologie-onderwijs, en maandelijks refereren. Er zijn daarnaast ziekenhuisbreed o.a. maandelijks verschillende thematische interne geneeskunde besprekingen en tweemaandelijks klinisch pathologische conferenties. De opleidingsgroep bestaat uit: Ingeborg Kuper, opleider; Linda Tulner, plaatsvervangend opleider; Jos van Campen, opleider HAIOS, VAIOS en AIOS psychiatrie, Kerst de Vries en Patricia Genet.

Bron: <https://sites.google.com/site/opleidinggeriatrie/Home/opleiding-algemeen/slotervaart>

Hoe is de relatie met de interne geneeskunde?

Linda: Omdat we hier zo'n lange traditie met geriatrie hebben, is de relatie met de interne altijd wel goed geweest. We werken samen bijvoorbeeld bij de onderwijssessies die zij meestal verzorgen en die wij bezoeken. Er is een laagdrempelig contact met de deelspecialismen. Onze assistenten hebben rechtstreeks contact met de cardioloog, de hematoloog e.a., het is niet zo dat 'de baas met de baas' moet bellen. Zo is de cultuur in dit ziekenhuis, heel informeel. De lijnen zijn kort, ook tussen het hoofd van de afdeling en de RVB. In de vorige RVB zat een internist die vond dat de afdeling Geriatrie wel erg groot en florerend was en dat die wat dichter bij de interne gebracht kon worden. Maar onze opleiding was altijd een belangrijk ankerpunt. Ze konden niet zomaar iets veranderen, want

dan zouden we de opleiding kwijt kunnen raken en dat wilde niemand. Zo hielden we onze autonomie. Het is goed om zelfstandig te zijn met een plezierige samenwerking op de grensvlakken.

Het nvkg bestuur heeft destijds plannen gehad om de nvkg te laten fuseren met de Nederlandse Internisten Vereniging. Wat vonden jullie daarvan?

Jos: Ik was interim-voorzitter van de nvkg na het vertrek van René Jansen, toen we het onderzoek naar de samenwerking met de Nederlandse Internisten Ver-



Klinische geriatrie in het Slotervaart-ziekenhuis (2015).



eniging in gang hebben gezet, dat heeft Huub Maas daarna overgenomen. Dat de fusie toen niet in stemming is gebracht en niet is doorgegaan, lag volgens mij vooral aan de vrees bij een deel van de leden van de NVKG dat de identiteit van het vak zou veranderen. Het is nu nog steeds geen gelopen race. Deze discussie zou heel goed terug kunnen komen.

Linda: Er is een spagaat tussen de academie en de periferie, de academie wil meer onderzoek, de periferie gaat in de eerste plaats voor patiëntenzorg. Voor de positie in de academie was het waarschijnlijk beter geweest als klinische geriatrie samen zou zijn gegaan met de interne, maar voor de periferie was het beter om zelfstandig te blijven. De belangen lagen verschillend afhankelijk van waar je werkte.

Nu is het anders. Het veld verandert, onze positie in de eerste lijn verandert, we willen wel meer in de eerste lijn maar daar krijgen we ook meer concurrentie. Onze basis blijft in het ziekenhuis want daar zijn we onbedreigd, daar blijven we sterk. Met de verdergaande specialisatie van de internisten krijgen die meer behoefte aan geriater, dan moeten ze uit noodzaak met ons samenwerken in plaats van uit een concurrentiepositie. De inspectie wil dat de geriater op allerlei plekken in het ziekenhuis even meekijkt naar de oudere patiënt. Dat doen we hier ook. Bij ons is een verpleegkundig specialist, Mieke Bil, die alle Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) alarmeringen screent en waar nodig verbetert. In het Senior Friendly Hospital concept is de geriater onmisbaar.

Vertel nog iets over hoe jullie het werk hier hebben georganiseerd.

Linda: We hebben het systeem van taakroulatie ingesteld. Ik ben daarom sinds 2014 plaatsvervangend opleider geworden en Ingeborg Kuper is nu opleider. De taakroulatie met het hoofd lukt nog niet zo goed, Jos is al een tijdlang hoofd, want de andere vakgroepleden hebben niet zo veel zin in het hoofdschap.

Jos: Onze opleiding in Noord- en Zuid-Holland is anders georganiseerd dan die in Utrecht en Nijmegen omdat we hier geen academie hebben met klinische geriatrie. In Rotterdam zit wel een grote afdeling Geriatrie, maar aan het AMC en de VU is het ouderengeneeskunde binnen de interne geneeskunde, ze hebben geen klinische bedden en ze hebben geen formele opleiding klinische geriatrie. Daardoor hebben ze geen grote rol in onze opleiding. We zijn een zelfstandige opleiding net als Alkmaar. In de relatie met de academie is er geen sprake van dat wij tegen de academie aanleunen, eerder omgekeerd; hoogstens een kleine minderheid doet een keuzestage in het AMC. De academie kan onze assistenten niet bieden wat wij ze kunnen bieden. Hier is het ziekenhuis ingespeeld op geriatrie, hier hebben we een goedlopende geheugenpoli, wij zijn *stand-alone*. Voor het jaar psychogeriatricie gingen onze assistenten vroeger vooral naar Den Haag, maar dat is lang verleden tijd. Ze kunnen nu terecht hier in de regio.

Linda: Wij hebben een aparte valpoli, maar geen aparte cognitieve poli, omdat we voor patiënten, na het bezoek aan de dagkliniek waar complexe problematiek wordt vastgesteld, een op maat gesneden vervolgtraject inzetten.

Wat doen jullie voor de zorg voor oudere migranten?

Jos: In 2004 merkten we dat er een groep van oudere migranten kwam met wie we eigenlijk niets konden, omdat we de taal niet spraken en geen instrumenten hadden om ze te onderzoeken, en geen verstand hadden van de ziekten waarmee ze te kampen hebben. Toen zijn we, samen met een van de neuropsychologen hier, Miriam Goudsmit, en Juliette Parlevliet, destijds aios geriatrie bij ons, begonnen met een instrument om cognitie te meten bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Ook Ben Schmand was hierbij betrokken, hij is nu hoogleraar in het AMC/UVA, maar voorheen was hij neuropsycholoog in het Slotervaartziekenhuis. Een jaar geleden was de test klaar om uit te geven. Sinds vijf jaar hebben we een geheugenpolikliniek voor migranten met een apart programma om die ouderen in kaart te brengen en de huisartsen van advies te kunnen voorzien. Daarin zijn we nu nog uniek in de stad en in het land. Er is behoefte aan. Gelukkig kunnen we nu iets betekenen voor deze groep, mensen bij wie meer dementie voorkomt en die meer comorbiditeit hebben dan vergelijkbare autochtonen. Hopelijk zullen er meer geheugenpoliklinieken voor migranten ontstaan in het land.

Wat vinden jullie van de huidige NVKG?

Jos: De vereniging is hard gegroeid. Daarvoor hebben we hard gelobbyd en plannen gemaakt met het NIVEL, we gaan nu naar de 400 klinisch gerieters. Er zijn nu veel assistenten in opleiding, dat zal minder worden. Daar zullen de grote opleidingsklinieken last van krijgen, maar dan hebben we wel in alle ziekenhuizen vier gerieters. Ik vermoed dat het er nog wel meer zouden kunnen worden. De specialisten ouderengeneeskunde komen steeds meer uit het verpleeghuis naar de huisarts toe, die twee opleidingen zijn al meer gelijk gericht, dat kan mogelijk ooit één opleiding gaan worden met een aandachtsgebied.

Linda: Het bestuur van de NVKG is veel professioneler geworden. De vereniging heeft een goed oor op het ministerie. Het Senior Friendly Hospital is er mede door het lobbywerk van de NVKG gekomen. Dat geeft een enorme push voor de groei van de geriatrie. Als vereniging zouden we ons wel meer kunnen profileren in het maatschappelijk debat.

We hebben het wiel moeten uitvinden, ieder bestuur heeft zijn thema's gehad, de discussie met de interne geneeskunde heeft veel energie gekost. Het bestuur daarna heeft een duidelijke koers gekozen die nu wordt voorgezet. Ik vind dat goed. De fusie met de aios door de vorming van de JNVKG is een goede

zet geweest. De afstand tussen de jonge en de oude garde is klein gebleven, ondanks de groei van de vereniging, de jongeren worden ook nadrukkelijk overal bij betrokken in commissies en werkgroepen. Daar heb je als vereniging winst van.

Vinden jullie dat er te veel vrouwelijke geriateren zijn?

Jos: Er zijn nu heel veel vrouwen in de medische opleidingen, dat is overal zo, bij geriatrie nog iets meer dan elders. Dat heeft mogelijk met de aard van het vak te maken. De managers in de vereniging zijn nog steeds meestal de mannelijke collega's. De geriateren die bij ons in opleiding zijn, zijn vaak empathische, intelligente collega's met een hang naar volledigheid. Dat is fijn voor de patiënt maar soms een nadeel bij de onderhandelingen met de RvB, waar je wel eens met de vuist op tafel moet kunnen slaan. Dat is een kwetsbaarheid van ons vak. Dat speelt ook in de relatie tot de internisten, het gevoel dat we niet opgewassen zijn tegen die andere partij. Deze karaktertrek is een Achilleshiel van de vereniging.

Hoe kijken jullie tegen onderzoek aan?

Linda: Het was een onderlinge afspraak dat ik tijd kreeg voor mijn onderzoek en ik had een student voor de dataverzameling. En een promovendus bij het onderzoek. Een kwart van de geriateren is nu gepromoveerd. Er wordt heel veel onderzoek gedaan, ook in de periferie, dat is heel goed. Na mijn promotie hebben we hier nog meer promovendi gehad. Hanna van der Jagt is hier gestart met haar onderzoek naar het optreden van wervelfracturen bij geriatrische patiënten (Ins&Ouds 2015;3(1):17-9). Nu promoveren hier twee bewegingswetenschappers op een valonderzoek. We zitten in een netwerk met verschillende disciplines en publiceren best veel. Het aantal patiënten is niet het knelpunt, we hebben genoeg patiënten, maar het kost veel tijd om onderzoek op te zetten en uit te voeren.

Wordt overal in Nederland dezelfde klinische geriatrie bedreven?

Jos: Het is niet zo dat elke klinisch geriater in Nederland dezelfde geriatrie bedrijft, maar in de loop der jaren is een substantieel deel van de aios hier bij ons in opleiding geweest, dat geeft wel eenzelfde basis. Wij zijn altijd sterk internistisch georiënteerd geweest en nu de acute geriatrie in het ziekenhuis dominant wordt, gaan we meer op elkaar lijken. Dat is, denk ik, een verschuiving vergelijken met vroeger toen er meer klinisch geriateren waren die zich vooral op de psychogeriatric richtten. Ook door het publiceren van richtlijnen komt er een gemeenschappelijke basis. En toen wij begonnen was er natuurlijk nog een groep geriateren die niet de vijfjarige opleiding had gehad. Er was minder harmonisatie in de opleiding.

Vinden jullie het niet moeilijk om met al die oude mensen te werken?

Linda: Ik vind oudere patiënten interessant, bovendien doen we veel meer dan patiëntenzorg, we doen onderzoek, we leiden assistenten op, we hebben contacten met de huisartsen, daar gaan we ook naar toe, we doen consulten in de psychiatrie. Het is niet somber om met geriatrische patiënten te werken, het zijn vaak boeiende personen met rijke verhalen.

Hoe zien jullie de toekomstige ontwikkelingen in de zorg?

Linda: Ik maak me wel zorgen over de participatiemaatschappij. Ik hoop toch niet dat ik straks moet vaststellen dat ik mijn carrière ben begonnen op een afdeling met honderd bedden en dat ik die straks eindig op weer een afdeling met honderd bedden met zorgproblemen, omdat veel van de ondersteuning thuis onvoldoende is. We hebben het idee dat we die effecten de laatste maanden al merken.

Een ander debat in het publieke domein gaat over het wel of niet behandelen van ouderen. De tendens is nu dat men vindt dat dokters te lang doorbehandelen en te veel doen. Maar ik vind dat er nog veel onderbehandeling is. In de maatschappelijke discussie over eerder stoppen met behandelen en euthanasie gaan de nuances verloren. Het is goed dat mensen denken over *Advance Care Planning*, over wat wil je als patiënt. Als arts moet je het gesprek aangaan met je patiënt, dat is een goede ontwikkeling. Maar de onderliggende boodschap van 'als je oud bent moet je niet zo veel willen' vind ik gevaarlijk.

Jos: De *Advance Care Planning* moet zich nog verder ontwikkelen. Er wordt nu veel over geschreven en onder andere vanuit de Verenigde Staten komen positieve verhalen over betere kwaliteit van leven, meer tevredenheid en kostenbesparingen, maar nog niemand weet precies hoe je die planning moet inrichten. Er liggen genoeg uitdagingen voor de toekomst.

LITERATUUR

- Frankfort Suzanne V, Tulner Linda R, Campen Jos PC van (2006). The effect of admission to a geriatric ward on medication use: 2002 versus 1985. *Pharmacoepidemiology and drug safety*;15(8):602-6.
- Groot Maartje H, Campen Jos PCM van, Moek Marije A, et al. (2013). The Effects of Fall-Risk-Increasing Drugs on Postural Control: A Literature Review. *Drugs & aging*;30(11):901-20.
- Jagt-Willems HC van der, Vis M, Tulner CR, Campen JPCM van, et al. (2013). Mortality and incident vertebral fractures after 3 years of follow-up among geriatric patients. *Osteoporosis international*;24(5):1713-9.
- Mulder E (2013). Nieuwe cognitietest voor dementerende migranten. *MC*;68(31/32):1594-5.

- Tulner CR (2009). Polypharmacy in geriatric patients: too little or too much?
Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Tulner Linda R, Campen Jos PCM van, Kuper Ingeborg MJA, et al. (2010).
Reasons for Undertreatment with Oral Anticoagulants in Frail Geriatric
Outpatients with Atrial Fibrillation. *Drugs & aging*;27(1):39-50.

KLINISCHE GERIATRIE IN ARNHEM: ELLY BRUIJNS



Op 7 mei 2014 spraken Annemijn Elskamp en Marjan Ornée met dr. E. Bruijns, erelid van de NVKG, in haar woning in Arnhem. Het gesprek ging over haar pionierswerk als klinisch geriater, haar inzet voor de Nederlandse Vereniging voor (Klinische) Geriatrie en haar visie op de ontwikkeling van de klinische geriatrie. Elly Bruijns is medeauteur van het boek 'Klinische geriatrie - Geschiedenis van een specialisme', waarin haar cv te vinden is.

INTERESSE VOOR GERIATRIE

Min of meer toevallig kwam Elly Bruijns met de geriatrie in aanraking. Zij werkte als internist aan een promotieonderzoek in het UMC St Radboud in Nijmegen en raakte tijdens het onderzoek in gesprek met een aanstaande collega over de erkenning van het nieuwe specialisme klinische geriatrie, een kwestie die destijds volop speelde. Naar aanleiding daarvan volgde zij in de periode tot 1982 een aantal cursussen op het gebied van geriatrie, onder andere bij dr. J. Schouten in het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis. Na haar promotie vond zij per 1 januari 1982 een baan in het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem waar zij op de afdeling Geriatrie aan de slag kon en waar zij tot juni 2003 als klinisch geriater werkzaam is geweest.

GERIATRIE IN ARNHEM

In het Gemeente Ziekenhuis werkte Elly Bruijns samen met Marja Jellesma-Eggenkamp, die sinds 1977 aan het Gemeente Ziekenhuis was verbonden, en met Puck van Ameyden van Duym. Lies van Kammen-Wijnmalen was destijds hoofd van de afdeling. Elly Bruijns volgde haar op in 1984, het jaar dat zij geregistreerd werd als klinisch geriater. Toen ze overstapte naar de geriatrie moest ze veel afleren en bijleren, want als internist was ze opgeleid om problemen te



Elly Bruijns op de afdeling Geriatrie in Arnhem (jaren '80).

herleiden tot één diagnose, terwijl dit binnen de geriatrie zelden wenselijk of mogelijk is. Verder miste zij bepaalde kennis, bijvoorbeeld over het delier en de psychiatrische beelden. In de praktijk was het onder andere voor deze onderwerpen een kwestie van 'learning on the job'. Voor uitgebreide bijscholing is zij naar het Royal Infirmary in Edinburgh gegaan en volgde zij in Groot-Brittannië cursussen van de British Council. Geriatrie was in Groot-Brittannië het verst ontwikkeld.

Elly Bruijns en Marja Jellesma-Eggenkamp waren aanvankelijk in dienst van de GGD. Zowel de GGD als het Gemeente Ziekenhuis vonden transmuraal werken erg belangrijk. De afdeling Geriatrie was gestart in 1961, aanvankelijk als de herstelafdeling van het Gemeente Ziekenhuis, omdat ouderen een langere herstelperiode nodig hadden. Onder leiding van Lies van Kammen-Wijnmalen, die vanaf 1973 in Arnhem werkzaam was, werd het beleid langzamerhand veranderd, waarbij de geriatrie in Groot-Brittannië als model diende. Er kwamen minder overplaatsingen van andere verpleegafdelingen binnen het ziekenhuis en meer opnames via de huisartsen en de GGD vanuit de thuissituatie.

Toen Elly Bruijns in 1982 begon, was de geriatrie een diagnostische afdeling met een gemiddelde opnameduur van zes weken. Na tien jaar was de opnameduur al gehalveerd. Vanaf het begin werden zowel patiënten met somatische als met psychogeriatrische problematiek behandeld, hoewel de somatiek aanvankelijk de overhand had. De afdeling had in 1984 36 bedden, enkele jaren later werd dit teruggebracht tot 24. In de eerste jaren na 1982 zijn de polikliniek en consulten op andere verpleegafdelingen in het ziekenhuis tot ontwikkeling gekomen. De dagbehandeling volgde in de jaren negentig.

In de jaren tachtig bestond in Arnhem een uitgebreid multidisciplinair team met maatschappelijk werkers vanuit de GGD, fysiotherapie, ergotherapie en bezigheidstherapie. Verder kon de psycholoog in consult worden gevraagd. In het

kader van het transmuraal werken deden de geriateren huisbezoeken gedurende de periode dat ze zowel in het ziekenhuis waren aangesteld als bij de GGD. Na de ontkoppeling met de GGD per 1 januari 1990 kregen de geriateren in de loop van 1990 een vast dienstverband met het ziekenhuis.

Vanaf het begin was er gestructureerd overleg met verpleeghuisartsen, met medewerkers van het RIAGG, de GGD en het psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze. Met hen werden ook refereeravonden verzorgd. Met de internisten was het voorzichtig manoeuvreren, die zagen de geriater als concurrenten vanwege mogelijk inkomstenverlies. De geriateren in Arnhem deden vanaf het begin zelf alle diensten. Er was dus een andere constructie dan in vele andere ziekenhuizen, waar arts-assistenten van de interne geneeskunde dienst deden als voorwacht.

DE OPLEIDING

Na de erkenning van het specialisme geriatrie in 1983 konden de vier Arnhemse artsen als klinisch geriateren worden geregistreerd. De opleiding geriatrie startte in 1984 en Arnhem was de eerste afdeling die gevisiteerd werd voor de opleiding. Elly Bruijns werd in Arnhem de eerste opleider. De erkenningsbeschikking was in 1983 direct bevroren door vws waardoor er maar één arts-assistent tegelijk in opleiding kon komen. Medio 1984 begon Gertie Golúke-Willemse als de eerste arts-assistent met de opleiding in Arnhem. Zij is later in haar loopbaan als klinisch geriater weer in het Ziekenhuis Rijnstate gaan werken. Frans van Schendel werd de tweede arts-assistent, hij is nu klinisch geriater in het ziekenhuis VieCuri in Venlo; de derde assistent was Anjes Verheggen, die nu klinisch geriater is in het Laurentius ziekenhuis in Roermond.

VAN GEMEENTE ZIEKENHUIS NAAR ZIEKENHUIS RIJNSTATE

In Arnhem fuseerde in 1986 het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis met het Sint Elisabeths Gasthuis tot De Malberg dat twee jaar later samen met het Diaconessenhuis verder ging onder de naam Ziekenhuis Rijnstate. Na de fusie was Ziekenhuis Rijnstate met drie locaties het grootste algemene ziekenhuis in de regio. In 1991 ging de zorgverlening naar het Diaconessenhuis en het Sint Elisabeths Gasthuis. Op de locatie van het Gemeente Ziekenhuis kwam nieuwbouw. Op 12 mei 1995 gingen de deuren van het nieuwe Ziekenhuis Rijnstate officieel open.

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GERIATRIE

In 1983, een jaar na haar komst naar Arnhem, werd Elly Bruijns gevraagd om plaats te nemen in het bestuur van de NVvG, eerst als lid en later als secretaris.

Voorzitter destijds was dr. Jaap Schouten, later opgevolgd door dr. Dick Sipsma, die in 1991 tot hoogleraar klinische geriatrie in Groningen werd benoemd. De vereniging had weliswaar de erkenning van het specialisme klinische geriatrie gerealiseerd, maar de leden waren vogels van diverse pluimage. In 1983 zijn de leden verdeeld in drie werkgroepen: de Werkgroep Klinische Geriatrie (wkg), de Werkgroep Geriatrie in Verpleeghuizen en de Werkgroep Sociale Geriatrie. De inhoudelijke en strategische belangen van deze werkgroepen waren verschillend. Voorts waren er ook enkele internisten, neurologen en psychiaters lid van de wkg. De verpleeghuisartsen en de sociaal gerieters vonden later, via de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, aansluiting bij de Registratiecommissie van de huisartsen. Per 1 januari 2013 zijn trouwens de drie registratiecommissies de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC), Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC), samengevoegd tot één commissie: de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

DE WERKGROEP KLINISCHE GERIATRIE

Elly Bruijns werd voorzitter van de wkg, waaraan na enkele jaren uitsluitend nog klinisch gerieters deelnamen. Via de wkg werd systematisch invloed uit-



Tien jaar wkg (1993): zittend v.l.n.r.: Jap de Fockert, Marjan Ornée, Fred Bekker, Cobi van Nieuwkerk, Loeke Persijn, Carla Thijssen, Puck van Ameijden van Duijm, Trees de Fockert-Meuwese; staand v.l.n.r.: Liduin van der Aa, Geert van der Aa, Michael Inbar, Cees van Proosdij, Elly Bruijns.

geoeffend op het beleid van de NVvG, er is veel bereikt in korte tijd met slechts enkele gerieters. De werkzaamheden van de klinisch gerieters werden onderbouwd door middel van tijdschrijven, zodat daaraan een tarief zou kunnen worden gekoppeld. De inhoud van de werkzaamheden werd onderling vergeleken en beschreven en er werd een dossier ontworpen. De WvG werkte aan de bekendheid van de vereniging en van de geriatrie bij vws, de politiek en ziekenhuisdirecties. Elly Bruijns hield voordrachten voor specialisten en ziekenhuisdirecties 'in het land' om hen te informeren over c.q. te overtuigen van de waarde van een afdeling Geriatrie met al zijn disciplines in een (algemeen) ziekenhuis. Sommigen waren zeer geïnteresseerd maar anderen nog sceptisch. Het was een intensieve periode, maar de 'drive' van alle leden was groot.

CONCILIUM GERIATRICUM

Nadat de eerste opleidingen waren erkend, traden de opleiders toe tot het Concilium Geriatricum. Dit waren, naast Elly Bruijns, Carla Thijssen, geriater in het Slotervaartziekenhuis en Cobi van Nieuwkerk, geriater in de psychiatrische inrichting Bloemendaal (een voorloper van het huidige Parnassia) in Den Haag. Korte tijd later werd een arts-assistent toegevoegd aan het Concilium, als eerste was dat Frans van Schendel. In dat kader werden diverse visitaties uitgevoerd. Gedurende de eerste jaren was er een overgangsregeling van kracht waardoor collega's, zonder aan de opleidingseisen te hebben voldaan, toch konden worden geregistreerd als klinisch geriater. Het Concilium had de taak om de aanvragen voor de registratie te beoordelen. Het was moeilijk om zowel streng als rechtvaardig te zijn. Sommigen zullen over de beslissingen van het Concilium verheugd zijn geweest, anderen teleurgesteld.

Namens het Concilium was Elly Bruijns enkele jaren lid van de vergadering van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) van de KNMG. Later was zij ook betrokken bij de start van de afdelingen geriatrie van de Academische Ziekenhuizen in Nijmegen en Utrecht.

ONTWIKKELINGEN: POSITIEF EN NEGATIEF

Aanvankelijk ontwikkelde het specialisme zich zeer langzaam, Elly Bruijns twijfelde weleens of het vak zou overleven. Het ontbreken van academische afdelingen en het daarbij horende wetenschappelijk onderzoek en onderwijs was een belangrijk gemis, en nog steeds is de klinische geriatrie op te weinig plaatsen in het universitaire onderwijs verankerd. Voor de ontwikkeling van het vak en het beeld naar buiten is volgens haar de universiteit belangrijk. Je hebt geen aanzien en je kunt niet overleven als je geen wetenschap bedrijft en je geen coryfeeën hebt.

De bekende namen op wetenschappelijk gebied zijn of waren buitenlanders,

Belgen zoals de hoogleraren J. Hellemans, J.P. Baeyens en W. Pelemans (zij waren ook voorzitter van de Belgische Vereniging voor Gerontologie & Geriatrie in de jaren '70 en '80) en artsen in Groot-Brittannië zoals R.W. Stout (die al in 1979 het onderwijs in de geriatrie aan de Queen's University of Belfast had opgezet), J. Grimley Evans (redacteur van het toonaangevende *Oxford Textbook of Geriatric Medicine*), G. Mulley (nu emeritus professor Elderly Medicine en oud-voorzitter van de British Geriatrics Society, samensteller van het *ABC of Geriatric Medicine*) en J. Williamson (1920-2013) die al in 1959 begon als 'NHS consultant geriatrician' en die in 1976 de eerste hoogleraar in de geriatrie in Edinburgh werd. Internationale contacten en congressen zijn daarom voor Nederlandse gerieters zeer belangrijk, ze werken inspirerend.

Een bijzonder positieve ontwikkeling is dat de klinische geriatrie inmiddels is uitgewaaierd over heel Nederland. Geriatrie is nu niet alleen een zichtbaar specialisme, maar ook een gewaardeerd specialisme dat een vaste plaats heeft verworven. Het is (nog) niet overal hetzelfde, zo is er bijvoorbeeld niet overal een opnamemogelijkheid. Verder is het een positieve ontwikkeling dat het wetenschappelijk onderzoek van de grond is gekomen.

TOEKOMSTVISIE

'De waarde en het belang van ons vak is aangetoond, andere specialisten zijn daarvan doordrongen en erkennen dat, dat geeft hoop voor de toekomst. De samenwerking met andere werkers in het veld van ouderengeneeskunde blijft van het grootste belang.'

Elly Bruijns vindt dat de geriater een generalist moet blijven, zij juicht het ontstaan van subspecialisaties toe, maar zij vindt het essentieel dat alle klinisch gerieters het vak in de volle breedte blijven uitoefenen. 'Anders slaan we dezelfde weg in die andere specialismen hebben gevolgd, waar de subspecialisaties leiden tot versnippering van de zorg die wij voor de oudere patiënten juist zo graag als één geheel willen bieden.'

LITERATUUR

- Bruijns E & Ameyden van Duym EE van (1984). Contouren van een geriatrische afdeling in het algemeen ziekenhuis. *TGG*;15:15-23.
- Bruijns E (1987). Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Commentaar op een rapport van de Nationale Ziekenhuisraad. *MC*;42(11):347-8.
- Bruijns E (1988a). De geriatrische patiënt in het ziekenhuis, voor wie een zorg? *NTvG*;132:527-8.
- Bruijns E (1988b). Flankerend geriatrisch beleid (2). Commentaar van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. *MC*;43(29/30):870-1.

- Bruijns E, Jellesma-Eggenkamp MJH, Sipsma DH, Fockert JA de (1991).
Symposium klinische geriatrie, GAAZ Arnhem 1961-1991. Arnhem: Zieken-
huis Rijnstate.
- Bruijns E (1993). Het specialisme klinische geriatrie. Een vak apart?
MC;48(25):791-2.
- Bruijns E & Schellekens JWG (1998). De geriatrische patiënt. Serie Practicum
huisartsgeneeskunde. Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Bruijns E (2014). Dr. E.H.W. (Lies) van Kammen-Wijnmalen (1921-2010).
Ins&Ouds;2(1):31.

KLINISCHE GERIATRIE IN ARNHEM – EEN VOORBEELDFUNCTIE: MARJA JELLESMA-EGGENKAMP



Op 12 augustus 2015 spraken Elly Bruijns en Annemarie de Knecht-van Eekelen met M.J.H. Jellesma-Eggenkamp in haar woning in Oosterbeek. Zij hoort tot de eerste generatie klinisch geriater die de inhoud van het specialisme heeft vorm gegeven. Zowel in haar werk in Arnhem als in de *nvkg* heeft zij een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het vakgebied en de positie van de klinisch geriater. In augustus 2014 heeft zij afscheid genomen van Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem waar zij 37 jaar werkzaam is geweest.

MARJA JELLESMA-EGGENKAMP

M.J.H. (Marja) Jellesma-Eggenkamp (*1951) studeerde geneeskunde in Nijmegen en begon na haar artsexamen in 1976 met de opleiding tot huisarts aan het Universitair Huisartsen Instituut - Nijmegen. De Huisarts Registratie Commissie van de *KNMG* heeft haar ingeschreven per 16 december 1977. Vanaf november 1977 was zij al werkzaam op de afdeling Geriatrie van destijds het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis (nu Ziekenhuis Rijnstate). Nadat het specialisme Klinische Geriatrie in 1983 was erkend, werd zij per 1 juli 1984 als klinisch geriater geregistreerd. Vanaf 1988 tot mei 2001 was zij waarnemend opleider Klinische Geriatrie, van mei 2001 tot 2004 opleider Klinische Geriatrie en vanaf mei 2004 wederom plaatsvervangend opleider. Haar speciale aandachtsgebieden zijn kwaliteit van leven van de geriatrische patiënt, oncologie bij ouderen en geriatrische syndromen met name het delier. Onder de titel 'Dertig jaar klinisch geriater' is een interview met haar gepubliceerd in *Ins&Ouds* (2014;2:32-3).

Hoe was geriatrie in het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem georganiseerd toen je daar in 1977 begon?

Toen ik in Arnhem begon, werkten daar Lies van Kammen-Wijnmalen en Puck van Ameyden van Duym. Ik werd gevraagd om te komen, omdat een van de artsen met zwangerschapsverlof ging. Ik had in het Gemeente Ziekenhuis in het kader van de huisartsenopleiding een stage gelopen. Dat leek me toen wel nuttig, want in Oosterbeek – waar ik mij als huisarts wilde vestigen – was een behoorlijk oude populatie, daar wilde ik me wat meer in verdiepen. Een waarneming kwam mij goed uit, want ik kon niet meteen als huisarts in Oosterbeek beginnen. De regel was namelijk dat je twee jaar moest wachten voordat je huisarts kon worden in je opleidingsregio. Na een jaar heb ik toen besloten om in de geriatrie verder te gaan. Het werk bleek veel minder klinisch dan ik in een ziekenhuis had verwacht, want het klinische trok mij destijds niet zo, ik had niet voor niets de huisartsenopleiding gedaan. Bovendien zag je toen al aankomen dat geriatrie een specialisme zou gaan worden. Het was een vak waar toekomst in zat.

Het leuke van het werk was de combinatie: werken in de kliniek, huisbezoeken, deelnemen aan de indicatiecommissie. Die bestond nog niet landelijk, maar de Gemeente Arnhem had al een indicatiecommissie, omdat hier een concentratie van ouderen was. Wij waren in dienst van de GGD, dus gemeenteamttenaren, pas in 1990 kwamen we in dienst van het ziekenhuis.

Lies was de trekker van de afdeling, zij was internist. Puck was na haar arts-examen gekomen en deed vooral de organisatorische zaken. En ik deed veel praktisch. We deden consulten op de afdelingen, we namen meestal patiënten over van een andere afdeling (vooral van chirurgie en interne geneeskunde), weinig patiënten kwamen rechtstreeks.

Hoe waren de contacten in de NVvG en met collega's in andere klinieken?

Voorals Lies had veel contact met de collega's in België: de hoogleraren W. Pelemans, J.P. Baeyens, J. Godderis, J. Hellemans. Ik mocht als 'jonkie' een keer een voordracht in België houden over ons werk in Arnhem, ik vond dat geweldig, ik heb er met Lies reuze op geoefend. Lies en Puck gingen vooral naar de landelijke bijeenkomsten, die waren bij Van Proosdij in Zonnestraal in Hilversum. Als Puck daar was geweest, kwam ze vaak zuchtend terug: "Het schiet toch helemaal niet op, ouwe jongens onder elkaar". Ze was teleurgesteld over het gezapige karakter van de vereniging. In die tijd waren vooral veel verpleeghuisartsen lid en een handjevol internisten dat geriatrie beoefende.

Er waren toen nog maar vier klinieken met een afdeling Geriatrie – Arnhem, Hilversum, Amsterdam en Haarlem –, we kenden elkaar natuurlijk, maar we werkten vrij solitair. Onze contacten waren op de bijeenkomsten van de NVvG. Een aantal verpleeghuisartsen in de NVvG heeft zich ook ingespannen om het

specialisme klinische geriatrie erkend te krijgen en later vooral toepasbaar te maken. Ik herinner me verpleeghuisarts Wim Claessens uit Venlo, hij heeft later met mij in het bestuur gezeten, natuurlijk Dick Sipsma, en Constant Leering hier uit Arnhem. Vanuit Almelo was W. (Willem) Schaling (1930-2011) actief, hij is ook geregistreerd als klinisch geriater. Schouten heeft in het voortraject van de erkenning van het specialisme een belangrijke rol gespeeld.

Hebben jullie in Arnhem een bijdrage kunnen leveren aan de erkenning van het specialisme klinische geriatrie?

Voordat het specialisme klinische geriatrie werd erkend, is het Centraal College (cc) klinieken langs geweest om te kijken hoe de geriatrie werkte. Prof. dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen kwam met zijn gevolg ook bij ons op bezoek. Twee leden van het cc kwamen uit Arnhem, dat waren internist dr. K-H. Brandt (*1923)¹ en neuroloog dr. G. Schouwink (1926-1999)², dus er was een lobby vanuit Arnhem. Van Nieuwenhuizen kwam onze kliniek bekijken en ons verhaal horen. Er was toen al een positieve sfeer, wij dachten “dit gaat lukken”, maar het duurde toch nog wel een tijd.

In de periode voordat het specialisme was erkend, zijn we het vak steeds beter gaan beschrijven. Ik heb toen een stuk geschreven over wat de indicaties zijn voor een consult: ‘wanneer moet je de geriater in consult vragen’. En we hebben de medische status beschreven: welke onderdelen doen we, hoe gestructureerd is ons geriatrisch onderzoek. Die stukken hadden we nodig voor het definiëren van het specialisme en om later de opleidingsbevoegdheid te krijgen. Het werd ook de basis van de Modelstatus. Ons voorbereidende werk, met de stukken die wij hebben geproduceerd over de inhoud van het vak en de opleiding, heeft zeker geloond. Lies van Kammen is met haar enorme inzet en motivatie voor mij altijd een rolmodel geweest.

Had je in de jaren negentig tijd voor het NVvG bestuur?

In de jaren tachtig had ik nog kleine kinderen, dus toen bleef ik graag hier “op de tent passen”, terwijl Lies en later Elly “het land ingingen”. In het ziekenhuis hadden we heel wat te doen aan de verdere opbouw van de afdeling en de opleiding. De intensiteit van de diensten nam ook toe. Na verloop van tijd, toen de kinderen ouder werden, ging ik me meer “buitenshuis” begeven. Wij hebben hier altijd de instelling gehad dat – wil je verder komen – je landelijk actief moet zijn. Het was vanzelfsprekend dat een van ons wat deed in de NVvG.

1 Paulusma C & Baak B (2013). Otterlo revisited. Een interview met dr. K-H. Brandt. Lever - Nieuwsblad van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie;37(1):6-9.

2 Brandt K-H & Hoogenraad TU (1999). In memoriam dr. G. Schouwink. Ned Tijdschr Geneeskd;143:1581.

In de tijd dat ik in het bestuur van de nvvg zat kwam er geld voor de leerstoelen. Er werd onderzoek gedaan naar de geriatrische netwerken. Het interessante van een functie in het bestuur was dat je overal bij betrokken was. Bij het ministerie van vws bleek dan dat ik daar mijn praktijkervaring kon inbrengen, dan begreep iedereen die daar aan tafel zat, wat er speelde. Zo kreeg je je subsidie binnen, ik zei altijd “de subsidie regel je op het damestoilet”, je kende de mensen en die wisten dat jij niet iets voorstelde om er zelf beter van te worden, maar dat het je ging om het belang van de oudere patiënt. Als je op het juiste moment bij de juiste instantie terecht kunt, is er veel te bereiken.

De positie van Arnhem was bijzonder?

Opleiding had bij ons een centrale plek. Ik ben heel lang plaatsvervangend opleider geweest (1988-2001). Toen Elly wegging en Gertie Golúke kwam, mocht zij niet meteen opleider worden, en ben ik opleider geweest (2001-2004).

Wij hadden een voortrekkersfunctie, wij hadden wat te bieden en wilden dat verder ontwikkelen. Wij hadden een goede positie in het ziekenhuis, daar werkten we ook aan. Als je wat wilt bereiken moet je op bestuurlijke plekken zitten, in het stafbestuur van het ziekenhuis. We zaten zelf aan tafel, daar konden we zelf onze belangen verdedigen. Dat kan niet als je een onderdeelje bent van de interne of de neurologie of in een groep zit met de ‘kleine vakken’. Je moet je zaken goed voorbereiden, het moet duidelijk zijn wat je te bieden hebt en wat je wilt bereiken. Dat is de enige manier om je vak in het ziekenhuis te blijven promoten en een goede plek te geven. Daarmee hadden we landelijk een voorbeeldfunctie, de manier waarop wij het in Arnhem hadden geregeld, diende als voorbeeld voor hoe het elders ook kon. Eén van ons was landelijk actief, de ander in het ziekenhuis. Als we dat niet zo hadden gedaan, weet ik niet of het vak overleefd was gebleven. Management hebben we geleerd, we gingen daarvoor wel naar een cursus, het gaat niet vanzelf, je moet er hard aan werken. In het zieken-



Marja Ellesma (links)
en Anjes Verheggen
(rechts).

huis heb ik 'management development voor medisch specialisten' mee opgezet. Daar hadden we een duidelijk beeld over, dat hing ermee samen dat we ons vak steeds moesten verdedigen en verduidelijken. Je moest je zaken helder verwoorden en goed 'verkopen'. In het ziekenhuis namen we deel aan allerlei commissies, opleidingscommissie, geneesmiddelencommissie, ethische commissie, moreel beraad, die raakten aan ons vak, daar konden we geen 'nee' tegen zeggen.

Toen het nieuwe Ziekenhuis Rijnstate werd gebouwd, moesten jullie toen veel moeite doen voor een eigen afdeling?

De afdeling was geen groot probleem, wel de aanpassingen voor ouderen op de Eerste Hulp. Een punt was het meubilair op de afdeling. Met moeite hebben we passende stoelen gekregen, met armleningen en langere zitting. Later wilde iedereen die bij ons komen lenen! Maar dat mocht niet van Gerda Crommentuijn, ons afdelingshoofd.

Het aantal bedden lag vast, we hebben een eigen aparte afdeling gekregen met alle passende randvoorwaarden. Daar hebben we wel bovenop moeten zitten, het wordt je niet aangeboden.

In Arnhem was er dus een afdeling Geriatrie met eigen bedden. Tegenwoordig lijkt er een tendens dat klinisch geriaters minder of geen eigen bedden hebben en meer een consultatieve functie. Hoe kijk je daar tegenaan?

De stelling van de NVKG is nog steeds 'overal een afdeling anders ben je niet volwaardig', maar ik denk dat er een aantal ziekenhuizen kan zijn waar je dat niet hoeft na te streven. Voor mij blijft een eigen afdeling het 'centre of expertise', daar leer je de dingen, daar heb je greep op wat het geriatrisch handelen is of kan zijn. Bovendien heb je daar meer zicht op elkaars functioneren. Als je alleen consultfuncties hebt en alleen poli's dan ben je heel individueel bezig. Je moet dan iets regelen om toch van elkaars werk op de hoogte te blijven, anders ben je geen team maar een bij elkaar geraapt clubje. Je moet de continuïteit kunnen waarborgen bij de overdracht van patiënten, zonder eigen afdeling blijft de kans dat je minder op de hoogte bent van elkaars doen en laten.

SUBSPECIALISATIE

Je ziet nu ook dat een aantal mensen zich subspecialiseert, dat kan een probleem worden. Je ontkomt niet aan aandachtsgebieden binnen de geriatrie, want je kunt bijvoorbeeld niet op én farmacologie én palliatieve-oncologische zorg én cardiologie even diepgaand onderlegd zijn, dat is gewoon te veel. Dan is het fijn om een afdeling te hebben waar je die aandachtsgebieden onder elkaar verdeelt en waar ook de verpleging de deskundigheid heeft. Ook als je alleen een

consultfunctie hebt, moeten je medewerkers, zoals de verpleegkundig specialisten, wel steeds gevoed worden met informatie, voorbeelden, werkwijzen. Nascholing moet dan geregeld worden, bijvoorbeeld vanuit een kliniek in de buurt, dat kan. Op een trauma-afdeling met veel geriatrische patiënten moet je wel verpleging hebben die verstand van zaken heeft, die moet geschoold worden. De differentiatie vraagt om een grotere vakgroep liefst binnen één ziekenhuis, of eventueel in een samenwerkingsverband met een aantal ziekenhuizen bij elkaar in de buurt. Je begrijpt, ik ben een voorstander van een eigen afdeling, maar zo heb ik ook altijd gewerkt.

Tegenwoordig vindt bij sommige specialismen, bijvoorbeeld bij chirurgie, niet meer in elk ziekenhuis elke behandeling plaats. Ook zorgverzekeraars vergoeden alleen behandeling in een bepaald ziekenhuis. Is het mogelijk om geriatrische behandelingen te concentreren?

De discussie daarover moet in de NVKG nog gevoerd worden. Wij hebben in de Commissie Kwaliteit, waarvan ik voorzitter ben, de eerste gedachten daarover op papier gezet. De vraag dus in welke mate de geriatrische zorg gedifferentieerd moet worden per ziekenhuis. Eigenlijk is dat niet te doen, want in alle ziekenhuizen speelt de complete problematiek. Ik zie niet hoe je onze deskundigheid, die juist gekenmerkt wordt door de 'brede blik', in aandachtsgebieden kunt opknippen en dan verdelen over verschillende ziekenhuizen. Het is wel belangrijk om deze discussie te voeren en niet op voorhand zeggen 'dat past niet bij ons want wij zijn generalisten'. Misschien moet je naar een aantal ziekenhuizen met een complete afdeling Geriatrie en een aantal ziekenhuizen waar alleen een consultfunctie is. In Friesland is dat lang zo geweest. Alleen het ziekenhuis in Leeuwarden had een afdeling Geriatrie en de omliggende ziekenhuizen hadden een poli. Maar inmiddels zijn er in die ziekenhuizen kleine afdelingen gekomen. Toch is de algemene tendens in de zorg dat steeds meer behandelingen poliklinisch of dagklinisch plaatsvinden en er minder opnames zijn. Daardoor heeft de consultatieve functie meer inhoud gekregen. Een te kleine afdeling heeft geen meerwaarde, dan moet je gaan samenwerken met andere specialisten.

MEDEBEHANDELAAR

Je hebt bijvoorbeeld de geronto-orthopedische of traumatologische afdelingen. Daar is de vraag 'hoe intensief is de medebehandeling van de klinisch geriater?'. Medebehandeling vergt meer van de geriater, dan moet je ook meedraaien met de diensten en dat geeft vaak discussie. Veel jongeren zien erg op tegen al die diensten. Ik vond de diensten altijd wel de 'jeu' van het vak, ik zeg altijd 'dat was mijn gratis bijscholing', want daar kwam je voor verrassingen te staan, daar leerde je van.

Als ik kijk naar palliatieve-oncologische zorg dan denk ik dat die binnen, maar zeker ook buiten het ziekenhuis kan worden verleend. De klinisch geriater wordt steeds vaker in consult gevraagd om de indicatie voor behandeling bij ouderen met kanker goed af te wegen. De inschatting van de mate van kwetsbaarheid is daarbij essentieel. Sipsma noemde dat vaak de “prognostiek”. Ook indicatiestelling voor overgang naar een palliatieve behandeling bij andere aandoeningen vergt specifieke deskundigheid van de klinisch geriater. Dit is een mooie ontwikkeling en voorziet in een grote behoefte.

NETWERK

In Arnhem was ook de primeur van de dagbehandeling in de verpleeghuisgeneeskunde, we hadden in en rond Arnhem goede verpleeghuizen die landelijk een rol speelden. Met mensen als C. Leering en J. Diekema van Verpleeghuis Regina Pacis, Anneke van der Plaats van Martinushof, zij timmerden aan de weg, zij wisten waarover het moest gaan. Er kwam aandacht voor de psychogeriatrische in combinatie met de gerontopsychiatrische patiënt. Sommige verpleeghuizen hadden een somatische en een psychogeriatrische afdeling, anderen waren alleen somatisch of alleen psychogeriatrisch. Daarnaast was er de connectie met de ouderenpsychiatrie in Wolfheze. Wij zagen de meerwaarde om in een netwerk op niveau van de werkvloer informatie uit te wisselen. Wij organiseerden één- of tweewekelijkse bijeenkomsten met de verpleeghuisartsen en ouderenpsychiaters uit Arnhem en omgeving. Daar behandelden we onderwerpen waaraan we iets wilden verbeteren en we presenteerden casuïstiek, daar leerden we allemaal van en daardoor waren we goed op de hoogte van elkaars functioneren, mogelijkheden en beperkingen. Dat netwerk was heel belangrijk. In den lande waren nog een paar netwerken: in Noord-Holland en Limburg. Maar wilde je echt iets veranderen, dan was toch een bestuurlijke inbedding nodig. Toen is een geregeld overleg tussen de besturen georganiseerd. Daardoor konden we zaken voor elkaar krijgen.

Je vond ook nog tijd voor onderzoek?

Onderzoek naar het effect van de behandeling van de ziekte van Alzheimer, daar heb ik aan meegewerkt. Alzheimer is één van de bedreigende aandoeningen voor ouderen, als je daar iets aan kan doen ... Er is veel onderzoek gedaan naar het effect van acetylcholinesteraseremmers bij Alzheimer, maar naarmate er meer gegevens beschikbaar kwamen, werd het effect van de medicatie meer discutabel (zie o.a. Kaduszkiewicz, 2005). De toepassing van deze medicijnen vind ik een goed voorbeeld van hoe je gezamenlijk tot het besluit komt iets wel of niet te adviseren. Het begint met een goede diagnose van de patiënt: is het Alzheimer of iets anders? Wat zien we op de scan, zien we een vasculaire com-

ponent? Aanvankelijk was het middel alleen bedoeld voor echte Alzheimer, maar dan zie je een verschuiving optreden naar die bredere groep. Wat kan je dan van het medicijn verwachten? Het zijn bijna allemaal $n=1$ studies, je kunt het niet voorspellen, en je weet niet wat het ziektebeloop zou zijn geweest als je geen medicijn had toegediend.

Dan zie je verschillende meningen binnen je eigen vakgroep, de een gelooft in alles wat medicijn is, de ander is meer terughoudend en vindt bijvoorbeeld psycho-educatie belangrijker. Het is ook een combinatie. Je kunt niet zeggen dat medicatie geen effect heeft, maar het effect is moeilijk te voorspellen. Wat je wel zeker weet, is dat psychosociale ondersteuning effect heeft, en minstens zoveel als dat pilletje. Uit onderzoek bleek dat naarmate er meer gegevens waren, de uitkomsten minder positief waren dan we aanvankelijk dachten (de Jong et al., 2008). Toen was het idee om in een vroeg stadium met medicatie te beginnen, al bij 'mild cognitive impairment'. Maar ook daar zag je grote individuele verschillen. Uiteindelijk komt het er soms op neer 'ben je een *believer* of niet'.

BEHANDELING VAN ALZHEIMERPATIËNTEN EN HUN NAASTEN

Een lastige kant van de medicatie is dat in de media die medicijnen worden voorgesteld als hét middel, ook Alzheimer Nederland zei dat, patiënten vragen er dan om. Dan moet je als klinisch geriater zeggen dat je het wilt proberen, dat je het goed zult monitoren en ook zult zeggen als het niet werkt. En je moet de patiënt erop wijzen dat wellicht de bijwerkingen groot zijn en dat het middel erger kan zijn dan de kwaal. Dan stop je. Het is belangrijk dat je kunt zeggen 'uw ziekte gaat niet over, maar er is wel iets aan te doen, ook al zijn het geen spectaculaire resultaten'. Extra uitleg, begeleiding van vooral ook de omgeving is belangrijk. Daarvoor kan de verpleegkundig specialist ingezet worden, die kan praktische zaken regelen en adviezen geven over zorgaspecten. Die hebben daarin een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt en een positie ingenomen. Het opzetten van geheugenpoli's heeft de geriatrie goed gedaan, die poli's werden ook goed geëvalueerd. Prof. dr. F.R.J. (Frans) Verhey uit Maastricht heeft daaraan het nodige gedaan.

Wij hebben in de loop van de jaren steeds meer geleerd over verschillende vormen van dementie, onze diagnosestelling is steeds beter geworden. Dat was ook het interessante van de internationale congressen. Daar hoorde je over de nieuwste ontwikkelingen. Daar zag je dat wat klinisch geriateren in Nederland doen eigenlijk de 'acute geriatric care' is, in veel andere landen viel geriatrie onder de verpleeghuisgeneeskunde of onder de interne.

SAMENWERKING MET NEUROLOGEN

Wat betreft de farmaceutisch industrie kan ik zeggen dat die onder andere gezorgd heeft dat klinisch gerieters met de neurologen aan tafel kwamen om over zaken te praten. Dat faciliteerde de industrie, evenzo onderzoek en expertgroepen. Er is veel gedaan op het gebied van de behandeling van de ziekte van Parkinson en Parkinsonisme. Dr. T. (Teus) van Laar van het UMC Groningen en prof. dr. E. (Erik) Wolters van de VU te Amsterdam, Parkinsonspecialisten, bewogen zich op het gebied van neurologie en Parkinson, bewegingsstoornissen, stemmingsstoornissen, gedragsveranderingen. Daarover hebben ze in Nederland een congres georganiseerd, en wie kwamen daar ... niet de neurologen, maar de klinisch gerieters. Want het ging natuurlijk over de groep patiënten die wij als gerieters altijd zien.

Vertel nog iets over je bestuursperiode in de NVvG. Waarom kwamen er toen twee secties?

In mijn bestuursperiode, ik was secretaris van de NVvG van 1990-1996, hebben we gekozen voor het verzelfstandigen van de secties. Het was duidelijk dat de sociale geriatrie en de klinische geriatrie verder van elkaar afkwamen te staan. De verpleeghuisartsen werden helemaal zelfstandig, zij hadden sinds 1991 een eigen hoogleraar, dr. M.W. (Miel) Ribbe, aan de VU te Amsterdam. Het NVvG bestuur zag dat de verschillen te groot werden om iedereen bij elkaar te houden, daar werd niemand beter van. In het kader van de netwerken hadden we goede relaties, vanuit ieders eigen positie. Voor de sociaal gerieters was het moeilijk om een goede plek in het bestel te vinden. Zij gingen wat meer in de richting van de gerontologie. Het was een vrij grote groep maar toch niet sterk genoeg om zelfstandig te blijven.

In de discussie rond de fusie met de NIV in 2006 heb je destijds duidelijk stelling genomen tegen een fusie.

Ik was er altijd van overtuigd dat wij als zelfstandig specialisme een goede plek hadden, dat wij wat te bieden hadden. Ik vond het niet nodig dat wij onder de interne geneeskunde zouden vallen, samenwerken ja, maar niet onder. Ik ben altijd voor samenwerking geweest. De zwakte van de geriatrie was en is dat we te weinig hoogleraren hebben, wij kunnen ons vak toch niet sterk genoeg over het voetlicht brengen.

Tijdens de discussie over de fusie speelden een paar zaken tegelijk. Eén daarvan was de discussie over de DBC's. Ik zat in de DBC-werkgroep. Door de vragen die je daar moest beantwoorden, ga je met andere ogen naar je vak kijken, je moet je afvragen 'wat doen wij precies?'. Uit de discussies kwam duidelijk naar voren dat de klinische geriatrie iets 'eigens' heeft.

In Arnhem hadden wij een goed draaiende afdeling, wij groeiden in onze pro-

fessionaliteit. Tegelijk zag je dat de universitaire klinieken, met uitzondering van Nijmegen, het moeilijk hadden. Dat was lastig: waarom lukt het ons wel en anderen niet? Als het inderdaad niet lukt, moet je niet schromen om met de interne geneeskunde samen te gaan. Het is logisch om dan het gesprek aan te gaan. Iedereen weet dat internisten veel oudere patiënten hebben, er zijn genoeg raakvlakken. We hebben toen een expertgroep gevormd met o.a. Marcel Olde Rikkert en Rudi Westendorp om te bekijken hoe interne geneeskunde en klinische geriatrie elkaar konden versterken en ondersteunen met name op het gebied van wetenschappelijke onderbouwing en onderzoek. Als het landelijke belang ermee was gediend, was samenwerken zinvol. Maar om het vak helemaal op te geven ... daarover dacht ik 'daar heb ik het al die jaren niet voor gedaan'. De noodzaak tot fusie is weer weggeëbd. Het aantal internisten met een aantekening ouderengeneeskunde is ook niet groot geworden.

DEFINIËREN VAN DBC'S

Het dilemma bij de DBC's was dat klinisch geriaters niet een specifieke diagnose stellen, wij hebben altijd te maken met multiple problematiek, bij ons gaat het om het 'geriatric assessment' en daar komen dan wel verschillende bevindingen uit naar voren. Dat vind je niet op die manier bij andere specialismen, die werken meer volgens het model 'klacht-onderzoek-diagnose'. Het kwam erop neer dat wij maar een paar producten hadden: het geriatrisch onderzoek klinisch, poliklinisch, dagklinisch, in consult of medebehandelingen. Andere specialismen hadden honderden producten. In de DBC-commissie vonden ze het niet professioneel dat we zo weinig producten konden definiëren. We hebben toen gekeken naar de categorie-indeling van de verpleeghuisartsen en die gebruikt. Achteraf was onze aanpak goed, andere specialismen moesten hun producten weer gaan bundelen.

Maar nu moeten er weer diagnoses genoemd worden, dat wil de zorgverzekeraar. Dat is voor de geriatrie een groot probleem.



Klinische geriatrie in Arnhem (1993): v.l.n.r.: Carla Schölzel-Dorenbos, Marja Jellesma-Eggenkamp, Marcel Olde Rikkert, Teun Albronda.



30 jaar GAAZ Arnhem (1991).

Wat zie je als de sterkte en de zwakte van Arnhem?

Arnhem is een prima opleidingskliniek, wij kregen altijd hoge scores van onze aios. Veel van de assistenten die bij ons zijn geweest, zijn nu in allerlei functies actief. Ze hebben bij ons altijd meegekregen dat het belangrijk is om deel te nemen aan landelijke activiteiten, in de vereniging, in commissies. Ze zien dat een stukje management, je ergens voor inzetten, niet zozeer een belasting is, maar dat het ook leuk kan zijn. Leuk, want je krijgt voor je inspanningen ook veel terug.

Onze beperking is ons eigen wetenschappelijk onderzoek. Hoewel je niet de waarde van 'best practice' voorbeelden moet onderschatten. Op dat gebied doen we zeker mee. Klinisch geriater H.H. (Hugo) Wijnen, die sinds 2003 in Rijnstate werkt, heeft op de laatste Geriatriedagen zijn onderzoek naar geriatrische traumatologie kunnen presenteren. Zijn collega P.J.W.B. (Patricia) van Mierlo, die ook in 2003 in Rijnstate kwam, heeft de kaderopleiding Palliatieve Zorg gevolgd. Zij maakt als klinisch geriater deel uit van het palliatieve team in Rijnstate. De werkwijze en het effect van een palliatief team is goed vastgelegd en wordt landelijk als voorbeeldfunctie gebruikt. Dat is ook een vorm van wetenschappelijk onderzoek: het vastleggen van uitkomstgegevens.

Wat betreft onderzoek was het voor ons goed om samen te werken met het Radboudumc. Wij hebben veel patiënten en zij hebben de mogelijkheid om het onderzoek goed op te zetten en fondsen te werven. In Rijnstate heeft klinisch

geriater dr. D.G. (Diana) Taekema nu wetenschap als haar aandachtsveld, zij heeft zich samen met Arend Arends beziggehouden met het inventariseren van witte vlekken. Bijvoorbeeld in de Richtlijn Geriatisch Onderzoek staat wat je allemaal moet doen, dat is onderbouwd met publicaties. Maar voor sommige onderdelen is de *evidence* niet zo groot, daar is meer onderzoek nodig. Daaraan gaan we nu met een flink aantal klinieken werken om óf de *evidence* te verkrijgen óf te kunnen beslissen dat het niet werkt en je het dus niet meer hoeft te doen. Dat is een belangrijke tak van onderzoek waarin Arnhem goed kan participeren.

RICHTLIJNEN

De Richtlijnen zijn belangrijk, daarmee is klinische geriatrie beter op de kaart gekomen. De Inspectie kijkt ernaar, je kunt erover in discussie. De Inspectie wil ook dat wij bij een behandeling, bijvoorbeeld een heupoperatie bij een oudere, betrokken zijn. Dat wij met de chirurg, de orthopeed, de anesthesist om de tafel zitten om risico's te bespreken en de gewenste maatregelen te nemen. Die positie hebben de klinisch gerieters inmiddels verkregen. Dat lukt, omdat er veel actieve mensen in de NVKG zijn, zowel in het bestuur als in commissies. Ook de jNVKG leden zijn enthousiaste deelnemers. Dankzij zulke mensen zet de NVKG zich heel goed op de kaart.

VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM (VMS)

Kwetsbare ouderen is een van de thema's in het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) programma voor de ziekenhuizen. De doelstelling was:

'In 2012 wordt de screeningsbundel bij alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder volledig toegepast en worden op alle geconstateerde risico's preventieve- en behandelinterventies ingezet, met als uiteindelijke doel voorkómen dat bij patiënten van 70 jaar en ouder door een ziekenhuisopname (onherstelbaar) functieverlies optreedt.'¹

Dat heeft ons geholpen om onze positie in het ziekenhuis te versterken en het liep mooi samen met het keurmerk Senior Friendly Hospital van de ouderenbonden.² In Rijnstate is mijn laatste project geweest om het VMS programma uit te werken met de vier aandachtsgebieden: delier, fysieke beperkingen, vallen en ondervoeding. Zo'n traject loopt als volgt: je moet eerst de mensen bewustmaken van de omvang van het probleem, ze moeten zelf aangeven of ze dat probleem herkennen, dan krijg je de attitudeverandering en uiteindelijk volgt de invoering. Het feit dat ziekenhuizen verplicht waren om de screeningscriteria te

1 <http://www.vmszorg.nl/Themas/Kwetsbare-ouderen>

2 <http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/>

hanteren, maakte dat ze niet om de geriatrie heen konden. Dat heeft bijgedragen aan het belang van geriatrie in een ziekenhuis.

Is klinische geriatrie een vrouwenvak?

Geneeskunde wordt een vrouwenvak. Kijk naar het aantal vrouwelijke medisch studenten, er zullen niet veel mannen bijkomen. Het valt wel op dat naar verhouding de mannen meer naar de universitaire klinieken trekken. In de periferie zijn de arbeidsvoorwaarden beter en het inkomen is hoger dan aan de universiteit, maar dat geeft voor die mannelijke collega's kennelijk niet de doorslag. De coassistenten die nu komen, kiezen voor allerlei specialisaties. Ik vind het belangrijk dat ze in hun stage kennis hebben gemaakt met zieke ouderen, want ze zullen later bijna allemaal (de kinderartsen uitgezonderd) met veel ouderen te maken krijgen. Ik hoop dat ze onthouden dat ze op een andere manier naar ouderen moeten kijken. Op het ogenblik is er een overschot bij andere specialisten, maar er zijn nog vacatures bij klinische geriatrie. Dat heeft effect op de keuze van artsen nu, maar voor je het weet is een tekort weer een teveel geworden.

Blijf je nog actief in de NVKG?

Op organisatorisch gebied komt er veel op de NVKG af, maar ik wil geen bestuursfunctie meer. Ik zie dat het nuttig kan zijn om samen te werken met de NIV of andere verenigingen. Bijvoorbeeld in een kwaliteitsproject kan de NVKG samenwerken met de sectie ouderengeneeskunde van de NIV, dat is efficiënt en er spelen dezelfde belangen.

Tot 1 januari blijf ik voorzitter van de Commissie Kwaliteit van de NVKG. Ik merk dat ik er sneller uit raak dan ik had verwacht. Ik wil ook niet waarnemen, niet meer als geriater werken, en als je niet meer praktiseert, houd je de veranderingen niet meer bij. Er zijn genoeg jonge, enthousiaste klinisch geriateren die tijd voor de vereniging willen maken.

LITERATUUR

Claessens WLM, Jellesma-Eggenkamp MJH, Robben PBM (1993). Het geriatrisch zorgcircuit. Een netwerk van voorzieningen. *MC*;48:1119-20.

Jellesma-Eggenkamp MJH, et al. (1995). Klinische geriatrie. Reeks *Bijblijven*;11(5). Houten (etc.): Bohn Stafleu Van Loghum.

Jellesma-Eggenkamp MJH (1995). Specialist of generalist. De visie van een klinisch geriater. *MC*;50:514.

Jellesma-Eggenkamp MJH, et al. (1998). Geriatrie. Reeks *Bijblijven*;14(2). Houten (etc.): Bohn Stafleu Van Loghum.

- Jellesma-Eggenkamp MJH & Schölzel-Dorenbos CJM (2001). SEIQoL: a measure for individual quality of life. Validation in an elderly Dutch population. *Ned Tijdschr Psychol*;56:16-8.
- Jong D de, Jansen RWMM, Hoefnagels WHL, Jellesma-Eggenkamp MJH, Verbeek MM, Borm GF, Kremer HPH (2008). No effect of one-year treatment with indomethacin on Alzheimer's disease progression: a randomized controlled trial. *PLoS One*;3(1):e1475. DOI: 10.137.
- Kaduszkiewicz H, et al. (2005). Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ*; 331(7512):321-7.

KLINISCHE GERIATRIE IN ROTTERDAM: TISCHA VAN DER CAMMEN



Voorafgaand aan een vergadering van de 'Subcommissie geschiedenis van de geriatrie' van de NVKG spraken Elly Bruijns, Marjan Ornée en Annemarie de Knecht-van Eekelen op 8 april 2015 met klinisch geriater dr. T.J.M. van der Cammen. Zij is in februari 2015 benoemd tot erelid van de NVKG voor haar grote verdiensten voor het vakgebied zowel nationaal als internationaal. Zelf vindt ze de titel 'Klinische geriatrie in Rotterdam' te beperkt. Uit het interview zal blijken dat zij ook ver buiten Rotterdam actief is en is geweest. Zij is medeauteur van het boek 'Klinische geriatrie - Geschiedenis van een specialisme', waarin haar cv te vinden is.

Hoe kwam je ertoe om voor geriatrie te kiezen?

Oorspronkelijk wilde ik huisarts worden en als voorbereiding daarop deed ik een half jaar interne geneeskunde. Dat vond ik zo leuk, dat ik dacht 'ik word internist'. Ik werd aangenomen in het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag voor de opleiding en daar had ik als arts-assistent een afdeling interne met voornamelijk oude mensen. Ik vond de oudere mensen het meest boeiend en het meest interessant om te behandelen. Na mijn opleiding tot internist verhuisde ik met mijn man naar Engeland. Als specialist in een EU-land kon ik in Engeland worden aangenomen. Dat was toen allemaal pas geregeld, ik moest het soms zelfs aan decanen in Londen uitleggen hoe de Europese regels waren. Uiteindelijk ben ik toen naar professor A.N. Exton-Smith (1920-1990) in Londen gegaan, omdat ik mij wilde specialiseren in de geriatrie. Op dat moment had de DHSS (Department of Health and Social Security van het ministerie) beurzen voor internisten die zich verder wilden specialiseren in de geriatrie. Nadat mijn Nederlandse papieren waren goedgekeurd heb ik zo'n beurs gekregen. Als *senior registrar* heb ik toen in de periode 1982-1984 bij Exton-Smith gewerkt. Hij was een boegbeeld van de geriatrie in de National Health Service (NHS) (zie kader).

NORMAN EXTON-SMITH

Professor Norman Exton-Smith was a highly respected, distinguished post-war consultant geriatrician with a worldwide reputation. He devoted his life to improving the medical care of elderly people and researching age-related decline in physical function, particularly thermoregulation and postural balance. He established thriving clinical and research departments at St Pancras Hospital, London. Many of his junior medical staff became well-known geriatricians. He published and lectured extensively, organized many meetings and conferences, and was advisor to the Department of Health and Social Security for many years. He was a valued authority on geriatric medicine within the Royal College of Physicians of London and a major influence in the British Geriatrics Society (BGS) of which he was Secretary and later the President.

Bron: Denham MJ (2009). Professor Arthur Norman Exton-Smith CBE MA MD FRCP (1920-90): distinguished Geriatrician and Gerontologist. *J Med Biogr*;17(1):8-13.

Hoe ben je toen naar Rotterdam gekomen?

Na mijn specialisatie heb ik eerst in Engeland waargenomen als klinisch geriatr, maar in 1986 zocht het toenmalige Academisch Ziekenhuis Dijkzigt (nu Erasmus mc) een internist die zich gespecialiseerd had in de klinische geriatrie. Na interviews met prof. dr. F.J.G. Oostvogel en vervolgens ook met prof. dr. W.J. Schudel (hoofd Psychiatrie) en prof. dr. M.A.D.H. Schalekamp (hoofd Inwendige Geneeskunde-1) ben ik in Rotterdam aangesteld. Grappige anekdote: Oostvogel had contacten met Exton-Smith en wist dat er een Nederlandse internist in Londen bij Exton-Smith werkte. Hij had ook via andere contacten over mij gehoord, zodat hij op drie manieren wist van mijn bestaan en aanvankelijk dacht dat er drie Nederlandse internisten in Londen zaten, maar dat was ik dus alleen. Uiteindelijk ben ik op 1 april 1987 in het Dijkzigt ziekenhuis begonnen. Schudel en Oostvogel zijn later mijn promotores geweest.

Hoe heb je in Rotterdam de klinische geriatrie opgezet?

Niemand wist wat geriatrie was. Hoogleraren en afdelingshoofden met wie ik kennis ging maken zeiden 'wat komt u hier doen?'. Het was allemaal nieuw. Ik besprak wat geriatrie te bieden had, begon met het investeren in de polikliniek Geriatrie en met het doen van consulten binnen het ziekenhuis. Ook was ik vast stafid binnen de afdeling Inwendige Geneeskunde-1, een gemengde afdeling Inwendige Geneeskunde-Geriatrie, waar ik geriatrische patiënten kon opnemen. Oostvogel kwam het eerste halfjaar twee dagen per week en begeleidde de start. Over Oostvogel zie verder het interview op p. 26-34.



Promotie Tischa van der Cammen (1991).

De eerste medewerker die ik kreeg, was een maatschappelijk werkende, mevrouw Nel Vroman-Veerman, voor drie dagen per week, en na een paar maanden kwam er een secretaresse bij. Aan mevrouw Vroman heb ik veel gehad. Zij zat bij de dienst medisch-maatschappelijk werk en had veel belangstelling voor geriatrie. Zij kende het ziekenhuis goed toen ze de stap naar de geriatrie maakte. In Rotterdam ging ik bij zoveel mogelijk instanties kennismaken: bij de plaatselijke huisartsen, de verzorgings- en verpleeghuizen. Ik gaf presentaties over wat geriatrie te bieden had. Mevrouw Vroman deed hetzelfde bij de thuiszorgorganisaties. Ook bij de huisartsen was het vak klinische geriatrie onbekend, sommigen waren van mening dat meer verzorgingshuisplaatsen voor hun oudere patiënten het enige was wat zij nodig hadden, “de rest kunnen we zelf”. Gelukkig kreeg ik steun van klinisch geriateren in Nederland, we waren toen nog met een kleine groep, we kenden elkaar allemaal: Elly Bruijns, Marjan Ornée, Jap de Fockert, we hadden de Werkgroep Klinische Geriatrie. Ik weet nog dat Elly belde hoe blij ze waren dat er een klinisch geriater in Rotterdam was gekomen. Ook met Gerard Ligthart en Gooke Lagaay, internisten met aandacht voor en expertise in de ouderengeneeskunde in het LUMC, had ik contact.

Hoe ontwikkelde de geriatrie in Rotterdam zich toen?

De eerste vier jaar heb ik het werk in Rotterdam alleen gedaan, toen is Cees Verschoor erbij gekomen. Hij had zich op de afdeling Inwendige Geneeskunde gespecialiseerd als internist en wilde zich verdiepen in de klinische geriatrie. Sinds 2001 werkt hij als klinisch geriater in het TweeSteden ziekenhuis Tilburg/Waalwijk.

Ik had een polikliniek en die liep snel vol, mijn polikliniek Geriatrie was de enige in Rotterdam. Mede dankzij de invloed van Sal Braadbaart heeft het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt eind jaren tachtig de ministeriële erkenningsbe-

schikking gekregen voor de functie Geriatrie. Braadbaart had zich na zijn pensionering als geneesheer-directeur van de Gemeentelijke Geriatische Kliniek opnieuw als arts voor ouderdomsziekten gevestigd. In de Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Rotterdam-Rijnmond ondersteunde hij de erkenningsbeschikking en de toewijzing van de functie Geriatrie aan het Dijkzigt ziekenhuis.

Destijds was geriatrie in Nederland rudimentair of niet aanwezig. Ik heb met Oostvogel nog een interview gegeven voor een krant over de noodzaak van afdelingen Geriatrie in verband met de vergrijzing. Er is nog een documentaire eind jaren tachtig van *Stads-tv Rotterdam* over de ouderenzorg in Nederland. Veel van wat daarop staat is nog actueel, de mantelzorg, de ouderen alleen thuis, de eenzaamheid, de tekorten in de verzorging; ook toen was er sprake van het sluiten van verzorgingshuisplaatsen. Bert Hofman startte toen net met ERGO, een van de grootste en langstlopende bevolkingsonderzoeken, een initiatief van de afdeling Epidemiologie & Biostatistiek van het Erasmus MC, internationaal bekend als 'The Rotterdam Study'.

Ik maakte met Nel Vroman informatiefolders over 'wat is geriatrie', die we overal uitdeelden. Met Interne-1 liep ik de grote visite mee, daar waren ook consulten voor mij, zo bouwde ik dat langzaam op. Schalekamp stond acht bedden af ten behoeve van de geriatrie, dat werden er twaalf en op het ogenblik zijn er in het Erasmus MC tien. In die tijd werkte ik ook aan mijn proefschrift, dat betekende 's nachts schrijven, rond drie uur naar bed, ik heb weinig slaap nodig. Als je in een academie werkt hoort een proefschrift erbij, maar ik vind schrijven heel leuk. Schrijven en redigeren, ik doe het nog veel.

Ik ben ook nog in de race geweest voor een subsidie voor bedden voor een GAUZ, een Geriatrie Afdeling in een Universitair Ziekenhuis, vanuit het NESTOR project. De andere kandidaat was Willibrord Hoefnagels in Nijmegen. Ik had de steun van Schalekamp en van andere pleitbezorgers uit Rotterdam: prof. dr. A. Querido, internist en oprichter van de medische faculteit, professor Schudel, neuroloog Frans van Harskamp, als vertegenwoordiger van de hoogleraar neurologie prof. dr. A. Staal. Ik gaf een presentatie over de geriatrie, de geheugenpolikliniek en de samenwerking met andere afdelingen. Maar in Nijmegen was er al een afdeling met 12 bedden. Het ziekenhuis in Nijmegen heeft dat toen gewonnen en het aantal bedden kunnen uitbreiden van 12 naar 24. Achteraf kun je je afvragen of het slim beleid is geweest, waarschijnlijk had men beter een tweede GAUZ kunnen realiseren.

DE GEHEUGENPOLI

We hebben in Londen in het St Pancras ziekenhuis in 1983 de eerste geheugenpolikliniek ter wereld geopend (zie kader). We hadden daar een dubbelblinde,

placebo/gecontroleerde *trial* lopen met een nieuw geneesmiddel voor mensen met beginnende geheugenklachten. Die studie werd gestaakt vanwege bijwerkingen. Voor de patiënten die aan die *trial* deelnamen, hebben we toen een 'Memory Clinic' gestart, om hen te kunnen volgen en begeleiden. In begin jaren tachtig stond erover dementie weinig tot niets in de leerboeken. Het natuurlijk beloop en de eerste signalen van dementie behoefden verder wetenschappelijk onderzoek. De 'Memory Clinic' kreeg veel publiciteit in de media. Het resultaat is geweest dat er nu verplicht in elke stad in de UK een is. Het werk in de 'Memory Clinic' is één van de redenen waarom ik benoemd ben tot Fellow of the Royal College of Physicians London. Het 'Memory Clinic' model uit Londen is overgenomen door professor Hannes Staehelin in Basel, hij was hoogleraar Geriatrie in Basel, collega en vriend van Norman Exton-Smith.

THE FIRST MEMORY CLINIC IN THE UK

One of us was recently congratulated by their local primary care trust commissioner on having set up the first memory clinic in the UK. This was incorrect [...]. We ought to have cited the excellent paper by van der Cammen et al. that actually describes the first clinic at St Pancras Hospital but which had not been published at the time. Now that there is to be 'a memory clinic in every town' we thought we had better set the record straight.

Bron: Philpot MP & Levy R (2009). Correspondence. *Psychiatric Bulletin*;33:196. DOI: 10.1192/pb.33.5.196.

Met medewerking van Van Harskamp en Schudel kon ik in 1988 in Rotterdam een geheugenpoli opzetten, daarmee waren we één van de eersten in Nederland. Vaak hadden de patiënten al jaren klachten, wij vertelden de waarschijnlijke diagnose en zetten begeleiding in. We deden met het maatschappelijk werk ook huisbezoeken bij patiënten van de geheugenpoli, om de thuissituatie te beoordelen en concrete adviezen in de thuissituatie te geven.

Vertel nog wat over je internationale werk.

Ik was van 2008 tot 2014 lid van de Professorial Board van de EAMA, European Academy for Medicine of Ageing, dat is een 'postgraduate course' voor jonge veelbelovende klinisch gerieters in Europa (zie kader). De Professorial Board bestaat uit acht mensen, ik was de tweede vrouw die erin kwam. Uit Finland kwam de eerste vrouw, professor Kaisu H. Pitkälä. Nu zijn er zes vrouwen en twee mannen, daarin zie je de omslag naar het vervrouwelijken van de geneeskunde. Bij het Royal College of Physicians was ik de tweede vrouw uit Nederland die een Fellowship kreeg.

THE EUROPEAN ACADEMY FOR MEDICINE OF AGEING

The EAMA's goals since 1995 have been to:

- improve knowledge and skills in geriatric medicine for junior faculty members and promising candidates for future teachers in geriatrics;
- attune the attitudes and goals of future opinion leaders in geriatric medicine throughout Europe;
- establish a network among medical doctors responsible for the care of elderly persons and those responsible for student instruction, as well as general physicians caring for the aged;
- develop new ideas for geriatric health programs and harmonise practices;
- stimulate clinical and epidemiological research in community and institutional geriatric medicine.

The two-year course consists of four intense one-week sessions held twice a year in January and June; a network meeting with former EAMA students is organised during the fourth week session. Each session covers a well-balanced geriatric topic with experts from around the world. Nine Postgraduate Courses have already been completed with participants from nearly all European countries and worldwide.

Bron: <http://www.eama.eu/mvc/index.jsp>

Ik ben destijds door de NVKG gevraagd om de vereniging te vertegenwoordigen in de Geriatric Medicine Section van de Union Europeenne des Medicines Specialistes (UEMS, www.uems.eu), naast Sijmen Duursma (zie het interview met Duursma en de paragraaf over de internationale activiteiten), het heet nu de UEMS-Geriatrics Section (UEMS-GS).

Internationale contacten zijn ontzettend leuk. Je kunt je kennis delen met anderen, daarmee komt het vak vooruit. Ik heb zo'n twaalf jaar in de UEMS-GS gezeten, toen ik met pensioen ging, heb ik in het najaar van 2011 in de bijeenkomst in Malaga afscheid genomen. Tegenwoordig moet in de UEMS-GS de NVKG vertegenwoordigd worden door een klinisch geriater uit de periferie en een academicus, dat zijn nu respectievelijk dr. Jaap Krulder, hoofd afdeling Geriatrie in het Vlietland Ziekenhuis, en dr. Francesco Mattace-Raso, hoofd Sector Geriatrie in het Erasmus MC.

De Nederlandse geriatrie stond en staat in het buitenland goed bekend. Vanaf 1983, na de erkenning van het specialisme, was er in Nederland een vast stramen voor de opleiding, dat kon ik overal uitleggen. Het Nederlandse model geldt bij de UEMS-GS nog steeds als een goed model. Toen ik bij de UEMS kwam



Klinische geriatrie in Rotterdam (ca. 2000): v.l.n.r.: Diana Taekema, Bert Ziery, Francesco Mattace-Raso, Arend Arends, Tischa van der Cammen.

waren er vijftien landen lid, waarvan er acht een klinische geriatrie erkenning hadden en bij zeven was geriatrie een aandachtsgebied binnen de interne geneeskunde. Om erkend te worden als zelfstandig specialisme binnen de UEMS moest een specialisme indertijd in minstens zeven landen erkend zijn.

Wat doe je nu nog?

Ik ben nog druk bezig, zowel internationaal als nationaal. Ik werk bij de Brighton and Sussex Medical School als adviseur bij een studie over bijwerkingen van medicijnen. In het Erasmus MC begeleid ik nog twee promovendi.

Heel uitdagend is mijn werk bij de Faculteit Industrieel Ontwerpen, afdeling Industrial Design, sectie Applied Ergonomics and Design van de TU Delft. In Delft maken ze producten voor ouderen waarbij het erom gaat om de toekomstige gebruiker te betrekken bij en tijdens het ontwerp/proces, *user centered design* heet dat. Er zijn focusgroepen met ouderen, want we gaan uit van wat ouderen willen. Toepassing van technologie moet acceptabel zijn voor de oudere en diens omgeving, je kunt ouderen niet met te veel technologie overladen. In Delft doen we ook onderzoek naar hoe je risicogedrag kunt wijzigen door middel van technologie. Er gebeurt veel op het gebied van valpreventie.

TU Delft doet mee aan het project 'Smart cities, age friendly cities', daarbij gaat het erom hoe je de stad geschikt kunt maken voor ouderen. Er is een wereldwijd netwerk dat door de WHO wordt ondersteund. Op de kaart van het Global

Network is Nederland nog een witte vlek.¹ Ik probeer te investeren in het overbruggen van de kloof tussen de medische wereld en de technologie, met als doel dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. We hebben een werkgroep, DIFA, Design Innovation for Ageing, en een website, www.design-innovationforageing.org, waarmee we afstudeerders en bedrijven met interesse op het gebied van veroudering willen aantrekken. Er is nog zoveel te doen.

LITERATUUR

- Cammen TJM van der, Simpson JM, Fraser RM, Preker AS, Exton-Smith AN (1987). The Memory Clinic. A new approach to the detection of dementia. *Br J Psychiatry*;150:359-64.
- Cammen TJM van der, Rai GS, Exton-Smith AN (1991). *Manual of geriatric medicine*. Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone.
- Cammen TJM van der (1991). *Diagnostic approaches and management aspects of early dementia*. Proefschrift Rotterdam.
- Cammen TJM van der, et al. (2006). Abnormal neurotransmitter metabolite levels in Alzheimer patients with a delirium. *International journal of geriatric psychiatry*;21(9):838-43.
- Elskamp ABM, et al. (2012). Why older people refuse to participate in falls prevention trials: A qualitative study. *Experimental gerontology*;47(4):342-6.
- Hartholt KA, Polinder S, Cammen TJM van der, et al. (2012). Costs of falls in an ageing population: A nationwide study from the Netherlands (2007-2009). *Injury*;43(7):1199-1204.
- Mattace-Raso FUS, Cammen, TJM van der (2007). Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema associated with lung malignancy. *Age and ageing*;36(4):470-1.
- Onder G, et al. (2010). Development and Validation of a Score to Assess Risk of Adverse Drug Reactions Among In-Hospital Patients 65 Years or Older: The GerontoNet ADR Risk Score. *Archives of internal medicine*;170(13):1142-9.

1 http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/

KLINISCHE GERIATRIE IN UTRECHT: SIJMEN DUURSMA



Op 23 en 24 juni 2014 sprak Tischa van der Cammen in Treviso (Italië) met prof. dr. S.A. Duursma, erelid van de NVKG, over de voorgeschiedenis, het heden en de toekomst van de klinische geriatrie.

SIJMEN AREND DUURSMA

Prof. dr. S.A. (Sijmen Arend) Duursma (*1935) is geboren in Groningen en opgegroeid in Heerenveen. Hij studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht (1954-1962), ging daarna in militaire dienst. In het leger was hij officier geneeskundige dienst en docent in de geneeskunde aan de school voor reserveofficieren (1962-1963). Hij vervolgde zijn opleiding als arts-assistent radiologie en behaalde de röntgenaantekening in het Militair Hospitaal Utrecht (1963-1964). Vervolgens doorliep hij aanvullend de vierjarige opleiding Inwendige Geneeskunde (IG) (1964-1969). Per 1 januari 1969 werd hij geregistreerd als internist met bevoegdheid tot röntgenonderzoek binnen de IG. Op diezelfde datum kreeg hij een aanstelling bij de Universiteit Utrecht, waar hij tot zijn pensionering per 1 april 2000 heeft gewerkt. Eerst als chef de clinique IG, vervolgens als chef de policlinique en vanaf 1 juli 1972 als hoogleraar IG. Per 1 augustus 1991 bezette hij de leerstoel geriatrie en gerontologie. In het UMC Utrecht was hij de grondlegger van de afdeling Geriatrie waarvan hij hoofd was (1992-1999). De titel van zijn inaugurele rede op 18 september 1992 is: 'Hoe wilt U oud worden?'. Op 5 maart 1993 is hij geregistreerd als klinisch geriater. Hij was opleider klinische geriatrie; zijn onderzoeksgebied was de calcium- en botstofwisseling. Op 9 maart 2000 nam hij afscheid als hoogleraar.

ONDERZOEK NAAR BOTSTOFWISSELING EN BOTZIEKTEN

Al in zijn tweede studiejaar en als student-assistent bij anatomie toonde Sijmen Duursma zijn speciale belangstelling voor botten en botcellen. Tijdens het histologiepracticum stelde hij zoveel vragen over osteoblasten en osteoclasten, dat de hoogleraar langskwam om zijn vragen te beantwoorden. De belangstelling voor botten werd versterkt tijdens het coschap IG, waar hij de eerste acute nierdialyses meemaakte, en daarna tijdens de opleiding IG, waar hij als aios op de afdeling Nierziekten werkte ten tijde van de eerste chronische dialyses. Daar werd hij geconfronteerd met de calciumhuishouding en botstofwisseling bij nierproblemen. Zijn proefschrift uit 1971 getiteld *Botafwijkingen bij patiënten met verminderde nierfunctie* gaat over deze problematiek. Hij was in Utrecht lid en gedurende bijna 25 jaar voorzitter (1970-1994) van de onderzoeksgroep 'Research Group for Metabolic Bone Diseases'.

Kun je iets vertellen over je aanloop naar het specialisme klinische geriatrie, over de grondleggers en baanbrekende prestaties?

Bij bezuinigingen op de ziekenhuisbedden in de provincie Utrecht werden 100 bedden teveel wegbezuinigd. De decaan van de faculteit en de directeur van het AZU kregen het verzoek van de provincie een afdeling Geriatrie op te zetten. Er werden 24 bedden plus een budget beschikbaar gesteld. Duursma kreeg het verzoek van de RvB van het ziekenhuis de afdeling op te zetten, hij kreeg een budget en drie jaar voorbereiding, inclusief reizen, om de afdeling te realiseren. Intussen ging in die drie jaar het werk op de afdeling IG gewoon door, en was hij tussen 1989 en 1992 ook verantwoordelijk voor de integratie van het Militair Hospitaal in het AZU.

Sijmen Duursma bereidde zich voor op de klinische geriatrie door stage te lopen bij dr. Elly Bruijns in Arnhem en bij Cobi van Nieuwkerk in Bloemendaal. Ook met Carla Thijssen en Jap de Fockert had hij contact. Deze vier hadden in de beginjaren van het specialisme klinische geriatrie de bijna onmogelijke taak het

*of je nu Duursma heet of Wierink of De Ronde,
hier bij het AZU staat een vleugel voor je klaar,
we hebben hier de ge-ria-trie uitgevonden
en dat scheelt voor iedereen zo'n twintig jaar....*

refrein

Viering van 'Eén jaar Geriatrie in het Academisch Ziekenhuis Utrecht'.

specialisme te handhaven en tot ontwikkeling te brengen. In het buitenland liep Duursma stage in de U.K., Zweden, de U.S.A. en Canada.

In 1990 ging de afdeling Geriatrie in het AZU open met 24 bedden en een polikliniek, alles binnen één gebouw. De medische staf op de nieuwe afdeling bestond uit Janthony Raymakers, Paul Jansen, Monique Samson en Harald Verhaar met eerst vier, maar al snel vijf aios. Hoofdverpleegkundige in de periode 1992-1997 was Marianne Lensink, zij is nu Directeur Zorg bij Zorgverzekeraars Nederland. Samen met haar introduceerde Duursma een nieuw model van werken waarin de verpleegkundige verantwoordelijkheden kreeg voor de verpleegkundige zorg en als aanspreekpunt voor de familie diende. Om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te waarborgen werd voor verpleegkundigen een landelijke opleiding gestart voor een aantekening geriatrie.

DE NVvG

De NVvG leden waren afkomstig uit drie beroepsgroepen: verpleeghuisartsen, sociaal gerieters en klinisch gerieters. De klinisch gerieters maakten minder dan de helft van de vereniging uit. Duursma vond dat een onwenselijke situatie: 'Een erkend medisch specialisme moet een eigen wetenschappelijke vereniging hebben en kan geen onderdeel zijn van een vereniging waar de beroepsgroep in de minderheid is.' Als kandidaat voor het voorzitterschap van de NVvG in 1995 formuleerde hij zijn standpunt tijdens de algemene ledenvergadering. Hij kreeg geen bijval en trok zijn kandidatuur in. Twee jaar later kreeg hij telefoon van Paul Robben, die in 1995 nog tegen Duursma's standpunt had geageerd, met de mededeling dat Duursma's visie de juiste was. De klinisch gerieters kregen een eigen vereniging, de NVKG. Op 29 oktober 2000 werd Sijmen Duursma tot erelid van de NVKG benoemd.



Bestuur EAMA (1995).

Hoe zou je de inhoud van het specialisme willen beschrijven?

De geriatrie was in Nederland sterk gericht op het sociale en mentale deel van de geriatrie. Maar geneeskunde is primair een biologisch vakgebied, bij de geriatrie met oog voor sociale en mentale aspecten. Duursma probeerde vanuit het AZU meer nadruk te leggen op de medisch-biologische aspecten van veroudering. De klinische geriatrie heeft relaties opgebouwd met bijvoorbeeld de interne geneeskunde en orthopedie, maar de ouderenpsychiatrie bleef binnen de psychiatrie achter vergeleken met de somatische kant van de geneeskunde.

Welke positieve/negatieve ontwikkelingen vind je belangrijk?

‘Positief is dat de specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) meer aandacht zullen gaan geven aan ‘community care’ waardoor de klinisch geriater zich kan concentreren en profileren binnen het ziekenhuis. Het onderzoek is verder van de grond gekomen met meer aandacht voor biologisch onderzoek in plaats van het sociologisch getinte onderzoek dat lang de toon heeft gezet. Negatief is dat het biologisch onderzoek toch nog achterblijft. We komen er niet met alleen genetica, genetisch onderzoek moet gekoppeld worden met celbiologisch en klinisch onderzoek.’

Is er een wetenschappelijke basis voor de klinische geriatrie?

‘Klinische geriatrie komt niet voort uit een wetenschappelijke basis, maar is ontstaan vanuit een klinische behoefte. De volgende stap is: vanuit de klinische problematiek wetenschappelijk onderzoek doen naar oorzaken en oplossingen. De klinische geriatrie voldoet aan de behoefte en zal nu als klinisch specialisme de verantwoordelijkheid moeten nemen om de research te bevorderen. Dit aspect moet ingebouwd worden in de opleiding. Er liggen kansen voor ontwikkelingen op het gebied van de moleculaire biologie en de celbiologie, er zijn ook mogelijkheden voor financiering van verouderingsonderzoek door de EU. We moeten ervoor waken dat het accent teveel op de psychosociale problematiek en research blijft liggen.’

Wat kan je zeggen over de belendende vakgebieden van de klinische geriatrie?

‘Binnen de geneeskunde zijn de belendende vakgebieden van de klinische geriatrie alle vakgebieden minus de kindergeneeskunde. Paradoxaal is dat qua structuur van het vakgebied juist de parallellen met de kindergeneeskunde het grootst zijn. Het grootste verschil met kindergeneeskunde is dat er voor onderzoek binnen de kindergeneeskunde veel geld beschikbaar is, terwijl dit voor de klinische geriatrie uiterst moeizaam te verkrijgen is.’



Siemen Duursma (2015).

Hoe kijk je aan tegen het naast elkaar bestaan van klinisch gerieters, internisten-ouderengeneeskunde, ouderenpsychiaters en specialisten ouderengeneeskunde?

‘Ik zou graag willen dat internisten-ouderengeneeskunde en klinisch gerieters tot elkaar komen, hetzij binnen de NVKG, hetzij binnen de NIV. In het verleden heb ik wel tegenwerking gehad van de Inwendige Geneeskunde. Wat betreft de ouderenpsychiaters, zij moeten duidelijker gestalte krijgen binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en op de werkvloer, en dan samenwerken met de klinisch gerieters. Specialisten ouderengeneeskunde zijn het meest verwant aan huisartsen, maar dan voor de specifieke groep van oude mensen. Zij zijn, bij een goede samenwerking, onze relatie buiten de poorten van het ziekenhuis. In het ziekenhuis is de klinisch geriater de spin in het web rond de zorg voor ouderen. In Utrecht is het destijds niet gelukt om een netwerk met huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en instellingen voor ouderen te vormen. Er zijn veel barrières, veel mensen voelen zich bedreigd en er is “resistance to change”.’

Wat kun je zeggen over internationale samenwerking?

‘De harmonisatie van de opleidingseisen loopt goed via de Geriatric Medicine Section van de EU. Internationale contacten zijn belangrijk voor de beroepsuitoefening, voor nascholing, samen publiceren en internationaal researchoverleg is stimulerend. Lidmaatschap van buitenlandse verenigingen voor geriatrie geeft de mogelijkheid tot uitwisseling van kennis en gegevens, je krijgt een internationaal referentiekader.’

Duursma was en is actief in verschillende internationale geriatrie organisaties, zoals de 'Group of European Professors in Medical Gerontology', de 'European Academy for Medicine of Ageing' (ΕΑΜΑ), de 'Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists', de 'European Union Geriatric Medicine Society' (ΕΥΓΜΣ), de 'Middle East Academy for Medicine of Ageing' en de 'Middle Eastern Journal of Age and Ageing'. De Geriatric Medicine Section van de ΕΥ organiseert de harmonisatie van de opleidingseisen, met daarbij aangetekend dat elk land autonoom is in besluiten ten aanzien van de eigen gezondheidszorg. De ΕΥ is immers niet primair gericht op het welzijn van de burgers van de ΕΥ, maar heeft in beginsel een economische doelstelling. De ΕΥΓΜΣ is verantwoordelijk voor de internationale nascholing. De ΕΑΜΑ is een internationale 'postgraduate' cursus, met als doel het trainen van docenten en (op)leiders in de geriatrie.

Welke doelen had je jezelf gesteld en zijn die bereikt?

'Drie doelen: het opzetten en consolideren van een goede afdeling met goede dienstverlening aan de oudere patiënten in het ziekenhuis; deelname aan het opleidingscircuit en zorg dragen voor nascholing; aangaan van internationale betrekkingen om op Europees niveau coördinatie van de opleiding en vakbekwaamheid te krijgen. Ik kan zeggen dat deze doelen gerealiseerd zijn.'

LITERATUUR

- Duursma SA (1992). Hoe wilt U oud worden? Inaugurele rede Rijksuniversiteit Utrecht. Leerstoel Geriatrie en Gerontologie. 18 september. AZU: afdeling Geriatrie.
- Duursma SA, Hoefnagels WHL (1994). De ontwikkeling van de geriatrie; Nederlandse universiteiten en academische ziekenhuizen onder de loep. *MC*;49:633-5.
- Duursma SA, Ribbe MW, Robben PBM & Heeren ThJ (1996a). Geriatrie in Nederland. I. Ontwikkeling. *NTvG*;140(48):2416-9.
- Duursma SA, Ribbe MW, Robben PBM & Heeren ThJ (1996b). Geriatrie in Nederland. II. De netwerken geriatrie. *NTvG*;140(48):2420-3.
- Duursma SA & Raymakers JA (1997). Te oud voor diagnostiek of behandeling? *NTvG*;141(45):2145-7.
- Schuurmans MJ & Duursma SA (1998). Verpleegkundigen en oude patiënten met delier. Een overzicht van de literatuur. *Verpleegkunde*;13(2):86-98.
- Duursma SA (2000). Geriatrie op de helling. Eerste- en tweedelijnszorg beter structureren. *MC*;55(38):1332-4.
- Duursma SA & Overstall PW (2003). Geriatric medicine in the European Union: future scenarios. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*;36(3):204-15.

KLINISCHE GERIATRIE IN HET UMC UTRECHT – HET VERVOLG: PAUL JANSEN



Petra Klijsma en Annemijn Elskamp spraken in maart 2014 met dr. P.A.F. Jansen over klinische geriatrie, zijn opleiding, zijn activiteiten voor de VAKG, onderzoek en onderwijs.

PAUL JANSEN

Dr. P.A.F. (Paul) Jansen (*1953) begon in 1980 aan zijn opleiding tot internist. Al tijdens zijn opleiding raakte hij geïnteresseerd in de klinische farmacologie en de geriatrie, onder andere door verpleeghuisbezoeken samen met zijn opleider, de internist en farmacoloog prof. dr. F.W.J. (Frank) Gribnau (1938-2012) in Nijmegen. Om praktische redenen besloot Paul Jansen zijn opleiding tot internist af te ronden, maar daarna startte hij met een aangepast opleidingstraject om zich als klinisch geriater te kunnen laten registreren. Paul Jansen heeft twee jaar in de GGZ gewerkt met Cobi van Nieuwkerk als opleider. Als klinisch geriater bleef hij tot 1992 in Den Haag, tot de mogelijkheid zich aandiende om in het Academisch Ziekenhuis Utrecht aan de slag te gaan.

VAKG

In 1986 besloten de arts-assistenten die op dat moment in opleiding waren tot klinisch geriater, een assistentenvereniging op te richten, de Vereniging voor Arts-assistenten Klinische Geriatrie (VAKG). Paul Jansen was de eerste voorzitter van de VAKG. De leden vergaderden in Utrecht, ruimte hiervoor in het AZU werd belangeloos door de Interne Geneeskunde beschikbaar gesteld! Naast belangenbehartiging voor de assistenten was er ook altijd een wetenschappelijke voordracht tijdens de vergaderingen.

De VAKG zocht direct contact met het bestuur van de NVvG en werd uitgenodigd voor een gesprek in restaurant De Bontekoe tegenover de Jaarbeurs in

Utrecht, de vergaderlocatie van de NVvG. De VAKG kreeg het voor elkaar dat in alle commissies en in het bestuur van de NVvG een lid van de VAKG werd opgenomen. Voor Paul Jansen betekende dit een bestuursfunctie in de NVvG.

UTRECHT

In 1992 was Paul Jansen één van de eerste klinisch geriaters die in een academisch ziekenhuis ging werken. In het AZU kreeg hij een afdeling met 24 bedden, naast een polikliniek en consultatie. Ook werden er consulten aan huis gedaan. De nieuwe hoogleraar in Utrecht was Sijmen Duursma, internist, die ook een opleidingstraject had doorlopen om zich als klinisch geriater te kunnen registreren. Er was veel weerstand tegen de geriatrie vanuit de interne geneeskunde. De afdeling Geriatrie viel in organisatorische zin in eerste instantie direct onder de Raad van Bestuur van het AZU en kwam later bij de divisie van de interne geneeskunde. De afdeling liep vanaf de start als een trein, er was goed contact met de huisartsen.

ONDERZOEK

Het was moeilijk om wetenschappelijk onderzoek op gang te krijgen, door het AZU werd daarvoor geen geld beschikbaar gesteld. De klinisch geriaters wisten op eigen kracht externe subsidies te verwerven, zodat onderzoekslijnen konden worden opgezet. Professor Duursma en collega klinisch geriater Janthony Raymakers hadden zich toegelegd op osteoporose. Vanaf de start van de afdeling Geriatrie was de lijn van het wetenschappelijk onderzoek gericht op de bestudering van mobiliteitstoornissen. Er werd hiertoe een mobiliteitslaboratorium ingericht in de kelder van het AZU. Dit onderzoek heeft tot een aantal promoties geleid.

Harald Verhaar, Marielle Emmelot-Vonk en Paul Jansen slaagden erin om geld te krijgen voor onderzoek naar osteoporose en naar geneesmiddelen bij ouderen. Met een grote subsidie van ZonMw werd het Expertisecentrum Pharmacotherapie bij Ouderen (Ephor) in 2010 opgericht. Vanuit de onderzoekslijnen kwam een groot aantal promoties tot stand (gemiddeld twee per jaar) en steeg het aantal *peer reviewed* internationale publicaties naar meer dan twintig per jaar. De onderzoekslijnen pasten echter niet binnen de speerpunten van het UMC Utrecht.

Na het vertrek van klinisch geriaters Rob van Marum en Monique Samson werden de collega's Dineke Koek en Wilma Knol aangesteld. De staf van de geriatrie maakte vervolgens de keuze zich aan te sluiten bij het speerpunt 'Cardio-vasculair Health' met als lijnen vasculaire cognitieve stoornissen en geneesmiddelen in relatie tot vasculaire schade bij ouderen.

ONDERWIJS

Betreffend het onderwijs is de klinische geriatrie in Utrecht in zowel de bachelor- als in de masterfase in vrijwel alle jaren vertegenwoordigd met colleges, werkgroepen en practica. Er zijn gemiddeld drie coassistenten aanwezig en een groot aantal studenten kiest voor een wetenschappelijke keuzestage op de afdeling Geriatrie. Er zijn constant vijf semiartsen die de algemene semiarts-stage (asas) – een twaalf weeks coschap – volgen op de afdeling Geriatrie in het UMC Utrecht en in de omliggende ziekenhuizen (Diaconessenhuis Utrecht, Hilversum, Den Bosch, Amersfoort, Gouda). In deze en andere ziekenhuizen (o.a. Ede) worden klinische keuzestages gevolgd. Paul Jansen is benoemd tot leerlijncoördinator van de leerlijn Farmacologie en Farmacotherapie. Door de curriculumwijziging, die vanaf 2015 zal worden ingevoerd, is het gelukt om een verplicht coschap Ouderengeneeskunde te realiseren.

Bij het vertrek van professor Duursma werd een opvolger gezocht. Aanvankelijk werd geen van de sollicitanten aangesteld. Uiteindelijk werd dr. René Jansen tot hoogleraar benoemd, maar kort daarop werden alle toezeggingen aan hem door de Raad van Bestuur ingetrokken en besloot hij niet te komen. Vervolgens is de leerstoel vacant gebleven. De hoop bestaat dat de leerstoel zal worden ingevuld in de lijn met het onderzoek naar 'Cardiovasculair Health'.

ONTWIKKELINGEN IN DE KLINISCHE GERIATRIE

Het vak heeft zich enorm ontwikkeld. Bij de start van de afdeling in 1992 werden patiënten voor observatie en screening opgenomen en was er een opnameduur van zo'n zes weken. Inmiddels is de opnameduur bekort tot 8-9 dagen en worden vooral patiënten met acute problematiek opgenomen. Daarnaast zijn er nu veel dagopnames, geheugenpoliklinieken, valklinieken, gespecialiseerde dagklinieken en aandachtsgebieden zoals de klinische farmacologie. De veranderingen gaan zo snel dat over subspecialisaties wordt nagedacht, maar Paul Jansen benadrukt dat het belangrijk is om als geriater een generalist te blijven.

Ondanks weerstanden is er ontwikkeling op wetenschappelijk gebied. Zo'n 25% van de klinisch geriateren is gepromoveerd, echter wel vaak met een promotor van een ander specialisme.

De klinische geriatrie heeft een goede toekomst: zorgverzekeraars, de inspectie, onze collega specialisten in het ziekenhuis en de ouderen zelf hebben de geriatrie ontdekt!

AANDACHTSPUNTEN

Volgens Paul Jansen zijn er geen negatieve ontwikkelingen binnen de geriatrie, blijvende aandacht is nodig voor de verdere ontwikkeling van wetenschappelijk



Paul Jansen geeft een historisch overzicht op het NVKG lustrum (2015).

onderzoek en het aanstellen van hoogleraren klinische geriatrie. Het niveau van de artsen in opleiding tot klinisch geriater wordt steeds beter. Een ander aandachtspunt is de ontwikkeling van een coschap geriatrie. Een verplicht coschap zou veel vooroordelen betreffende de klinische geriatrie kunnen wegnemen. 'Een goede PR is belangrijk voor ons specialisme.'

BEDREIGINGEN

Als eerste bedreiging noemt Paul Jansen de veranderingen binnen de ouderenzorg als gevolg van politieke keuzes en wetgeving. Verder vindt hij de introductie van een ziekenhuisarts, als generalist in het ziekenhuis, een ontkenning van de klinische geriatrie. Met de internist-ouderengeneeskunde moeten we samenwerken, we moeten elkaar niet in de weg zitten.

De komst van de Verpleegkundig Specialist (vs) en de Physician Assistant (PA) ziet Jansen niet als een bedreiging. Zij kunnen in een deelgebied van de geriatrie een goede aanvulling zijn, bijvoorbeeld op poliklinieken. De specialisten ouderengeneeskunde vormen een grote groep met een goede PR. Het is belangrijk om met hen op goede voet te blijven, regelmatig te overleggen en met elkaar af te stemmen.

Een punt van zorg is de geriatrie in de GGZ. De klinisch geriater werkzaam in

de GGZ hebben daar geen goede positie en staan flink onder druk. Bezuinigingen spelen hierbij een rol en hierdoor komt ook het opleidingsjaar geriatrie in de psychiatrie onder druk te staan. Werken in de GGZ is sowieso minder populair bij de aios. Er zijn wel een paar voortrekkers, maar te weinig om echt een vuist te kunnen maken.

OPLEIDER EN OPLEIDING

Paul Jansen is in 2012 opleider van het jaar geworden, een hoogtepunt in zijn carrière en een grote eer. Hij heeft veel affiniteit met onderwijs en heeft het opleiden altijd met veel plezier gedaan. Het is voor hem een uitdaging mensen op de goede plek te krijgen. Hij weet niet precies hoeveel assistenten hij heeft opgeleid, het zijn er waarschijnlijk meer dan honderd. Hij is voorstander van het competentiegericht opleiden, hiervan zou gebruikgemaakt kunnen worden om de opleidingsduur te bekorten. Als iemand competent is, kan de opleiding worden beëindigd. Nu is het vooral een financiële drijfveer om de opleiding te bekorten, dit is volgens hem een verkeerde insteek. Hij is ook van mening dat het schakeljaar niet de basis moet zijn om korting te geven. 'Wij moeten er als beroepsgroep voor waken dat er minder goed opgeleide geriateren komen.' Een alternatief kan zijn om bij een verkorte opleiding iemand als medisch specialist eerst een periode onder supervisie te laten werken met een bijpassend salaris.

Feedback van oud-assistenten maakt duidelijk dat de overgang van assistent naar specialist groot is. In Utrecht is nu ingesteld dat aios aan het einde van hun opleiding zelf anderen gaan superviseren. Kennis verwerven over management is nog steeds een manco in de opleiding, waarbij het ook gaat over praktische zaken zoals bijvoorbeeld het bijwonen van een stafvergadering.

GERIATER PAUL JANSEN BESTE OPLEIDER VAN NEDERLAND



Klinisch geriater Paul Jansen uit het UMC Utrecht heeft de Opleidingsprijs 2012 gewonnen. Dat gebeurde tijdens de Aiosdag in de Domus Medica in Utrecht. De Opleidingsprijs is een initiatief van De Jonge Orde en de LVAG.

Jansen krijgt de prijs omdat aiossen hem een ideaal rolmodel vinden; hij is gemakkelijk bereikbaar en serieus en nauwgezet met opleiden bezig. Verder wordt hij 'eerlijk en oprecht' genoemd. Allemaal eigenschappen die een goed opleider moet hebben aldus de aanwezigen.

Bron: <http://www.mednet.nl/nieuws/id6572>

BUITENLAND

De organisatie van de geriatrie in Europa is heel verschillend. Er zijn landen met veel meer hoogleraren. In België is de positie van de geriatrie zeer goed, los van de interne geneeskunde. In Italië is er een minder duidelijke scheiding. In Engeland, de bakermat van de geriatrie, heeft men nu problemen om het hoofd boven water te houden. De 'European Union Geriatric Medicine Society' (EUGMS) krijgt een steeds hoger niveau.

TIJDSCHRIFT

Paul Jansen is hoofdredacteur van het tijdschrift *Ins&Ouds*. In het verleden is het door gebrek aan sponsoring niet gelukt een eigen tijdschrift uit te brengen, nu is dit wel gelukt.

LITERATUUR

- Jansen PAF (1986). Antihypertensive treatment as a possible cause of stroke in the elderly. Proefschrift KU Nijmegen.
- Jansen PAF (1989). Geneesmiddelen bij de oudere patiënt. *Geneesmiddelenbulletin*;23(4):17-21.
- Jansen PAF, Bruijns E, Cammen TJM van der (1997). Afdelingen Geriatrie in Nederland: spreiding en ontwikkelingen in het komende decennium. *MC*;52(47):1490-2.
- Jansen PA, Bruijns E, Cammen T van der (1998). Kenmerken van geriatrische patiënten en indicaties voor consultatie van de klinische geriatrie. *Geriatrie Informatorium*; A1006-1-A1006-3.
- Jansen PAF (2000). Valkuilen bij medicatiegebruik door ouderen. *Geneesmiddelenbulletin*;34(5):53-9.
- Jansen PAF, et al. (red) (2004). Het geriatrie formularium: een praktische leidraad. 2e ed 2007, 3e ed 2013. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jansen PAF & Brouwers JRB (2011). Staken en onderbreken van chronische medicatie. *Geneesmiddelenbulletin*;45(8):85-90.
- Ligthart GJ, Jansen PAF, Fockert JA de (1993). Geriatrie. *MC*;48(40):1232-3.
- Verhaar HJJ, Jansen PAF, Samson MM (1999). EAMA: een netwerk voor Europese geriateren. *TGG*;30(4):152.

KLINISCHE GERIATRIE IN NIJMEGEN: WILLIBRORD HOEFNAGELS



Op de warmste dag van april 2014 zaten Elly Bruijns en Annemarie de Knecht-van Eekelen met prof. dr. W.H.L. Hoefnagels op zijn terras. Hij is in 1994 benoemd als hoogleraar Klinische Geriatrie aan het UMC St Radboud. Hij heeft zelf zijn ervaringen met de opbouw van de geriatrie in Nijmegen op schrift gesteld. Uit dit ongepubliceerde document citeren wij in de tekst van dit interview. Zijn relaas laat zien hoe de klinische geriatrie in een academisch ziekenhuis vorm kreeg. Het is het verhaal uit het Radboudumc, aan andere universiteiten verliep de geschiedenis anders. Willibrord Hoefnagels is erelid van de NVKG vanwege zijn bijzondere verdiensten voor de klinische geriatrie.

WILLIBRORD HOEFNAGELS

Prof. dr. W.H.L. (Willibrord) Hoefnagels (*1943) studeerde geneeskunde aan de KU Nijmegen (1962-1970) waar hij zich vervolgens bij prof. dr. C.L.H. (Kees) Majoor specialiseerde in de Interne Geneeskunde (1970-1975). In 1981 promoveerde hij op het proefschrift getiteld *Clinical and pathological aspects of primary aldosteronism*. Als internist werkte hij drie jaar op de afdeling Endocrinologie van het UMC St Radboud. Van 1978 tot 1988 was hij chef de clinique van de afdeling Algemene Interne Geneeskunde.

Van 1985 tot 1988 bereidde Hoefnagels de oprichting voor van een afdeling Klinische Geriatrie aan het Radboudumc, waarvan hij in 1988 hoofd werd. Nadat hij in 1992 was geregistreerd als specialist klinische geriatrie, werd hij op 1 februari 1994 benoemd tot hoogleraar klinische geriatrie. Zijn oratie is getiteld *Zorgen aan de grens: een zaak van wikken en wegen*. Hij werkte tot zijn emeritaat op de kliniek, polikliniek en dagbehandeling van de afdeling Geriatrie (1988-2006). De titel van zijn afscheidsrede is *Van oude mensen, de dingen, die voorbijgaan...*

KLINISCHE GERIATRIE IN NIJMEGEN

'Er was in het leerstoelenplan van de faculteit al in 1983 een leerstoel gereserveerd voor het specialisme klinische geriatrie, de aanleiding daarvoor was de erkenning van de klinische geriatrie als medisch specialisme. Maar er was nog geen afdeling voor geriatrie in Nijmegen en in Nederland waren er geen kandidaten voor zo'n leerstoel. Ik was opgeleid als internist en was in november 1981 in Nijmegen gepromoveerd. Toen de hoogleraar interne geneeskunde prof. dr. C.L.H. Majoor (1912-1982) in 1982 overleed, vroeg ik mij af "hoe verder?". In 1983 werd ik door professor P.W.C. Kloppenborg (1931-2012) gewezen op de plannen om in het Radboud een afdeling Geriatrie op te zetten, daar voelde ik wel voor.'

Het realiseren van de afdeling verliep echter niet zo vlot. Een belangrijke tegenslag was dat in juni 1986 onderwijsminister drs. W.J. Deetman aan de Tweede Kamer liet weten dat 'initiatieven op het gebied van de geriatrie voor 1987 niet kunnen worden gehonoreerd', bedoeld werden de initiatieven voor het vestigen van klinische afdelingen geriatrie. Uiteindelijk ging de afdeling in Nijmegen in 1988 van start. Bij gebrek aan een gekwalificeerde geriater is bij de aanvang gekozen voor het model van detachering. Detachering betekende dat de medisch specialisten uit de interne geneeskunde, neurologie en psychiatrie voor een deel van hun aanstelling werden aangesteld op de afdeling klinische geriatrie. Dr. Elly Bruijns, klinisch geriater in het toenmalige Ziekenhuis De Malberg in Arnhem en voormalig internist aan het St. Radboudziekenhuis in Nijmegen, werd



Een jaar klinische geriatrie in Nijmegen: Willibrord Hoefnagels (midden).

voor een jaar supervisor met een 0,2 fte aanstelling. Het idee was dat de afdeling Klinische Geriatrie zich zou ontwikkelen op de wijze zoals de toenmalige klinisch geriateren in Nederland dat het meest gewenst achtten.

Om de leerstoel veilig te stellen is besloten om in 1991 voor een jaar een gasthoogleraar aan te stellen, dit was G.S. Rai, *senior lecturer* aan het Whittington Hospital te Londen. De Nijmeegse decaan kon aan het ministerie van wvc melden dat 'een bezetting van de leerstoel geriatrie werd beoogd met als doelstellingen: het uitbouwen van de klinische afdeling Geriatrie tot een academische afdeling, de erkenning van een opleiding in de klinische geriatrie, het ontwikkelen van geriatrieonderwijs in het basiscurriculum, postacademisch onderwijs ter bevordering van geriatriedeskundigheid van huisartsen, verpleeghuisartsen en geriateren en verankering van het wetenschappelijke onderzoek' (Hoefnagels, z.j.: brief 6 juli 1991).

'Het belangrijkste gevolg van het gasthoogleraarschap was, dat de universiteit met de subsidieaanvraag voor de leerstoel en de tijdelijke bezetting daarvan zich had gecommitteerd aan een onomkeerbaar proces dat zou moeten leiden tot een definitieve bezetting van de leerstoel op afzienbare termijn. Informeel werd in facultaire kringen ervan uitgegaan dat Hoefnagels de leerstoel zou gaan bezetten. De vraag was echter, wanneer hij voldoende zou zijn gekwalificeerd om in een benoemingsprocedure met succes een competitie met eventuele andere kandidaten aan te gaan' (Hoefnagels, z.j.). 'Uiteindelijk ben ik op 1 februari 1994 benoemd als hoogleraar klinische geriatrie.'

EISEN VOOR REGISTRATIE

Hoefnagels vult aan wat de voorwaarden waren waaronder hij zou kunnen worden overgeschreven van het register Interne Geneeskunde naar Klinische Geriatrie. 'Voor een deel moet ik putten uit mijn herinnering. Het was vanaf het begin van de afdeling Klinische Geriatrie duidelijk dat ik, wegens het ontbreken van een regulier opleidingstraject, niet zonder aan enkele voorwaarden te hebben voldaan, zou kunnen worden geregistreerd. Ik had daarvoor alle begrip. Tegelijkertijd heb ik toch niet steeds het gevoel gehad dat ik kon rekenen op clementie van het Concilium Geriatricum, dat uiteraard de plicht had om de kwaliteit van de opleiding te bewaken. Tijdens het gehele traject, tot aan mijn registratie als klinisch geriater op 10 oktober 1992, heb ik een aantal activiteiten ondernomen die het gebrek aan voldoende opleiding moesten compenseren.' Het betrof het volgen van de 'Intensive Course in Advances in Medicine in Old Age' (Department of Postgraduate Medical Studies, Manchester, 1985); een stage gedurende vier weken op de afdeling Klinische Geriatrie van het toenmalige Gemeente Ziekenhuis te Arnhem (1985); een stage van één week aan het Department of Geriatric Medicine University Hospital of South Manchester en de Bri-

tish Counsel Course 'The Clinical Medicine of later life: the scientific basis of practice', International Symposium (Oxford april, 1986).

PATIËNTENZORG

'De afdeling Geriatrie ontleende haar bestaansrecht voor een deel aan de door haar voorgestane multidisciplinaire wijze van werken. Het was de ervaring van geriatrie afdelingen in Nederland en daarbuiten, dat de problematiek van geriatrie patiënten het beste kan worden aangepakt volgens de methode van de "concerted action", dat wil zeggen een klinisch geriater die de regie voert over de inbreng van meerdere spelers die ieder hun eigen specialiteit beoefenen. Die werkwijze was in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen nieuw en moest geleerd worden door de medewerkers van de afdeling Geriatrie' (Hoefnagels, z.j.).

De afdeling Geriatrie was de eerste geriatrie afdeling in de gezondheidsregio Nijmegen en tevens de eerste geriatrie afdeling in een academisch ziekenhuis in Nederland. [...] onder de potentiële verwijzers (op de eerste plaats huisartsen en medisch specialisten) bestond een grote mate van onwetendheid over de categorie patiënten waarop de afdeling zich richtte. Niet zelden begon de huisarts zijn telefonische verwijzing met "Ja, ik heb hier een patiënt, maar ik weet niet of het iets is voor jullie afdeling". Er lag derhalve een belangrijke voorlichtende taak op de schouders van de medewerkers. Bovendien moesten aanhoudend vooroordelen over de geriatrie worden geslecht, niet in het minst bij de



Klinische geriatrie in Nijmegen (1990): Willibrord Hoefnagels (uiterst rechts), naast hem Elly Bruijns.

collega's medisch specialisten. Het bleef hoe dan ook niet eenvoudig om de missie van de Afdeling Geriatrie goed over het voetlicht te brengen, waarbij eigenlijk een paar woorden volstaan: hoogbejaard, complexe aandoeningen en fragiliteit' (Hoefnagels, z.j.).

'Vroeger waren de bedden het belangrijkste, het ging erom dat je als geriater genoeg bedden tot je beschikking had. Dat is tegenwoordig minder belangrijk, omdat er meer poliklinisch kan worden gedaan. In de dagpoli's kan een patiënt op één dag al het nodige onderzoek krijgen. Die omslag is eind jaren negentig gerealiseerd, voor die tijd waren er losse poli's. Dan werden mensen opgenomen om het onderzoek hanteerbaar te houden. In het Radboud ziekenhuis had ik rond 2000 een goed functionerende dagkliniek. De specialisten kwamen naar de dagbehandeling toe, de patiënt staat daar centraal, voor die tijd was dat iets nieuws. Maar bedden blijven natuurlijk nodig. Een academisch ziekenhuis heeft geen ander soort geriatrische patiënten dan een perifeer ziekenhuis, de behandeling van geriatrische patiënten is per definitie complex. Makkelijke geriatrische patiënten bestaan niet.'

ONDERZOEK

'In een academisch ziekenhuis is onderzoek één van de drie taken naast patiëntenzorg en onderwijs. In Nijmegen kregen we in 1993 een NESTOR subsidie waarmee we aanvankelijk drie en later vier onderzoeksthema's konden opzetten' (zie kader). Het NESTOR-programma is succesvol geweest, er zijn vier promoties en dertig publicaties uit voortgekomen. Een belangrijk criterium van het programma was de structurele inbedding (verankering) van het verouderingsonderzoek aan de universiteiten, dat is in Nijmegen gelukt. Het onderzoek van Hein van Hout (van Hout, 1999) naar de diagnostiek van dementie in de eerste en tweede lijn was een belangrijke bijdrage aan de Geheugenpolikliniek en de oprichting van het Alzheimercentrum Nijmegen. Het promotieonderzoek van ergotherapeute Maud Graff naar het effect van ergotherapie op het functioneren van dementerende ouderen (Graff, 2008), berust voor een belangrijk deel op het werk van Van Hout. Het onderzoek van Dieneke van Asselt (van Asselt, 2001) leidde tot een jaren durende vruchtbare samenwerking met de vakgroep Voeding van de Wageningse universiteit op het terrein van Voeding van de Oudere Mens, waaruit drie promotieprojecten zijn voortgekomen. Het onderzoek van Dave van Kraaij (van Kraaij, 1999) droeg bij aan de succesvolle onderzoekslijn van René Jansen, 'Hypotensieve syndromen bij ouderen' (Jansen, 1989), dat ook weer drie proefschriften heeft opgeleverd. Bovendien kreeg René Jansen subsidie waarmee hij gedurende twee jaar een academisch geriatrieprogramma aan de Harvard Medical School (Boston, USA) kon volgen. Vóór Jansen vertrok had hij van de faculteit de toezegging dat hij na terugkomst in Nederland een

vaste aanstelling als stafid van de afdeling Geriatrie zou krijgen, hij heeft van 1994 tot 2007 als klinisch geriater in het Radboud gewerkt. Tenslotte kreeg de afdeling in 1997 een nwo-subsidie (fl. 250.000,-) voor het onderzoek 'Clinical significance of orthostatic and postprandial hypotension in geriatric patients.'

'Terugkijkend kan ik zeggen dat we toen goede keuzes hebben gemaakt voor het onderzoek. Het was niet eenvoudig om onderzoeksthema's te kiezen, er was nog niets, dus welke kant zouden we opgaan. Het onderzoek naar de bloeddrukregulatie dat René Jansen heeft opgezet, loopt nog steeds, dat is nu het onderzoek van Jurgen Claassen (Claassen, 2008). En het onderzoek naar Alzheimer, dat is niet populair bij andere specialismen, maar het is een hoeksteen van de geriatrie en in Nijmegen een speerpunt van onderzoek geworden. Aan geen enkele universiteit bestaat momenteel zo'n degelijk academisch fundament voor de klinische geriatrie als in Nijmegen.'

HET NEDERLANDS STIMULERINGSPROGRAMMA OUDERENONDERZOEK (NESTOR)

De Nederlandse overheid (de ministeries van wvc en oc&w) initieerde in 1989 het stimuleringsprogramma NESTOR (fl. 15.000.000,-) met het doel om aan de Nederlandse universiteiten het wetenschappelijk onderzoek naar veroudering een vaste basis te verschaffen. De opdracht van de overheid aan NESTOR was om de vooruitzichten op een verankering van het wetenschappelijk onderzoek zwaar te laten wegen bij de toekenning van programmasubsidies. Het beschikbaar stellen van facultaire onderzoeksplaatsen en het verwerven van aanvullende subsidies waren daarom belangrijke voorwaarden voor het verkrijgen van een NESTOR-subsidie. Via een top-down benadering had de stuurgroep van NESTOR zeven programma's geselecteerd. Een daarvan was het stimuleringsprogramma 'Klinische Geriatrie' (fl. 1.250.000,-) waarvoor Nijmegen werd uitgekozen. Er kwamen zes mogelijke projecten ter tafel: Farmaco-epidemiologie, Vitamine c-deficiëntie, Vitamine B12-deficiëntie, Dehydratie, Delirium en Spectraalanalyse van de hartfrequentie-variabiliteit. Op 13 september 1993 werd van NESTOR een definitieve goedkeuring verkregen voor de uitvoering van het onderzoeksprogramma 'The Nijmegen Programme on Geriatric Clinical Pharmacology'. Drie projecten konden starten: 'Vitamine B12-deficiëntie bij ouderen' door Dineke van Asselt met een klinisch onderzoek naar oorzaak, diagnose en behandeling van de frequent voorkomende lage plasmaspiegels van vitamine B12 bij ouderen; 'Dehydratie bij ouderen' door Marcel Olde Rikkert dat primair was gericht op de diagnostiek van uitdroging; en 'Diuretica bij ouderen' door

Dave van Kraaij, een pharmaco-epidemiologisch onderzoek naar het gebruik van plasmiddelen.

De faculteit stelde een aioplaats beschikbaar voor een vierde project: 'Diagnostiek van dementie in de eerste en tweede lijn' door Hein van Hout. Dit project zou later een belangrijk vervolg krijgen in de oprichting van het Alzheimer Centrum Nijmegen.

Marcel Olde Rikkert presenteerde in zijn proefschrift een zeer brede verkenning op het verrichten van onderzoek in de klinische geriatrie (Olde Rikkert, 1998). Met de bezetting van de profileringleerstoel in 2003, vijf jaar na zijn promotie en de kernleerstoel geriatrie in 2009, heeft hij het definitieve bewijs geleverd, dat het 'verankeringsbeleid' van NESTOR vrucht heeft gedragen.

SAMENWERKING

'Met de Vereniging voor Gerontologie hadden we geen relatie, in Leiden deed de hoogleraar gerontologie Dick Knook fundamenteel onderzoek naar veroudering, dat was iets anders dan waarmee wij bezig waren. Er waren destijds wel gemeenschappelijke vergaderingen en tegenwoordig komen op de Geriatriedagen gerontologische onderwerpen aan de orde.

We waren vooral bezig met de interne samenwerking in het ziekenhuis. Relaties met andere afdelingen zijn voor ons geen probleem geweest, dat lag in andere ziekenhuizen wel eens anders, daar was dan sprake van rivaliteit tussen internisten en klinisch geriateren. Van de hoogleraar interne geneeskunde, prof. dr. A. (Ab) van 't Laar, kregen we alle medewerking. Het was echter vooral prof. dr. J.M.A. Munnichs die zich in de universiteit liet horen, hij was enorm gepassioneerd. Hij heeft zich zeer ingespannen om klinische geriatrie van de grond te krijgen naast zijn eigen instituut voor sociale gerontologie. Zo iemand heb je nodig. Geriatrie paste ook wel binnen een katholieke instelling, die kon zich hiermee profileren. Dat neemt niet weg dat verpleeghuisarts prof. J.J.M. Michels helemaal niet voor een afdeling klinische geriatrie was. Behalve Van 't Laar en Munnichs moet ik Nolet en Gribnau noemen als de trekkers in Nijmegen. H.A. (Hans) Nolet was directeur patiëntenzorg en F.W.J. (Frank) Gribnau (1938-2012) was hoogleraar klinische farmacologie en lid van de Raad van Bestuur van het St Radboudziekenhuis. Nolet en Gribnau hadden zich al sinds 1985 sterk gemaakt voor de oprichting van een afdeling Geriatrie in het ziekenhuis. Gribnau werd samen met mij programmaleider van het NESTOR programma.'



Abstracts Symposium
Nijmegen (1998).

OPLEIDING

'In de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie maakte ik deel uit van verschillende commissies en was ik onder meer betrokken bij het opstellen van criteria voor de opleiding. In Nijmegen had geriatrie inbreng in de onderwijsblokken van het vierde studiejaar. De colleges werden verzorgd door René Jansen, Marcel Olde Rikkert en mijzelf, en ook door bijvoorbeeld de ergotherapeut en de ouderensychiater. Aanvankelijk hadden niet alle coassistenten de mogelijkheid om een coschap geriatrie te volgen. We zijn erin geslaagd om een vast coschap van twee weken op te zetten dat de coassistenten óf op een afdeling Geriatrie van een ziekenhuis óf in een verpleeghuis volgen. Er is dan een verplichte terugkomdag waar de coassistent een patiëntencasus presenteert.

Vanaf 1983 tot 2006 zat ik in de commissie voor de organisatie van nascholingscursussen. Voor huisartsen was er de cursus 'De bejaarde patiënt', die werd altijd goed bezocht.'

Na zijn pensionering heeft Willibrord Hoefnagels meegewerkt aan het boek *Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie: een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek* (Olde Rikkert et al., 2008, 2e druk 2012), een zeer succesvol handboek waarvan inmiddels een derde druk op stapel staat. Dit is een van de weinige Nederlandstalige leerboeken op het gebied van de geriatrie.

BIJDRAGEN VAN DE KLINISCHE GERIATRIE

In zijn afscheidsrede schrijft Willibrord Hoefnagels dat hij aan de klinische hoogleraren van het UMC St Radboud heeft gevraagd wat de geneeskunde in twintig jaar heeft bijgedragen aan diagnostiek en behandeling van oude patiënten. Uit de antwoorden komt naar voren dat leeftijdsdiscriminatie is verdwenen, bij de keuze van behandeling speelt de leeftijd geen doorslaggevende rol. Kwaliteit van leven is een nieuwe doelstelling waaraan gewerkt wordt door in-

terdisciplinaire teams, in gespecialiseerde poliklinieken, met dagbehandeling en andere aangepaste zorgsystemen. 'Ik constateer dat, vergeleken met twintig jaar geleden de oudere patiënt steeds verder naar het centrum van de medische behandeling is opgerukt.' Hoefnagels ziet daar ook nadelen van. Immers na een eerdere succesvolle behandeling melden patiënten zich op hoge leeftijd alsnog bij de geriater 'met hartfalen, dementie en terminale nierinsufficiëntie'; hij noemt dat de 'kwetsbare overlevers' (Hoefnagels, 2006, p. 14).

DE TOEKOMST VAN DE KLINISCHE GERIATRIE

Hij gaat in zijn afscheidsrede ook in op de toekomst van de klinische geriatrie. Hij schrijft: 'Thans heeft het specialisme klinische geriatrie zijn missie-ringstaak volbracht. Het wordt tijd om terug te keren naar de interne geneeskunde om verder te gaan onder de naam ouderengeneeskunde, met behoud van alle verworvenheden van 25 jaar klinische geriatrie. Alleen door de krachten te bundelen zal het mogelijk zijn de vloedgolf aan patiënten op te vangen, het wetenschappelijk onderzoek de nodige impulsen te geven en het aantal medisch specialisten in de ouderenzorg op peil te brengen' (p. 14-15). Er was in 2006 sprake van samengaan van de NVKG met de NIV, een proces dat niet is gerealiseerd (zie verder *Klinische Geriatrie - Geschiedenis van een specialisme*, p. 129 e.v.). Hoefnagels was positief over de op handen zijnde integratie: 'Persoonlijk geeft het mij grote voldoening dat het reïntegratieproces nu gaande is', schreef hij in 2006 (p. 15).

Hoe kijkt hij daar nu tegenaan? Daar gaat hij niet op in. Voor de huidige ontwikkelingen verwijst hij naar Marcel Olde Rikkert. Hij kijkt met voldoening terug op wat er in Nijmegen tot stand is gekomen, naast Nijmegen is alleen de Utrechtse universiteit in staat geweest om de klinische geriatrie een vaste basis te geven. Die gaat niet zo gauw weer weg.

LITERATUUR

- Asselt DZB van (2001). Clinical aspects of vitamin B12 deficiency in older persons. Proefschrift KU Nijmegen.
- Claassen JAHR (2008). Cerebral hemodynamics in aging: the interplay between blood pressure, cerebral perfusion, and dementia. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
- Graff MJL (2008). Effectiveness and efficiency of community based occupational therapy for older people with dementia and their caregivers. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen
- Hoefnagels WHL (1981). Clinical and pathological aspects of primary aldosteronism. Proefschrift KU Nijmegen.

- Hoefnagels WHL (1994). Zorgen aan de grens: een zaak van wikken en wegen . Inaugurele rede κU Nijmegen.
- Hoefnagels WHL (2006). Van oude mensen, de dingen die voorbijgaan ... Rede uitgesproken bij het aftreden als hoogleraar Klinische geriatrie aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud op vrijdag 29 september 2006. Nijmegen.
- Hoefnagels WHL (z.j.). Ongepubliceerd document.
- Hout HPJ van (1999). Diagnosing dementia: evaluation of the clinical practice of general practitioners and a memory clinic. Proefschrift κU Nijmegen.
- Jansen RWMM (1989). Meals and blood pressure in the elderly: experimental studies on postprandial blood pressure reduction. Proefschrift κU Nijmegen.
- Kraaij DJW van (1999). Diuretic use and withdrawal in elderly patients: opportunities for and effects of diuretic withdrawal in elderly patients with heart failure. Proefschrift κU Nijmegen.
- Olde Rikkert MGM (1998). Methodologische en ethische aspecten van wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie: een verkenning vanuit onderzoek naar monitoring van de vochtbalans. Proefschrift κU Nijmegen.
- Olde Rikkert MGM, et al. (red.) (2008). Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie: een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek. Utrecht: De Tijdstroom (2e druk 2012).

KLINISCHE GERIATRIE IN HET RADBOUDUMC NIJMEGEN – HET VERVOLG: MARCEL OLDE RIKKERT



In het Radboudumc in Nijmegen is de afdeling Geriatrie gehuisvest op de tweede verdieping van het 'Neurologie gebouw'. Daar ontmoeten Elly Bruijns en Annemarie de Knecht-van Eekelen op 28 mei 2014 hoogleraar Geriatrie prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert na zijn werkdag in het ziekenhuis. Toen wij met Marcel Olde Rikkert de afspraak voor het interview maakten, gaf hij aan dat hij niet zo veel behoefte heeft om over het verleden te praten, voor hem is heden en toekomst van de geriatrie interessanter. Het is ook niet onze bedoeling om met hem de geschiedenis van de geriatrie door te nemen, maar wij willen wel horen hoe de positie van de klinische geriatrie in Nijmegen nu is en hoe hij aankijkt tegen een aantal recente ontwikkelingen.

MARCEL OLDE RIKKERT

Prof. dr. M.G.M. (Marcel) Olde Rikkert (*1962) promoveerde in 1998 in Nijmegen op het proefschrift *Methodologische en ethische aspecten van wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie: een verkenning vanuit onderzoek naar monitoring van de vochtbalans*. Zijn promotor was prof. dr. W.H.L. Hoefnagels. Olde Rikkert werd in 2003 in Nijmegen benoemd op een profileringleerstoel als hoogleraar 'Ontwikkeling en Onderzoek in de Geriatrie'. Op 19 mei 2004 sprak hij zijn inaugurele rede uit getiteld 'Ontwikkeling en onderzoek in de geriatrie. Quelques modes de traverser le mur de fragilité'. Na het afscheid van Hoefnagels bezet hij sinds 2009 de kernleerstoel Geriatrie.

In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van start gegaan waarbij Marcel Olde Rikkert was betrokken. Uit het publieksverslag van het NPO, 'De opbrengst van 5 jaar NPO (2013)', blijkt dat althans binnen het NPO vooral aandacht was voor 'care'.

Onze eerste vraag is dan ook: In hoeverre zijn programma's voor ouderen gericht op 'care' en niet op 'cure'?

De positie van 'cure' zou versterkt moeten worden en meer een eigen gezicht krijgen. Er zijn nu wel meer artsen in opleiding tot geriater, maar het aantal leerstoelen is nog niet zo groot. Wat dat betreft moet er nog veel worden gerealiseerd. Als we kijken naar de kracht en de positie van de geriatrie dan is het geringe aantal leerstoelen een veel aangehaald thema. Maar het belang van leerstoelen kan overschat worden. Een goede behandeling van ouderen staat en valt niet met het aantal leerstoelen.

Zeker is het dat 'cure' onderbelicht is, dat komt doordat binnen de ouderenzorg veel belangstelling is voor 'care' en daarin gaat het meeste geld om, in Nederland is 'care' relatief duur.

In het Radboud richten we ons meer op de verbinding van zorg en welzijn waarbij klinische geriatrie zich richt op de medische aspecten. In de eerste lijn is tegenwoordig meer aandacht voor geriatrie en dan in samenhang met andere dimensies zoals welzijn en wonen. De afstand tussen huisarts en geriater wordt kleiner, de huisarts is wel genegen om klinisch geriater bij de behandeling van ouderen te betrekken. Sinds vijf jaar is er voor de eerste lijn, de huisartsen, een kaderopleiding ouderengeneeskunde in Leiden. Het is wel zo dat daarin meer input is van specialisten ouderengeneeskunde vanuit hun specifieke transmurale vaardigheden dan van klinisch geriater. In het ziekenhuis is echter de laatste 5-10 jaar bij medisch specialisten duidelijk meer interesse ontstaan om samen met geriater projecten op te zetten. Dat gebeurt ondanks het feit dat er niet zo veel leerstoelen zijn.

Samenwerken en netwerken opzetten was toch ook een eis van het Nationaal Programma Ouderenzorg?

Het NPO heeft amper iets gedaan in ziekenhuizen, er zijn maar een paar projecten opgezet. De samenwerking met cardiologie en orthopedie, zoals die nu vorm krijgt, heeft niets met het NPO te maken. Bijvoorbeeld in Almelo is in een niet-academisch ziekenhuis succesvolle samenwerking met orthopeden ontwikkeld door geïnteresseerde mensen, die samenwerking is opgezet vanaf de werkvloer, vanaf de basis.

Er zijn steeds meer ouderen die een heup breken, daarmee wordt de orthopeed geconfronteerd en hij erkent dat hij niet de expertise heeft die de geriater wel heeft. Hetzelfde is het geval met cardiologen die nieuwe aortakleppen kunnen plaatsen bij ouderen waardoor een nieuw werkveld ontstaat met oudere patiënten met een aortastenose. Voor de cardioloog is dan de vraag 'wie moeten we nu wel en wie niet opereren?', daarbij roept hij de hulp in van de klinisch geriater.

Rond een aantal thema's zien specialisten de noodzaak tot samenwerken, dat

beseft maakt dat zij nu meer een gesprekspartner zijn dan zeg vijf jaar geleden. Dat is niet typisch voor academische ziekenhuizen, ook in niet-academische ziekenhuizen zie je deze brede ontwikkeling. Klinische geriatrie wordt ook erkend zonder leerstoelen, want vanuit het veld is er een sterk draagvlak.

Wat kun je zeggen over wetenschappelijk onderzoek? Onderzoek aan ouderen is moeilijk, is dat internationaal ook een punt?

In wetenschappelijke zin staat de geriatrie niet zo stevig, maar datzelfde geldt voor de algemene interne geneeskunde. Het impliciet waardeoordeel hangt dus af van de vergelijking. Er zijn niet zoveel echte klinici die de 'science' op topniveau kunnen oppakken en kunnen combineren met klinische taken. In Nederland doen wij het echter vanuit internationaal perspectief zeker niet slecht. Je hoort vaak dat onderzoek in klinische geriatrie niets voorstelt, maar dat is onzin. Kijk eens naar de neurochirurgie, daarin vindt amper wetenschappelijk onderzoek plaats, maar toch heeft neurochirurgie veel status. Klinisch geriaters moeten compensatie zoeken om hun status te versterken en zich geen imago aanmeten van 'er gebeurt niets wetenschappelijks'.

Onderzoek aan ouderen is moeilijk, omdat het kwetsbare mensen zijn. Een praktische drempel is bijvoorbeeld dat zij zich moeilijk verplaatsen, je moet dan naar mensen thuis gaan. Maar heel belangrijk is het ziekte-eigenaarschap. De klinisch geriaters heeft niet te maken met één ziek orgaan of één ziekte. De cardioloog heeft het hart en de hartziekten, dat is duidelijk als je daaraan geholpen moet worden. De neuroloog heeft het zenuwstelsel en rekent daar ook Alzheimer bij. De klinisch geriaters is een generalist en dat geeft problemen in die zin dat veel subsidies gebonden zijn aan één ziekte, dat tijdschriften ziekte georiënteerd zijn en ga zo maar verder. Dit zet de klinische geriatrie relatief op achterstand en dat speelt door in de status van de klinische geriatrie.

Kwetsbaarheid is een eenheid, kan dat een onderzoeksgebied zijn?

Ja, onderzoek naar geriatrische syndromen, zoals kwetsbaarheid, is in opkomst. Geleidelijk komen er meer publicaties in de toptijdschriften, maar dat is nog mondjesmaat. In het buitenland is het niet anders, Nederland doet het zeker niet slecht, wij horen bij de top vijf in Europa. Gemiddeld zijn wij beter dan geriaters in de vs, maar daar zijn een paar toppers die het beeld bepalen, bijvoorbeeld van Harvard.

Je bent op bezoek geweest bij collega's in Indianapolis, hoe kwam je daar terecht, kende je daar iemand?¹

Ja, Christopher Callahan, hij was toen 'program director' van het Center of Aging

¹ <http://www.marcelolderikkert.nl/94614643>

Research/Regenstrief Institute, een interessant wetenschappelijk instituut. Ik wilde mijn sabbatical invullen met een bezoek aan de vs. Een beetje meekijken, meedoen en *sparren* met collega's. Ik ben ook bij Stephanie Studenski geweest, zij is hier gasthoogleraar geweest en zit nu in Pittsburgh, en ik was in Dartmouth en New York. Ik ben een maand of drie weggeweest.

Heb je iets gezien dat we hier ook kunnen doen, iets nieuws?

Er zijn wel mensen die ideeën hebben waarmee wij ons voordeel kunnen doen. Er gaat ook nog iemand van ons team naar Indianapolis voor onderzoek naar dementie. Wat ze daar willen doen, lijkt heel erg op hoe wij bezig zijn: integrale dementiezorg die eerste en tweede lijn verbindt, daarop zijn kruisbestuiving, parallellen en innovatie mogelijk. Samenwerking is de sleutel tot vooruitgang op wetenschappelijk terrein.

In het Mount Sinai Hospital in New York hebben we contacten die willen meedoen met de verspreiding van het 'serious game' dat wij hebben gemaakt, dat gaan we Engelstalig inrichten. Rosanne M. Leipzig MD, zij is professor Geriatrics and Palliative Medicine, is 'onderwijs minded', en een heel goede en nuttige netwerkrelatie. Juist toen ik daarheen ging, stond er in de *Annals of Internal Medicine* een stuk dat geriatrie op sterven na dood zou zijn (Golden et al., 2012). Leipzig heeft een pittig antwoord op dat stuk geschreven (Leipzig et al., 2012).

We denken hier dat we wel eens tegenwind hebben, maar dat is niets vergeleken met de storm daar. Er is een internationale discussie over de zorg voor ouderen. De vraag of je daarvoor een aparte discipline nodig hebt, is ook internationaal een worsteling. De vergrijzing speelt in de hele westerse wereld en de problemen in de vs zijn groter, alles is daar groter. In een aantal opzichten zijn ze in de vs uitstekend in staat om de schaal te vergroten en om onderzoeksmiddelen te verkrijgen, maar de kwaliteit van de zorg in de vs is veel minder dan bij ons. Die voorbeelden voor geriatrie moeten we niet uit de vs halen, die zorg is er duurder en slechter.

In 2002 schreef je dat herbezinning op de opleiding klinische geriatrie nodig is (Olde Rikkert et al., 2002). Hoe staat het nu met de opleiding?

De opleiding is in belangrijke mate herzien. Een grote groep heeft sinds 2008 hard gewerkt aan de opleiding. Volgens het opleidingsplan 2010 wordt competentiegericht opgeleid, met onderdelen als professionaliteit, organisatie, samenwerking, wetenschap. In Nijmegen hebben wij er voortvarend aan gewerkt, als een van de eersten hadden wij het opleidingsplan klaar. Het heeft nogal wat gevolgen: aios moeten hun competentie vaststellen, er zijn meer toetsen; in oktober worden de landelijke kennistoetsen ingevoerd, nadat eerst een digitaal portfolio is ingericht, alles tezamen een forse professionaliseringsslag. De landelijke voortgangstoetsen voor artsen zijn ontwikkeld aan de Universiteit



Klinische geriatrie in Nijmegen (2013).

Maastricht en vervolgens heeft ieder specialisme een eigen kennistoets ontwikkeld. De geriatrie kon en mocht dus niet achterblijven. Je kunt er een heel ingewikkelde exercitie van maken door het tot een beoordelende toets te verheffen waarvoor aiOS kunnen slagen of zakken. Wij willen de kennistoets echter inzetten als opleidingsinstrument, als leeractiviteit en niet als beoordelingsinstrument. Je kunt ze niet uiteindelijk op de kennistoets laten struikelen, dan haal je je een groot (juridisch) probleem op de hals, maar een toets draagt wel bij aan de kwaliteit van de opleiding.

De grote uitdaging is echter een andere, namelijk wie selecteren we voor de opleiding (aan de voordeur). Klinische geriatrie is geen favoriete keuze, het vak is niet populair, al zijn er wel voldoende kandidaten. De aard van de kandidaten is een probleem, er is te weinig spreiding van de mensen die in opleiding gaan. Zo ontstaat er een archetype van de specialist die geriater wordt: dat is een dame die heel begaan is met oude mensen, die tamelijk perfectionistisch is, die belangstelling heeft voor de praktische beroepsuitoefening en minder voor de wetenschappelijke verdieping. Op zich zijn dat zeker goede collegae, maar de groep is te weinig pluriform. Ik zie te weinig anderen, ook mannen, en mensen die aan innovatie willen doen, die in een academisch ziekenhuis willen werken.

Je bent afhankelijk van de mensen die je binnenhaalt, dat is wat mij betreft belangrijker dan een leerstoel. Die volgt vanzelf als je toptalent trekt. Er is wel enige wisselwerking tussen de hoogleraar en de studenten/aiOS, je moet rolmodellen hebben anders is het ook voor talenten niet duidelijk waar ze naar toe kunnen.

Het speelt overigens in het hele cohort van geneeskundestudenten, 80% van

de medisch studenten hier is vrouw. Dat ligt deels aan de selectie. De Radboud heeft door de decentrale toetsing geselecteerd op perfecte voorbereiding van de decentrale toets, op studenten met de beste cijfers, maar dat worden niet per definitie de goede artsen. Je selecteert op die leeftijd vooral meisjes die netjes en precies werken, die hebben veel betere cijfers dan de jongens die een andere leerstijl ontwikkelen.

Het is een algemeen probleem in onderwijs en gezondheidszorg, het is niet goed als vakken te veel feminiseren. Je mist een complementaire aanpak die heel nuttig is. Dit is nu een onderwerp waaraan de vereniging, het vakgebied, aandacht moet geven, 'hoe sterk sta je in de samenstelling van je beroepspotentieel'.

Een ander thema. Het begrip kwetsbaarheid wordt in oudere literatuur weinig gebruikt, in jouw stukken lezen we het vanaf ca. 2000. Het begrip komt uit Engeland, hoe ben jij het gaan gebruiken?

Tja, er waren destijds wel Engelse publicaties in die richting. In gesprekken met Engelse collega's kwam dat bovendrijven, zoals met professor Ian Philp, hoogleraar aan het Sheffield Institute for Studies on Ageing; zij waren hun tijd vooruit. In de jaren negentig waren er nog veel gevestigde namen uit de geriatrie, 'the founding fathers', actief in Engeland, bijvoorbeeld John C. Brocklehurst (1924-2013), de schrijver van het standaardwerk 'Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology' (1973) dat inmiddels in 2010 als 'Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology' een zevende druk kent van 1192 pagina's.

Het operationaliseren van kwetsbaarheid bleek echter lastig, geen van de Engelsen heeft de slag gemaakt om er een leidend principe van te maken, dat is de Amerikanen en Canadezen wel gelukt, zij hebben veel *PR* weten te genereren. Zoals dr. Sharon K. Inouye, nu de Director of the Aging Brain Center at the Institute for Aging Research, Hebrew SeniorLife in Boston, Massachusetts, die werkte aan het fenotype *frailty* (Fried et al., 2001). De 'frailty index' die door Kenneth Rockwood in Canada (Rockwood et al., 2005) is ontwikkeld, wordt bijvoorbeeld veel gebruikt in Engelse ziekenhuizen. Het speelt wel in Engeland, recent schreef professor John Young - NHS England's Director for Integration and Frail Elderly Care - dat de looptest gebruikt kan worden als index voor kwetsbaarheid (Young, 2014).

In Nederland waren er vóór het NPO geen subsidies voor thema's in de ouderenzorg, het was moeilijk om er 'body' aan te geven, een instrumentarium op te zetten voor het aantonen van kwetsbaarheid. In Amsterdam heeft prof. dr. D.J.H. (Dorly) Deeg in de LASA-studie epidemiologisch onderzoek gedaan, maar zij heeft zelf geen klinisch bruikbaar instrument ontwikkeld.

Nu zijn er in Nederland te veel instrumenten, er zijn er wel vijf of zes die kwetsbaarheid willen meten. Daar had het NPO regie op moeten voeren, het was nut-

tig geweest om één gezamenlijk instrument te ontwikkelen. Er is dus wel veel aandacht voor kwetsbaarheid en het heeft nu zin om de heterogeniteit onder ouderen meer inhoud te geven. De vervolgvraag is: 'Gaat het alleen om het nieuwe labeltje of geef je er ook inhoud aan, kan je er iets mee?'.

In je oratie noem je het Kenniscentrum Geriatrie van het UMC St Radboud, bestaat dat nog?

Nee, dat bestaat niet meer, maar het onderzoek is natuurlijk wel gewoon doorgegaan. Het had te maken met de leerstoel in de overgangperiode dat Hoefnagels nog de kernleerstoel bezette. Daardoor werd mijn leerstoel aanvankelijk een profileringleerstoel met ontwikkeling van de geriatrie in wetenschappelijke zin als aandachtsgebied en daar hoorde het Kenniscentrum bij. Dat werd anders toen Hoefnagels wegging. Ik bezette toen de kernleerstoel, omdat ook onderwijs en patiëntenzorg weer meer aandacht vroegen. Bovendien leverde het een vastere basis op. Er is nu weer opnieuw behoefte aan een profileringleerstoel voor ons onderzoek. Om dat te realiseren moet je een plek krijgen in het leerstoelplan dat al voor de komende drie jaar is opgesteld. Maar er is geen vaste procedure voor, als er een toptalent langs komt, heb je bij wijze van spreken morgen een leerstoel. Het is sowieso een gevecht om in het leerstoelplan te komen, al helpt het wel als er een maatschappelijk belang is.

Voor het NPO ben je gevraagd om de opbrengst in kaart te brengen. Wat kan je zeggen van de resultaten van jullie eigen onderzoeksprojecten in het algemeen en van die in het NPO in het bijzonder?

We hebben de nodige interventies onderzocht die meerwaarde voor de kwetsbare patiëntengroep hebben opgeleverd (bijvoorbeeld ergotherapie bij dementie), maar er zijn geen kaskrakers die op korte termijn meteen kosten besparen. Dat was de NPO vraag 'zorgt een nieuwe zorginterventie voor kostenreductie?' (NPO, 2013). Het is echter een onmogelijke opdracht om in een korte periode meerwaarde te realiseren, maar het was de politieke opdracht om electoraal te scoren. Het ministerie van vws had na vier jaar nog steeds het idee dat er winst te behalen moest zijn, maar geen enkel project kan op zo'n termijn laten zien dat er doelmatigheidswinst is. Dat is politiek geen aantrekkelijke boodschap, maar wel de realiteit.

Komt er een vervolg op het NPO?

Er is een klein NPO vervolg dat is gericht op implementatie in het veld. NPO wil graag dat het een succes wordt met uitrol over Nederland. Er zijn nu drie instituten ingehuurd om te helpen aan de uitrol. Dat geeft veel bureaucratie en het is omslachtig, zoals de inrichting van een website die vooral indirect contact geeft, terwijl je implementatie direct bij en samen met je partners moet zien te realise-

ren, je moet mensen elders op weg helpen, laten zien wat werkt en wat niet, dat is de puzzel.

Was klinische geriatrie een onderdeel van het NPO? Had de NVKG meer moeten doen om een plaats in het programma te krijgen?

Voor de klinische geriatrie in Nederland als discipline heeft het NPO niet zoveel betekend, de geriatrie heeft zich bij de opzet van het programma niet krachtig gemanifesteerd. Dat heeft te maken met hoe de umc's kansen zagen en mensen strategisch hebben ingezet om geld binnen te halen. Behalve in Nijmegen heeft de klinische geriatrie geen heel sterke poot in de umc's. Er zijn toen wat mensen gearachuteerd in het NPO die weinig met ouderen te doen hadden. In de loop van het programma zijn klinisch geriateren in sommige netwerken zo half gevraagd om mee te doen, maar die hadden geen zin om daarin te investeren als ze niet zelf aan het stuur zaten.

Voor de NVKG was er strategisch wel winst te halen geweest, als ze hadden onderkend wat het belang is van het NPO. Het is echter moeilijk om in de veelheid van dingen die een vereniging op het bord krijgt, actie te nemen, het zijn in feite allemaal vrijwilligers. Nu zie je dat de NVKG veel ambities heeft, maar geen scherpe keuzes maakt. Mijn advies zou zijn: maak het je makkelijker en focus op haalbare resultaten van het hoogste strategische belang, de veelheid van de ambities is niet te realiseren.

Heeft de discussie over de zorgkosten een negatief effect op innovatie?

De kanteling in de zorg is een rukwind aan het worden voor veel van de NPO netwerken en zorginstellingen: een paar goede blijven innovatief, maar vele aanbieders maken zich vooral zorgen over de (soms 25% grote) korting die ze opgelegd krijgen en hoe ze die overleven. Die gaan meer naar binnen kijken in plaats van met de netwerkpartners een gezamenlijke taal te ontwikkelen en innovaties te onderzoeken ten bate van kwetsbare ouderen.



De Nijmeegse 'Geriatric Giants': Marcel Olde Rikkert (midden voor), naast hem Willibrord Hoefnagels.

Waarmee zal je de komende tijd bezig zijn?

Zeker met kwetsbaarheid en met competentiegericht innovatief onderwijs. De uitdagingen zijn om te vinden wat de relevantie is voor geriatrie op die verschillende domeinen. Klinische geriatrie moet strategisch en slim samenwerken. Wie zijn betrouwbare partners om strategisch mee samen te werken, daar probeer ik hier in het Radboudumc vooral op te varen, maar dat kan elders niet-academisch ook. Ik noemde al orthopedie en cardiologie, en in het onderwijs werken we veel samen met chirurgie. Hier in het Radboud is de hoogleraar chirurgie overtuigd van het nut van samenwerking met ons, bijvoorbeeld bij complexe pancreaschirurgie en uitgebreide dikkedarmoperaties bij ouderen. Met elkaar de beste mensen hiervoor selecteren en deze zo goed mogelijk door de operatie loodsen, is een gezamenlijke missie. We organiseren ook voorlichting aan studenten samen met chirurgie, dat geeft meer kans om de boodschap integraal te brengen. Er is nog zoveel te winnen in partnerschap, je kunt kwetsbaarheid inbrengen in zoveel verschillende klinische thema's.

Het zijn vooral technische vakken met wie je makkelijk samenwerkt. Hoe zit het met de beschouwende vakken waar de interventies minder een rol spelen zoals de interne geneeskunde?

Voor vakken als chirurgie zijn wij geen concurrenten, zij staan meer open voor samenwerking en toegevoegde waarde is makkelijker te realiseren. Samenwerking met anderen is ook te organiseren bijvoorbeeld met psychiatrie. Daar zijn mensen wel geïnteresseerd, maar psychiatrie heeft het landelijk moeilijk. De interne geneeskunde denkt vaak vanuit een concurrentiemodel en meent gemiddeld nog steeds vaak dat er niet of nauwelijks meerwaarde is van geriatrie. Ze kunnen hetzelfde, maar dan veel beter in eigen ogen, de vele goede collegae niet te na gesproken. Dat dachten ze vroeger en dat is niet veranderd, het idee wordt zelfs sterker. Je zit te veel op dezelfde markt, het gaat om belangen. De interne heeft nu een sterke sectie ouderengeneeskunde.

Hier in het Radboud speelt dit echter gelukkig niet, wij zijn hier al langere tijd gevestigd en timmeren stevig aan de weg. Bovendien zijn de internisten hier wars van marktdenken. Het verschil tussen internisten en klinisch gerieters hoeft niet zo groot te zijn. Het gaat erom dat je meer naar mensen moet willen kijken. Sommige specialisten, zoals nefrologen, denken nog steeds dat ze ouderen wel integraal zelf kunnen behandelen. Maar zij stellen niet de vraag 'zou je wel echt starten met dialyse', zij zitten nog in de sfeer van 'wij zijn er om levens te redden', wat je noemt 'de behandelstand'.

Hoe zal de oudere patiënt gaan veranderen, wat betreft mondigheid als participerende patiënt?

De huidige generatie ouderen is niet opgegroeid als gelijkwaardige gespreks-

partner. Dat verandert in de toekomst. Het wordt spannender de komende 20-30 jaar, omdat de heterogeniteit toeneemt. Er komen aan de ene kant meer beter opgeleide en mondige ouderen die hebben nagedacht over hun laatste levensfase, maar aan de andere kant blijft er een grote groep die niet zo hoog is opgeleid, mensen die lijden aan chronische ziekten, die veel zorg nodig hebben en niet zo gemakkelijk in die zorg participeren.

Nu is er nog sprake van een voorhoede, een klein groepje dat autonomie grijpt, maar die groep wordt snel groter. De uitdaging is om bij de start van het patiëntencontact te beginnen met 'fine tuning', dus niet zomaar beginnen met je vragenlijst of orgaangerichte anamnese, maar eerst luisteren naar de oudere zelf. De geriatrie wil vaak vooral dat assessment doen, de klinimetrische schalen invullen. Maar echt luisteren is belangrijker: wie is die oudere en wat wil hij of zij? Misschien wil die oudere wel niet meer zoveel zorg en vooral veel welzijn. Ook de klinisch geriatr moet niet automatisch in de behandelstand gaan staan. Je moet ruimte creëren om tot een passende behandeling te komen.

Vroeger was het de kunst te bepalen wat je nog wel en niet kon doen, in de zin van een hoogstpersoonlijke eigen inschatting. Nu kun je dat trainen, instrumenten gebruiken voor een grote universele uitdaging in de gezondheidszorg. Er zijn nieuwe instrumenten, bijvoorbeeld voor 'shared decision making', zoals een slim besliskundig ontwerp van Glyn Elwyn (Elwyn et al., 2003), maar dat verzandt al snel in doorgesloten protocoldenken. Voor veel oudere patiënten is dat allemaal al snel veel te ingewikkeld, terwijl de illusie ontstaat dat die patiënt alles goed begrepen heeft.

Eigenlijk zou je de eerste tien minuten van het patiëntencontact alleen moeten luisteren, de patiënt leren kennen, de relatie leggen, en vaststellen waar hij staat in de maatschappij en in zijn eigen levensverhaal. Maar dat is uiterst moeilijk voor jonge artsen.

Als je het verhaal van de patiënt niet kent, kun je niet beginnen met 'shared decision making', je weet zelfs niet welke techniek je kunt toepassen. Ja, er is nog een hoop te doen, maar gelukkig kunnen die vele jonge, gedreven klinisch geriaters nog veel werkende jaren mee.

LITERATUUR

- Elwyn G, et al. (2003). Fleeting glimpses: measuring shared decision making in primary care using the OPTION instrument. *Quality & Safety in Health Care*;12:93-9.
- Fried LP, et al. for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in Older Adults. Evidence for a Phenotype. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*;56 (3):M146-M157.
- Golden AG, et al. (2012). Is Geriatric Medicine Terminally Ill? *Ann Intern Med*;156(9):654-6.

- Leipzig RM, et al. (2012). Treating Our Societal Scotoma: The Case for Investing in Geriatrics, Our Nation's Future, and Our Patients. *Ann Intern Med*;156(9):657-9.
- NPO (2013). 'Pas op met snelle conclusies over zorginnovaties'. De opbrengst van 5 jaar NPO. 24-5.
- Olde Rikkert MGM (1998). Methodologische en ethische aspecten van wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie: een verkenning vanuit onderzoek naar monitoring van de vochtbalans. Proefschrift KU Nijmegen.
- Olde Rikkert MGM, Asselt DZB van, Kraaij DJW van, et al. (2002). Jong geleerd, oud gedaan. *MC*;57(30):1111-3.
- Olde Rikkert MGM (2004). Ontwikkeling en onderzoek in de geriatrie: quelques modes de traverser le mur de fragilité. Inaugurale rede Katholieke Universiteit Nijmegen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Olde Rikkert MGM, Flamaing J, Petrovic M, et al. (red.) (2008). Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie: een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek. Utrecht: De Tijdstroom. 2e druk 2012.
- Rockwood K, et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*;173(5):489-95.
- Young J (2014). We must recognise frailty as a long term condition. 7 May. <http://www.england.nhs.uk/2014/05/07/john-young/>.

VÓÓR ALLES EEN GOEDE DOKTER EN KLINISCH GERIATER VAN HET EERSTE UUR: COBI VAN NIEUWKERK

Dit stuk is geschreven door Elly Bruijns mede op basis van informatie van oud-assistenten van Cobi van Nieuwkerk - psychiater F.M. Bekker, klinisch geriater dr. P.A.F. Jansen en F.M.E. van Schendel - en van verpleegkundige J.C.E.M van Schendel-Derks. Zij zijn allen werkzaam geweest op de afdeling Geriatrie van 'Bloemendaal'. Marius van Nieuwkerk, broer van Cobi, heeft een aantal aanvullingen gegeven.

COBI VAN NIEUWKERK

J.F. (Cobi) van Nieuwkerk (*1938) is het oudste kind uit een tuindersgezin in het Westland. Na de mulo-opleiding begon zij in 1956 met de opleiding tot algemeen klinisch analiste. Toen startte zij ook met haar werkzaamheden in het laboratorium van het Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal, het huidige Parnassia, in Den Haag. Maar haar ambities reikten verder en zij ging in Den Haag de avondopleiding hbs-b volgen. Na het behalen van het Staatsexamen kon zij geneeskunde gaan studeren in Leiden. Tijdens haar coassistentenschappen (1967-1969) maakte zij kennis met de klinische geriatrie in Bloemendaal, dit vak stal haar hart. Zij studeerde in 1969 cum laude af.

Van 1975-1999 heeft zij in Bloemendaal gewerkt. In 1992 ontving zij een Koninklijke onderscheiding voor haar 'vele en baanbrekende werk'. Zij was de 'Prijswinnares 2000' van de Hilda van Suylenburg Prijs, een emancipatieprijs van de Gemeente Den Haag, 'vanwege haar inzet voor de positie van de oudere vrouw in de psychiatrie.' Deze jaarlijkse prijs was ingesteld in 1989 met als doel 'het onderscheiden van initiatieven die bijdragen aan de positieverbetering van oudere vrouwen in Den Haag';

er hoort een 'blijvend aandenken' bij en een geldbedragje. Het blad *Opzij* besteedde aandacht aan de prijswinnares.¹

De NVvG heeft Cobi van Nieuwkerk op 22 mei 1996 benoemd als erelid vanwege haar grote verdiensten voor de vereniging.

¹ http://www.emancipatie.nl/_documenten/ts/opzij/0101.htm

OPLEIDING TOT (KLINISCH) GERIATER

Op verzoek van bestuur en directie van 'Bloemendaal' en in overleg met de toenmalige Nederlandse Vereniging van Geriaters, begon Cobi van Nieuwkerk met de opleiding tot geriater. Deze opleiding leek in grote lijnen op de huidige opleiding tot klinisch geriater en bestond uit stages in de interne geneeskunde, psychiatrie/geriatrie, neurologie en tenslotte reactivering en revalidatie. De psychiatrie/geriatrie stage werd begeleid door C. (Christien) van Dijk, die toen al een aantal jaren in Bloemendaal werkte. Zij had eerder een vergelijkbaar traject doorlopen. S. (Sal) Braadbaart superviseerde de reactivering en revalidatie. Met deze opleiding was Cobi van Nieuwkerk de eerste klinisch geriater met een vooraf opgesteld opleidingsschema.

Vanaf 1975 tot het einde van haar carrière in 1999 is zij aanvankelijk als geriater, later (na de erkenning van klinische geriatrie als specialisme) als klinisch geriater werkzaam geweest op de afdeling Geriatrie van 'Bloemendaal'.

BLOEMENDAAL

Onder leiding van Christien van Dijk, die als enige in de instelling een uitgebreid jaarverslag maakte, ontstond een uitgebreid multidisciplinair team. De eerste jaren werkte Cobi van Nieuwkerk op de observatieafdeling, daarna kreeg zij de algehele leiding van het behandelblok psychogeriatrie, bestaande uit vier units met verschillende patiëntengroepen. Kort daarna werd ook de polikliniek gestart. De afdeling was toen al haar tijd vooruit. Aanvankelijk werd er weinig onderzoek gedaan, later werd dat meer. Er zijn weinig publicaties van haar hand verschenen, wel was zij regelmatig coauteur. In 1984 werd zij als klinisch geriater opleider voor het onderdeel psychogeriatrie. In dat jaar verscheen ook een publicatie waarin haar visie op de psychogeriatrie/ouderenpsychiatrie tot uiting komt (van Nieuwkerk, 1984). Hierin bleek haar voortrekkersrol. Overeenkomstig de geriatrie afdeling in het algemeen ziekenhuis (GAAZ) zag zij haar afdeling als een geriatrie afdeling in het psychiatrisch ziekenhuis (GAPZ).

De afdeling psychogeriatrie is in de loop van de jaren door Cobi van Nieuwkerk en haar staf verder ontwikkeld. De afdeling werd gemoderniseerd, evenals sommige behandelmethoden. Met de ambulante zorg (nu ambulante GGZ) ont-



Cobi van Nieuwkerk; midden Elly Bruijns, rechts Dick Sipsma (2002).

stonden vaste afspraken. De GGZ bracht geregeld een bezoek op de afdeling ten behoeve van de continuïteit van de patiëntenzorg. Cobi van Nieuwkerk zorgde voor een goede relatie met de manager van de afdeling. 'Je moet gearmd naar de brand' was de uitdrukking die zij voor een goede samenwerking gebruikte.

INTERNATIONALE CONTACTEN

Gedurende haar hele carrière ging zij regelmatig naar internationale congressen zoals die van de International Psychiatric Association (IPA) en van de International Association of Gerontology. Dit werd ook ruimhartig gefaciliteerd.

PERSOONLIJK

Cobi van Nieuwkerk kenmerkte zich door haar bevlogenheid en deskundigheid. Die verwachtte ze ook van anderen. Zij hield niet van loze dikdoenerij. Eén van haar uitspraken is veelzeggend: 'wat licht is komt altijd boven drijven'. Maar ook afspraken nakomen, hard werken, zonodig een ongezouten oordeel geven, witte jas aan, vrouwen geen lange broek.

Door haar arts-assistenten (nu aios), zij noemde ze 'mijn jongens en meiden', werd zij op handen gedragen. Met sommigen is nog steeds contact. Zij was een goede dokter met respect voor de patiënt en hun mantelzorgers, zij is een stimulerende leermeester geweest. Ze luisterde goed, want 'je kon van hen ook veel leren'. Bij het bespreken van een patiënt op papier leerde zij dat zo te doen, dat zij de patiënt als het ware voor zich zag.

Bij haar thuis was je welkom, om een verjaardag te vieren, te eten of te refere-

ren. Met veel gevoel voor humor bezag zij de situatie om zich heen. In haar 'jonge jaren' reed zij in een Triumph Spitfire, waar je 'bij het instappen een schoenlepel nodig had'. Met haar door Den Haag rijden was vaak 'nog sneller dan met een taxichauffeur'.

Ze wandelde graag en las heel veel. Zij ging met haar tijd mee, toen ze met pensioen was, is ze enige tijd gaan inline-skaten. Cobi van Nieuwkerk woont nog steeds in Den Haag. Helaas laat haar gezondheidstoestand het niet toe dat zij zelf herinneringen ophaalt over haar werk als klinisch geriater.

IN DE NVvG

Op 4 februari 1975 werd Cobi van Nieuwkerk als nieuw lid welkom geheten in de Algemene Ledenvergadering van de vereniging, die toen nog formeel de Nederlandse Vereniging van Geriaters heette. Zodra de klinische geriatrie als specialisme werd erkend, was zij natuurlijk betrokken bij de verdere vormgeving van het vak. In die tijd hoorden we regelmatig haar mening daarover in één woord, het is een 'vechtvak'. Hoewel zij geen functie in het bestuur van de NVvG heeft bekleed, was zij wel meerdere jaren één van de belangrijke en trouwe leden van de Werkgroep Klinische Geriatrie (WKG) en van de voorganger daarvan. Niet alle geriaters kozen dezelfde insteek voor de inrichting van het nieuwe specialisme, dus dat gaf discussie waarin Cobi van Nieuwkerk een belangrijke stem had. Met name de holistische visie op de behandeling van de geriatrische patiënt, waarin de psychogeriatricie een belangrijk aandeel had, moest verdedigd worden tegenover diegenen die een meer somatische insteek hadden. In de Haagse wandelgangen lobbyde zij voor de positie van de klinische geriatrie. Als een van de eerste opleiders werd zij samen met Elly Bruijns lid van het Concilium Geriatricum. Zij was enige tijd vertegenwoordiger bij de Specialisten Registratie Commissie (SRC). Toen er ook in andere psychiatrische ziekenhuizen opleidingsmogelijkheden voor het jaar psychogeriatricie gekomen waren, onderhield zij warme contacten met de andere collega's.

AFSCHIED

Bij haar afscheid in 1999 hield zij een lezing met de titel: 'Geriatrie en psychiatrie, hoe vonden zij elkaar en is het wat geworden?'. Hierin kijkt zij terug op de ontwikkelingen van de klinische geriatrie in het algemeen en in de psychogeriatricie in het bijzonder. Zij constateerde dat er in de tweede helft van de jaren tachtig een tweedeling binnen de psychiatrie was ontstaan waarin functionele stoornissen, de 'psychiatrie voor ouderen' en de organische beelden, de 'psychogeriatricie', van elkaar werden gescheiden. Voor de zorg voor psychogeriatricische patiënten zou in verpleeghuizen geen psychiater of geriater nodig zijn.

Weliswaar nam de aandacht voor psychogeriatric in de jaren negentig toe, maar tegelijkertijd werd er aan alle kanten bezuinigd. 'Het bezuinigt ook makkelijker in afdelingen waarvan patiënten zelf nooit op de barricade zullen gaan.' Daardoor werd het werk van de klinisch geriater in de psychiatrische instellingen niet aantrekkelijker: 'het werk is heel zwaar en het aanzien binnen het psychiatrisch ziekenhuis slecht.' Zij toonde zich niet optimistisch over de toekomst van de samenwerking tussen de psychiater en de klinisch geriater: 'en de patiënten zijn de dupe' (van Nieuwkerk, 1999).

LITERATUUR

Nieuwkerk JF van (1984). Contouren van een geriatrische afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis. *TGG*;15:25-33.

Nieuwkerk JF van (1999). Geriatric en psychiatrie: hoe vonden zij elkaar en is het wat geworden? Lezing gehouden tijdens het Symposium ter gelegenheid van het afscheid van mw. J.F. van Nieuwkerk, klinisch geriater. Veranderingen in de psychogeriatric, Den Haag, 19 november.

OVER GERIATRISCHE AFDELINGEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN: GEORGES GROUTARS



Op 5 maart 2014 spraken Elly Bruijns en Annemarie de Knecht-van Eekelen met klinisch geriater G.A.M. Groutars. In hotel Roermond, dat sterke gelijkenissen vertoont met hotel Juliana uit Joost Zwagermans 'Zes sterren', blikt Groutars terug op zijn werk in Vijverdal te Maastricht. Hij is één van de eerste geregistreerde klinisch geriateren die in de psychiatrie heeft gewerkt.

GEORGES GROUTARS

G.A.M. (Georges) Groutars (1937) studeerde geneeskunde aan de jonge medische faculteit van de KU in Nijmegen, hij studeerde af in 1966. Na een jaar in Kerkrade, waar hij zich oefende in de interne geneeskunde en verloskunde, vestigde hij zich als huisarts in Nuth. Daar vormde hij in 1967 de eerste maatschap in Limburg waarvan hij vijftien jaar lang deel uitmaakte. Maar op een gegeven moment begon hij uit te kijken naar wat anders.

In 1981 werd hij hoofd van een nieuw psychogeriatrisch team in Vijverdal te Maastricht. Daar heeft hij tot zijn pensionering gewerkt.

PSYCHOGERIATRIE

'Ik raakte uitgekeken op het werk als huisarts, ik zat een beetje op een dood punt. Ik ging meer dingen er naast doen om plezierig bezig te zijn. Het was te veel van hetzelfde.' Vijverdal, de inrichting voor psychiatrische patiënten in Maastricht, was in die tijd bezig om andere opnamevoorzieningen te treffen voor ouderen. Er was een *long-stay* afdeling voor ouderen in Vijverdal die aangepast moest worden en het verpleeghuis Klevarieberg zocht tijdelijk extra bedden voor de patiënten. Dat was een moment om een aparte opnameafdeling voor ouderen te creëren waar betere diagnostiek mogelijk zou zijn en meer op de patiënt gerichte hulp. Georges Groutars werd benaderd om hoofd van een nieuw

team te worden dat daar zou werken, als “geriater avant la lettre”, want geriatrie was nog geen erkend specialisme. Zo begon hij in 1981 met een gevarieerde groep medewerkers, onder wie een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werkende en gespecialiseerde verpleegkundigen. Zelf had hij voldoende ervaring met somatische klachten van ouderen, want in Nuth had hij de bewoners van een groot verzorgingshuis behandeld. Het was een uitdaging, en hoewel hij zich aanvankelijk afvroeg of dat was wat hij wilde, “voortdurend omgaan met ouderen”, bleek dat heel plezierig, mede door het werken in teamverband met de diverse andere disciplines.

VIJVERDAL

De opzet van het Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal in Maastricht was eind jaren zestig revolutionair. Voor het eerst in Nederland werd een psychiatrische kliniek in hoogbouw gerealiseerd. De ‘Sterflat’ was een gebouw van negen verdiepingen met drie vleugels en op het terrein lagen nog zes aan elkaar gebouwde paviljoens in laagbouw voor chronische psychiatrische patiënten. Het geheel was bedoeld voor 500 patiënten (Klijn, 2005). Al snel voldeed de kliniek niet meer aan de veranderende inzichten in de zorg voor psychiatrische patiënten, maar het zou tot 2001 duren voordat toestemming voor nieuwbouw werd verkregen. In de loop van de tijd bleek de opvang van chronische en oudere patiënten belangrijker te worden. Zij werden gehuisvest in de laagbouw. Deze had een voortdurende bezettingsgraad van 95% en bracht het geld binnen, de hoogbouw stond leeg (Klijn 2007). De leegstand van de Sterflat deed Vijverdal naar een nieuwe doelgroep omkijken: psychogeriatrische patiënten. Het tekort aan bedden voor demente bejaarden in de regio was groot. Vanaf 1980 kreeg Vijverdal daarom een tijdelijke verpleeghuisfunctie (Kokee & aan de Stegge, 1991). Volgens Klijn (2005) zag de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg de zorg voor psychogeriatrische en oudere psychiatrische patiënten niet graag gecombineerd, maar in Vijverdal waren de ervaringen goed. In 2002 is door de overheid de scheiding tussen psychiatrische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg opgeheven.

HET PSYCHOGERIATRISCH CIRCUIT

Georges Groutars heeft goede herinneringen aan zijn werk in Vijverdal. Wekelijks kwam het psychogeriatrisch circuit, waarvan hij medeoprichter was, bij elkaar. Het was samengesteld uit behandelaars uit Vijverdal, van het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), van het verpleeghuis Klevarie, van de afdeling Interne Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis en van de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). In



Geriatric en G.A.P.Z.

In de Nota betreffende Geriatriche Afdelingen in Psychiatriche Ziekenhuizen (G.A.P.Z.) omschrijft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de G.A.P.Z.-patiëntenpopulatie als volgt:
patiënten met psychiatriche stoornissen, ontstaan op oudere leeftijd, met op de voorgrond: gedragsstoornissen, affectieve en stemmingsstoornissen, psychotiche verschijnselen en ernstige verstoring van dag-/nachtritme. Ziekte-oorzaken en verschijnselen kunnen liggen op lichamelijk en/of sociaal vlak.

Georges Groutars: Bijdrage aan 30 jaar GAAZ Arnhem (1991).

bijeenkomsten van anderhalf uur bespraken ze casuïstiek en konden zo tot betere afstemming komen over plaatsing en behandeling: 'Mensen kwamen sneller op de juiste plek.' Dat functioneerde heel goed, de patiënten kregen meteen de hulp en zorg die ze nodig hadden, ze werden niet eerst heen-en-weer gestuurd. De directie had er alle ruimte voor gegeven, het was wel heel arbeidsintensief, 'de secretaresse had er een dagtaak aan.'

REGISTRATIE ALS KLINISCH GERIATER

Na de erkenning van het specialisme klinische geriatric in 1983 kwam er een overgangsregeling om geregistreerd te worden. In overleg met de directie heeft Georges Groutars daartoe drie maanden meegelopen in het Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem waar dr. Elly Bruijns en Marja Jellesma-Eggenkamp als klinisch geriatricers werkzaam waren. In Arnhem was in 1961 in het toenmalige Gemeente Ziekenhuis al een geriatriche afdeling opgericht die een voortrekkersrol in Nederland had en die in 1984 als eerste in Nederland opleidingsbevoegdheid kreeg voor het specialisme klinische geriatric.

In Europa was in Engeland de klinische geriatric het meest ontwikkeld, Georges Groutars volgde cursussen in Oxford en Londen. 'In Oxford waren er speciale colloquia van een aantal dagen voor de geriatric. In het Londense universiteitsziekenhuis was een speciale geriatriche afdeling waar ik gewerkt heb om ervaring op te doen.' Verder moest hij voor de registratie een artikel schrijven voor *Medisch Contact* en een voordracht houden, dat hoorde tot de opleidingseisen om geregistreerd te worden. Over die eisen zegt hij: 'Het heeft me altijd zo geïrriteerd dat één jaar ervaring bij interne veel zwaarder woog dan vijftien jaar huisartsenpraktijk.' In die tijd moest de opleiding tot geriatric vorm krijgen. Groutars: 'Ik kan me herinneren dat toen gestoeid werd over de opleidingsei-

sen.' Elly Bruijns vult aan: 'Het probleem was dat de overheid heel restrictief omging met de arbeidsplaatsen en er werden maar weinig opleidingen erkend. Het kostte de grootste moeite een opleidingsplaats te krijgen. Er kwam één opleidingsplaats voor de psychogeriatric in Parnassia in Den Haag.'

Groutars heeft wel geprobeerd om een opleidingsplaats te krijgen, maar dat lukte niet omdat hij alleen was in Vijverdal, je moest tenminste met twee geriaters zijn. De assistenten daar waren in opleiding voor psychiatrie.

PIONIEREN

Hoewel er in de jaren tachtig al wel een groep klinisch geriaters was, betekende dat niet dat er richtlijnen lagen voor het behandelen van psychogeriatricische patiënten. Hij heeft zijn werk zelf ontwikkeld. In Vijverdal heeft hij een concept voor gerontopsychiatrie ontwikkeld dat heel nieuw was. Ze hebben er een keer een *invitational conference* aan gewijd. 'Mensen die dementeerden, werden vóór de jaren tachtig in de verpleeghuizen op zolder gelegd en in de psychiatrische inrichtingen werden ze niet opgenomen.' Observatie om tot een juiste diagnostiek te komen, dat is voor hem de basis van een behandeling. Er zijn bij ouderen zo veel mengbeelden, een goede diagnostiek is essentieel om die uiteen te rafelen en daarop de behandeling te kunnen afstemmen.

In Vijverdal was een kwart van de opnames een gedwongen opname, dan was de thuissituatie onhoudbaar geworden. Veel ouderen werden als dement binnen gebracht, maar ze waren lang niet allemaal dement. 'Ik herinner me een patiënt die overkwam van urologie, die vreselijk dement zou zijn. We hebben zijn medicatie aangepast en hij ging fluitend aan de arm van zijn vrouw de deur uit.' In plaats van dementie kon het dus een verkeerde medicatie of een depressie zijn. 'Je moet je wel de tijd gunnen om goed naar de mensen te kijken.'

Geleidelijk konden de functies worden uitgebreid. 'We creëerden er dagbehandeling bij, dat was een aanwinst. Mensen hoefden niet opgenomen te worden of konden eerder naar huis, terwijl ze toch in beeld bleven. Voor een kleine poliklinische voorziening hadden we eigenlijk te weinig menskracht. De tendens was toen ook al om de opnameduur te bekorten. We hadden twee ervaren b-verpleegkundigen als casemanagers, dat was al echt transmuraal, heel modern voor die tijd. Heel dankbaar, want dan konden die mensen vaak eerder naar huis. Kennelijk was er budget voor, maar met geld hoefde ik mij niet te bemoeien, daar was de directie voor.'

WERKEN IN EEN GAPZ ROND 1990

Georges Groutars heeft in 1991 een overzicht gegeven van het werk in de afdeling Geriatric van Vijverdal. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid omschreef



Sloop van de Sterflat van Vijverdal (2007).

de populatie van Geriatrie Afdelingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (GAPZ) destijds als volgt: 'patiënten met psychiatrische stoornissen, ontstaan op oudere leeftijd, met op de voorgrond: gedragsstoornissen, affectieve en stemmingsstoornissen, psychotische verschijnselen en ernstige verstoring van dag/nachtritme.'

De GAPZ van Vijverdal omvatte beginjaren negentig 19 bedden: 11 voor acute opname en observatie, 8 voor langdurige behandeling, respectievelijk wachtkamerfunctie. In de periode 1988-1990 vonden 156 opnames plaats, waarvan 8 heropnames. 82 patiënten werden vanuit de thuissituatie opgenomen en 28 vanuit het bejaardentehuis. Hiervan konden na behandeling 48 respectievelijk 20 patiënten terug naar huis of het bejaardentehuis, 46 patiënten moesten in een verpleeghuis worden opgenomen.

De meest gestelde psychiatrische diagnose was het dementiesyndroom (57) al of niet gecompliceerd met wanen, delier of depressie. De diagnose depressie werd 57 maal gesteld. Opvallend was het aantal psycho-organische stoornissen (23), die een opname noodzakelijk maakten. Somatische en psychiatrische aandoeningen zijn bij ouderen en zeker bij hoog bejaarden vaak nauw met elkaar verweven. Het maximale aantal somatische aandoeningen bij een patiënt was zeven (Groutars, 1991).

CONTACTEN MET COLLEGA'S

Georges Groutars had contacten met de weinige collega's in de regio: Maastricht, Sittard, Heerlen en Venray. De psychiatrische inrichting in Venray was het meest dichtbij, maar er bestond niet zoiets als een zuidelijke groep klinisch gerieters. Contacten werden verder gelegd op de bijeenkomsten van de NVvG in Utrecht, daar ging hij wel naar toe, niet naar de bijeenkomsten van de Sectie Klinische Geriatrie, die waren in Laren, dat was wel erg ver weg.

'Met de universiteit in Maastricht liepen contacten via psychiater F.R.J. Verhey, die werkte op de afdeling en was ook verbonden aan de universiteit. In 1993 is internist J.F.B.M. Fiolet in Maastricht gepromoveerd op een andere vorm van zorg voor geriatrische patiënten, het "flankerend geriatrisch beleid", maar dat is geen succes geworden. Er zijn wel pogingen gedaan om geriatrie onder te brengen in het curriculum van interne geneeskunde, maar zonder veel resultaat. Slechts bij een enkele universiteit is geriatrie in het curriculum opgenomen. Er zijn nog steeds medische studenten die voor hun afstuderen nog nooit een geriatrische patiënt hebben gezien.'

VERWACHTINGEN VOOR DE TOEKOMST

Het oude Vijverdal bestaat niet meer, op 3 mei 2007 is de Sterflat geïmplodeerd, op YouTube staan nog de filmpjes.¹ Vijverdal is nu één van de 45 locaties van GGZ Mondriaan, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Limburg die jaarlijks zorg biedt aan meer dan 14.000 mensen. Georges Groutars volgt de ontwikkelingen niet meer van nabij. In Vijverdal is hij opgevolgd door een verpleeghuisarts. De deeltijdbehandeling bestaat nog, de opnameafdeling is verplaatst naar Mondriaan in Heerlen.

'Iedereen vindt nu ouderenzorg te duur worden, maar met de huidige maatregelen wordt die straks nog veel duurder. De kennis verdwijnt, het psychogeriatrisch circuit, zoals dat in Vijverdal zo goed functioneerde, is verdwenen toen de indicatiecommissies werden ingesteld. Indicaties worden vaker door de telefoon gesteld, waar blijft dan de zo nodige observatie?'

'Er zijn nu wel meer klinisch-geriatrische voorzieningen en er zijn meer opleidingsplaatsen, maar klinische geriatrie is te weinig een vast onderdeel van het medisch curriculum. Artsen in opleiding maken geen kennis met geriatrie en er zijn nog genoeg specialisten - internisten en neurologen - die vinden dat zij het net zo goed kunnen als een geriater. Vroeger was het echt een stammenoorlog.'

De zorgvoorzieningen staan onder druk en tegelijkertijd betekent: meer ouderen - meer problemen. 'Voor het behandelen van ouderen heb je tijd nodig, tijd is geld. In de psychiatrie was tijd nooit een echt thema, maar ook daar komt meer

1 <https://www.youtube.com/watch?v=OC62T7iVOqs>

druk op efficiënt werken.' Hij is niet optimistisch over de toekomst: 'Geriatric wordt pas actueel voor mensen als ze met hun moeder komen.'

LITERATUUR

- Fiolet JFBM (1993). Flankerend Geriatrisch Beleid. Het functioneren van geriatrische patiënten tijdens ziekenhuisopname. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Groutars GAM (1991). Geriatric en G.A.P.Z. In: Symposium klinische geriatric, GAAZ Arnhem 1961-1991. Arnhem: Ziekenhuis Rijnstate:32-4.
- Klijn A (2005). De therapeutische beloften van een gebouw. Psycho-medisch streekcentrum Vijverdal 1969-2004. Gewina;28:115-29.
- Klijn A (2007). Vijverdal Maastricht: psychiatric en huisvesting. Biografie van een gebouw 1969-2007. Hilversum: Verloren.
- Kokee Y & aan de Stegge C (1991). Over kakkerlakken en casemanagement, 20 jaar verpleging in Vijverdal. Maastricht: Psyche Nikai.

WERKEN IN DE GGZ: GERTIE GOLÜKE-WILLEMSE, FRANS VAN SCHENDEL, GEERT VAN DER AA



G.A.M. (GERTIE) GOLÜKE-WILLEMSE – PSYCHIATRISCH CENTRUM VENRAY

Ik ben in 1986 gestart in het Psychiatrisch Centrum Venray als opvolger van een internist. Er werd van uitgegaan dat ik alle röntgenfoto's die in ons instituut gemaakt werden, zelf beoordeelde. Voor ik er ging werken in mijn laatste opleidingsjaar, bekeek ik alle foto's eerst zelf en keek dan naar de beoordeling van de radioloog. Ik miste zo vaak dingen dat ik geregeld heb dat de foto's door de radioloog van het algemene ziekenhuis werden beoordeeld. Radiologie is niet voor niets een specialisme!

We hebben in de begintijd van alle patiënten in langdurig verblijf samen met anios (artsen niet in opleiding tot specialist) behandelplannen geschreven, medicatie herzien en de patiënten met een verstandelijke handicap, die in de psychiatrie verbleven, uitgeplaatst. In deze psychiatrische inrichting is in vroeger tijden heel veel gebeurd, zoals wel bleek uit de statussen. Zowel insulineshocks, slaapkuren, elektroconvulsiotherapie (ECT), maar ook de antipsychiatrie met veel arbeidstherapie op de boerderij.

De psychiatrische dagbehandeling voor ouderen is na ongeveer 1991 begonnen. De non-verbale therapieën kenden een heel hoog niveau en waren in ruime mate beschikbaar, bijvoorbeeld psychomotore therapie, creatieve therapie beeldend, muziektherapie en dramatherapie.



**F.M.E. (FRANS) VAN SCHENDEL – PSYCHIATRISCH
CENTRUM VENRAY / VINCENT VAN GOGH
INSTITUUT**

Ik ben in november 1988 begonnen in het Psychiatrisch Centrum Venray, nadat ik door Gertie Golúke en de toenmalig psychiater/leidinggevende naar binnen was gehaald. Dr. Elly Bruijns vond het destijds maar niks dat ik naar Venray ging, want daar zat Gertie immers al! Zij vond dat geriateren meer verdeeld over het land moesten werken. Wij hadden echter de wens om een opleiding te krijgen en dat kon niet worden waargemaakt met één klinisch geriater, die ook nog in deeltijd werkte.

Ik begon op de opnameafdeling voor ouderen. Er waren twee gesloten opnameafdelingen (open afdelingen waren er niet), één voor patiënten met psychiatrische beelden en één voor patiënten met gedragsproblemen bij niet-gedifferentieerde aandoeningen. Ik startte op dezelfde dag als een ouderenpsychiater die net als ik pas afgestudeerd was. Wij wisten allebei precies hoe het moest, maar hadden lijnrecht verschillende opvattingen over wat de juiste aanpak was. Ik heb later van het afdelingshoofd gehoord dat die tijd voor hem prachtig was; twee broekies, beiden ongeveer even eigenwijs, maar heel fanatiek en betrokken. Vóór de komst van de klinisch geriateren runde hij de afdeling met allerlei verschillende artsen, waarbij hij de constante factor was.

Even voor de beeldvorming: de toenmalige 'Hoofdafdeling 4' was gelegen op het oude St. Anna terrein, het voormalige gesticht voor vrouwelijke patiënten. De behandel functies voor volwassenen waren op het St. Servaes terrein. Het geheel heette Psychiatrisch Centrum Venray en was rond 1980 ontstaan uit een fusie. De medewerkers van beide voorgaande instituten bestonden uit respectievelijk de Zusters van Liefde en de Broeders van Liefde, er was een grote rivaliteit tussen beiden.

Bij opname van iedere patiënt werd een x-thorax gemaakt die ik in eerste instantie zelf beoordeelde. De beeldkwaliteit was zodanig slecht dat ze niet te beoordelen waren, ook al zou ik voldoende expertise gehad hebben. Eén van eerste acties was dan ook om de routine x-thorax af te schaffen.

Waar nog niet zo heel lang geleden voor de geriatrische patiënt een soort therapeutisch nihilisme gold, is er toch wel het een en ander veranderd. In principe blijken alle therapievormen voor de ouderen toegankelijk als zij op de juiste wijze worden toegepast. Daarbij moet men wel de mogelijkheden, maar vooral ook de onmogelijkheden van het betrokken individu voor ogen houden (van Schendel et al., 1993).

De bedoeling was om een afdeling Geriatrie in een APZ (GAPZ) te maken naar het model zoals dat al bestond in Bloemendaal bij Den Haag (het huidige Par-

nassia). Die GAPZ is begin 1991 gestart, waarmee er ook een scheiding kwam tussen geriatrie (psycho-organische stoornissen met gestoord gedrag) en psychiatrie bij ouderen. Niet veel later kwam er een open opnameafdeling bij. Daarna brak echt een glorie tijd aan: ik kon mijn nieuwe afdeling vormgeven en onder meer hoge eisen aan personeel stellen. Twee jaar later was het mogelijk de opleiding klinische geriatrie aan te vragen, nadat de A-opleiding psychiatrie onder leiding van prof. dr. W.M.A. (Willem) Verhoeven was gestart. We haalden de internisten van het algemeen ziekenhuis in huis vanwege de opleiding, later kregen we ook röntgenbesprekingen, de pathologische anatomie werd uitstekend verzorgd door een neuropatholoog van de Radbouduniversiteit.

Er vond differentiatie in vervolg- en verblijfsafdelingen plaats: er kwamen aparte units voor verschillende typen patiënten, afgestemd op hun behandel- en zorgbehoeften en er ontstond een enorme uittocht van patiënten. Van onze afdelingen ging vrijwel iedereen met ontslag; ze werden teruggeplaatst naar huis met zorg, naar verzorgingshuizen, voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische verpleeghuizen. Binnen de opnameafdelingen waren er zelfs succesvolle initiatieven om langdurig opgenomen patiënten te revalideren.

Eén van onze taken als klinisch geriater was de somatische werkbegeleiding van de anios die op de verblijfsafdelingen werkten. Het APZ had een eigen apotheek met een enorme kennis op het gebied van psychiatrische medicatie, spiegelbepalingen zelfs van combinaties van medicatie met hun metaboliëten.

Sommige patiënten met een indicatie voor opname op de GAPZ zijn opgenomen op de GAAZ, omdat zij opname in een psychiatrisch ziekenhuis hardnekkig weigeren. Het stigma van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis is er nog altijd (Klijnsma & Golüke-Willemse, 1993).

Medio jaren 1990 begonnen de bezuinigingen en reorganisaties in de psychiatrie en veel van wat in de jaren daarvoor was opgebouwd, zagen we geleidelijk afbrokkelen. Gertie vertrok in 2000, vanwege het werk van haar echtgenoot, naar het Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem. Er volgde een uitermate moeizame periode, waarbij het Psychiatrisch Centrum Venray, dat inmiddels Vincent van Gogh Instituut heette en een groot instituut was, werd opgesplitst in meerdere regionale GGZ-instellingen. Meerdere collega-geriaters die overwogen in dienst te treden, haakten af gezien de grote problemen binnen de organisatie. Ook ik ben na een periode van diepe frustratie overgestapt naar VieCuri, algemeen ziekenhuis in Venray. Willem Verhoeven, die de geriatrie altijd enorm gesteund heeft en onze opleiding van wezenlijk belang voor de opleiding psychiatrie vond, haalde mij over om één dag per week in dienst van het Vincent van Gogh Instituut te blijven werken, mede om zo de opleiding klinische geriatrie te behouden.

Ik herinner me de samenwerking met Gertie als zeer goed, zeer intensief,

hoewel we ieder onze eigen patiëntenpopulatie hadden, zonder overlap. Het behartigen van de belangen van onze patiënten en onze opleiding hebben we lang succesvol kunnen doen. Met ons tweeën kregen we de psychiaters mee in onze plannen; we zorgden er ook wel voor dat er geen wig tussen ons gedreven kon worden door management of directie.

Terugkijkend op het werk in de GGZ: die eerste jaren waren misschien wel de beste van mijn werkzame leven: het werkklimaat was uitstekend, er bestonden goede onderlinge verhoudingen, maar met name de kwaliteit van diagnostiek, behandeling en zorg waren van grote klasse.



G.C.H.M (GEERT) VAN DER AA – PIONIEREN IN ZUID-NEDERLAND

Ik ben in augustus 1983 geregistreerd als internist. In mijn laatste jaar heb ik ervaring opgedaan met geriatrie in het Slotervaartziekenhuis. Medio november kon ik beginnen in het ziekenhuis De Goddelijke Voorzienigheid in Sittard, wat toentertijd het vijfde ziekenhuis in Nederland was dat een zelfstandige afdeling Geriatrie wilde opzetten. Dat werd mijn taak.

Ik kwam er als internist en verzocht de SRC om een opleidingstraject klinische geriatrie met supervisie van de opleider psychiatrie. Het specialisme was juist erkend en de opleidingseisen waren wel geformuleerd, maar er waren nog geen opleidingen aangewezen. De SRC heeft met mijn opleidingsplan van 2½ jaar ingestemd – ik deed vooral somatische geriatrie en ik werkte parttime (70%) –, zodat ik in mei 1986 geregistreerd ben als klinisch geriater. Vervolgens heb ik tot 1995 in dit ziekenhuis (dat in die jaren na een fusie werd omgedoopt in ‘Maaslandziekenhuis’) gewerkt en ben er enkele jaren later ook als opleider aan de slag gegaan.

Ik was in Sittard erg blij verbinding te hebben met de klinisch gerieters in de andere ziekenhuizen: Arnhem, Hilversum, Haarlem, Amsterdam; voor de GGZ moet ik zeker Cobi van Nieuwkerk noemen. Zij organiseerden in die jaren de NZI-studie naar de (zeer bescheiden) plaats van de klinische geriatrie in Nederland, waarvoor ik ook data aanleverde. Wij hadden regelmatig bijeenkomsten in Laren vanwaar ik veel steun ondervond bij mijn pionierstaak in Zuid-Nederland.

In 1995 begon ik in de GGZ in Huize Padua in Boekel in combinatie met ambulante werkzaamheden in het RIAGG Helmond. Vandaaruit ging ik over naar het Elkerliekziekenhuis in Helmond (1997), waar ik andermaal een praktijk startte. In 2000 heb ik vervolgens de overstap gemaakt naar het Catharinaziekenhuis Eindhoven, waar ik voor de derde keer een praktijk heb opgestart. In Eindhoven

heb ik steeds nauw samengewerkt met de GGZ, waarheen ik al zo'n tien jaar gedetacheerd ben. Sinds de erkenning van de opleiding in het Catharinaziekenhuis ben ik verantwoordelijk voor de stage in de GGZ.

LITERATUUR

- Aa GCHM van der, Keijzer JAL de, Raymakers JA, Cammen TJM van der (1997). Kwaliteitsbevordering binnen de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. *MC*;52(4):136-7.
- Klijnsma PJE & Golüke-Willemse GAM (1993). Geriatrie afdelingen in een algemeen en psychiatrisch ziekenhuis. Een identieke tweeling? *MC*;48(39):1205-7.
- Golüke-Willemse GAM & Thomaes AMS (1994). Aids dementie complex als verrassende diagnose bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*;36(2):139-44.
- Golüke-Willemse GAM & Leest BJM de (1998). Parkinsonisme: de differentiaal-diagnose. *TGG*;29:250-7.
- Golüke-Willemse GAM, Klijnsma PJ, Tuinier S, Berg YWMM van den (2001). De afdeling geriatrie in een psychiatrisch en een algemeen ziekenhuis: een vergelijking van de problematiek van opgenomen patiënten. *TGG*;32(5):194-9.
- Golüke-Willemse GAM, Klijnsma PJ, Tuinier S, Berg YWMM van den (2001). Drie geriatrie afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis (GAPZ): vergelijking van de opgenomen patiënten. *TGG*;32(5):200-4.
- Golüke-Willemse GAM, et al. (2012). De rol van de 18-FDG PET-scan bij de diagnose dementie. *TGG*;43(5):265-70.
- Kalf JH & Schendel FME van (1993). Vallen: neurologische aspecten bij de oudere patiënt. *Vox hospitalii*;17(3):12-5.
- Leest BJM de, Aa GCHM van der (1997). Een wankel evenwicht. *TGG*;28(5):209-12.
- Schendel FME van (1983). Validering van de metyrapontest als diagnosticum bij depressies. *Psychiatrisch Ziekenhuis Reinier van Arkel, P.I.D.G. Voorburg*.
- Schendel FME van, Groutars JMA, Wouters CJ (1993). Geriatrie - De geriatrie afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis als onderdeel van het netwerk van voorzieningen voor de oudere patiënt. *MC*;48(39):1203-4.
- Schouten J & Aa GCHM van der (1984). Een gedeprimeerde patiënte ten gevolge van digitalisintoxicatie. *TGG*;15(2):63.
- Wijnen HH, Schendel FME van, Olde Rikkert MGM, et al. (2004). Hyponatriëmie bij gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers: meldingen in 1992-2002. *NTvG*;148(39):1921-3.

DE NVKG IN ROERIGE TIJDEN: HUUB MAAS



Op 28 november 2014 spraken Elly Bruijns en Annemarie de Knecht-van Eekelen met dr. H.A.A.M. Maas, klinisch geriater in het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg, over zijn periode als voorzitter van de NVKG in een tijd dat een mogelijk samengaan met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) werd onderzocht. Huub Maas heeft tijdens zijn opleiding als assistent gewerkt bij Elly Bruijns. Wij vragen hem ook hoe hij het beroep van klinisch geriater inhoud geeft.

HUUB MAAS

Dr. H.A.A.M. (Huub) Maas (*1962) studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen (artsexamen 1988). Zijn opleiding tot klinisch geriater volgde hij in het Twenteborg Ziekenhuis in Almelo bij internist J. Wolthuis, in het Vincent van Gogh Instituut te Venray bij Gertie Golúke-Willemse en in het Rijnstate Ziekenhuis bij dr. Elly Bruijns. In 1996 werd hij geregistreerd als klinisch geriater. Sinds 1996 werkt hij als klinisch geriater in het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg/Waalwijk. Ook is hij verbonden aan het Integraal Kankercentrum Zuid en het Geriatisch Netwerk Midden-Brabant. In 2011 promoveerde hij aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op het proefschrift getiteld *Unraveling Heterogeneity in Elderly Cancer Patients* (promotor prof. dr. J.W. Coebergh). Hiervoor onderzocht hij onder meer in hoeverre verschillen in patiëntkenmerken als leeftijd, bijkomende ziekten of zelfredzaamheid de keuze voor een oncologische behandeling (en de uitkomsten van deze behandelingen) bepalen.

Sinds 2001 is hij opleider klinische geriatrie. Hij was van 2003 tot eind 2005 voorzitter van de NVKG. Binnen de NVKG is hij verder actief geweest binnen de BeroepsBelangenCie, richtlijnontwikkeling en het Concilium Geriatricum. Momenteel is hij voorzitter van het Concilium en lid van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen.

Hoe stond de NVKG er voor toen je voorzitter werd?

Het was 2003, een moeilijke periode voor de NVKG. Jos van Campen was interim-voorzitter, ik heb mij toen beschikbaar gesteld als voorzitter. Voor een vereniging is de ideale situatie om voor de nieuwe voorzitter een inwerkperiode te creëren, terwijl de scheidend voorzitter een uitlooperperiode heeft. Helaas ging dat toen niet. Ondertussen speelde van alles. Binnen de KNMG, in het Centraal College voor Medisch Specialisten (CCMS) werd gediscussieerd over de omvang van een specialisme, moeten er specialismen worden samengevoegd? Die discussie heeft ertoe geleid dat het kleinste specialisme dat toen bestond, de allergologie, de weg terug naar de interne geneeskunde vond. Eenzelfde gang zou mogelijk zijn voor de klinische geriatrie, de reumatologie en de maag-darm-leverartsen (MDL). Als NVKG hadden we te maken met een zwakke bestuursperiode en beperkte academische zichtbaarheid. Terwijl in de jaren negentig het aantal hoogleraren juist was toegenomen, gingen academische posities aan de VU weer verloren. Ten slotte bestond binnen de vereniging een behoorlijke groep die positief stond tegenover het samengaan met de internisten.

Wat was de strategie van het NVKG bestuur?

Als bestuur erkenden wij dat klinische geriatrie een klein specialisme was, maar wij benadrukten dat klinisch geriateren een speciale en in toenemend belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg leveren. De eigen wetenschappelijke fundering werd steeds duidelijker zichtbaar. Met die basis wilden wij houdbare en logische posities innemen in diverse gremia. *Low profile*, maar wel met steeds verdedigbare posities. Ook in het besef dat wij een grote groep potentiële patiënten hadden, maar een beperkt aantal geriateren en een beperkte opleidingscapaciteit. Er was een mismatch tussen actuele capaciteiten enerzijds en de missie van de NVKG met bijbehorende doelgroep aan patiënten anderzijds.

We hebben toen twee routes bewandeld. Ten eerste hebben wij gesprekken gevoerd met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) en hun commissie voor ouderenspsychiatrie, en met de sociaal geriateren die in die tijd werkten aan het samengaan met de verpleeghuisartsen. Ellen Elbrecht, klinisch geriater Deventer Ziekenhuis, en ik hebben toen gesprekken gevoerd over de mogelijkheden om tot een generieke ouderenzorg te komen door de instituties heen. We praatten destijds nog over RIAGG/psychiatrische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen. De ouderenspsychiaters voelden wel voor een generiek model, maar de vereniging van verpleeghuisartsen (NVVA) wees dat in een paar vergaderingen van de hand. Dat is wel een van mijn grootste frustraties, wij zagen mogelijkheden om zowel zelf verder te groeien als aan de bredere gezondheidszorg bij te dragen. Achteraf was het een verkeerde timing. De NVVA, nu Verenso, was bezig met de fusie met de sociaal geriateren, zij vonden het alleen maar lastig om met de NVKG plannen te maken. En zij claimden al een

heel groot terrein te coveren. Verdere oriëntatie op deze weg was voor ons op dat moment niet interessant meer.

Een tweede mogelijkheid was samenwerking met de interne geneeskunde, waarvoor binnen en buiten de NVKG belangstelling bestond. Wij hadden geen twijfels over onze existentie, maar we keken wel naar het grotere geheel van de gezondheidszorg. Voor ons waren voortgaande groei van het aantal gerieters, geormerkte groei van opleidingsplaatsen en herkenbare geriatische expertise binnen de interne geneeskunde essentiële ijkpunten. We waren in principe bereid om de positie van een eigenstandig specialisme daarbij ter discussie te stellen. Een argument voor de fusie was ook dat wij moeilijk voet aan de grond kregen in de academische ziekenhuizen. Met de NIV leken er mogelijkheden om de academische positie van de klinische geriatrie te verbeteren.

Bij een eerste bespreking zaten we aan tafel met vertegenwoordigers van de reumatologen, de MDL-artsen en de internisten. Dr. M.H.H. (Mark) Kramer, nu hoogleraar aan de VU, was destijds voorzitter van de NIV. Wij zagen het als taak van het bestuur om te onderzoeken of wij met behoud van onze eigen knowhow, positie en taakstelling een plek zouden kunnen krijgen onder de paraplu van de interne geneeskunde. Daarvoor moesten scenario's worden uitgewerkt. Als NVKG bestuur zagen we in dat, als wij die weg niet zouden opgaan, de discussie hierover intern zou blijven bestaan en als een zweer in onze eigen gelederen zou blijven pussen.

Hoe verliep het overleg met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)?

De MDL-artsen haakten al na één bijeenkomst af. Bij de reumatologen speelde een mogelijke fusie langer, zij hadden te maken met een splitsing onder de eigen leden. De effecten van destijds zie je nog in sommige ziekenhuizen. Onze insteek was om samen op te trekken met de reumatologen. De vraag aan de internisten was wat het specialisme nieuwe stijl zou worden. Wordt het een paraplu waaronder iedereen dezelfde kleur heeft: een internist is een internist is een internist? Of wordt het een paraplu met verschillende kleuren tussen de baleinen? Meer specifiek, kunnen onderscheiden subspecialismen zelfstandig functioneren met eigen opleidingscapaciteit?

Geormerkte opleidingscapaciteit zagen wij als een belangrijke garantie voor de toekomst. Als je zelf je mensen opleidt, borg je je professie voor de toekomst. Ondertussen hadden we aan NIVEL de opdracht gegeven om een behoefteanalyse te maken waaruit bleek dat we veel meer opleidingscapaciteit nodig hadden. Dit traject liep parallel aan de discussie met de NIV. Wij zetten heel erg in op de groei van opleidingen, dus het was wel een zwaarwegend punt om binnen de NIV geormerkte opleidingscapaciteit te krijgen. Zo niet, dan konden we beter zelfstandig doorgroeien.

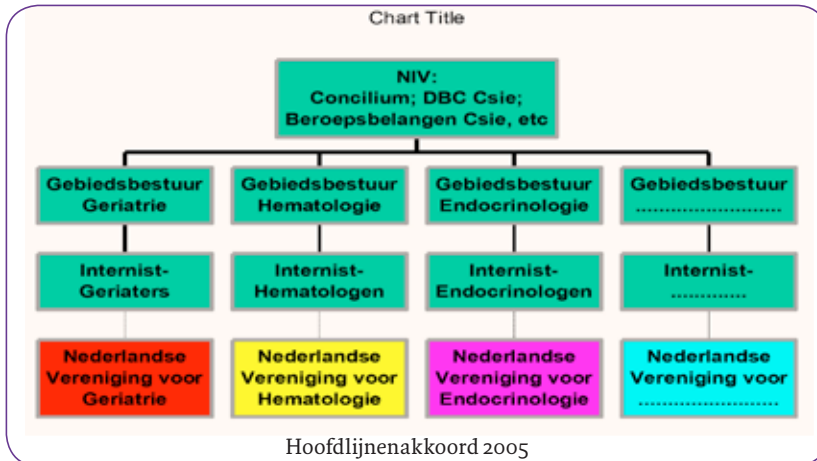
Dat was een moeilijke discussie, want het NIV bestuur hield vast aan het mo-

ORGANIGRAM

Situatie na fusie van opleiding tot klinisch Geriater en het aandachtsgebied Ouderengeneeskunde, met vorming van het aandachtsgebied Geriatrie binnen de NIV. De NVKG wordt omgevormd tot Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVG).

De NVG is een wetenschappelijke vereniging die onafhankelijk is van de NIV.

De opleiding in het aandachtsgebied geriatrie wordt uitgevoerd door het gebiedsbestuur geriatrie. Het gebiedsbestuur geriatrie houdt voor belangrijke beslissingen ruggenspraak met de achterban van internist-geriaters. De specifieke belangen van de internist-geriaters worden gewaarborgd via vertegenwoordiging (door internist-geriaters) in de DBC-commissie, Csie Kwaliteitszaken en andere commissies van de NIV én het NIV-bestuur, samen met andere commissie- en bestuursleden van de NIV.



Voorgestelde structuur na fusie met de NIV.

del, iedere internist heeft in essentie een gelijke positie. Het gesprek met de NIV ging verder over de condities van samengaan. De opleiding en de eigen financiering, daar ging het om. Zouden wij zelfstandig DBC's kunnen blijven declareren, daarover zijn wij te rade gegaan bij de toenmalige Nederlandse Zorgautoriteit. Het gevaar van het eenheidsmodel was dat iedere internist een geriatrische DBC zou kunnen declareren. Dat zou betekenen dat óf de zorg voor ouderen onbetaalbaar werd óf dat je de noodzakelijke zorg niet meer betaald zou krijgen. Hierover gaf de NIV geen uitsluitsel. Er zijn toen enkele stukken geproduceerd, maar op een gegeven moment moet er een eind aan zo'n proces komen.

Toen zijn de leden geraadpleegd, dat hebben wij in het boek 'Klinische Geriatrie - Geschiedenis van een specialisme' beschreven.

Ja, wij hebben toen twee bijeenkomsten met de NVKG leden voorbereid. Mark Kramer heeft op de eerste bijeenkomst gesproken, zijn verhaal klonk wel positief, en in mijn beleving stond hij ook echt voor zijn visie. Toch kregen we op essentiële punten geen zekerheden (geormerkte opleidingscapaciteit en financiering van zorg). Uiteindelijk moesten de leden ieder voor zich een afweging maken en is het plan afgestemd.

Als bestuur kan je zo'n proces natuurlijk wel sturen met bijvoorbeeld een stemadvies, maar dat hebben wij niet gedaan. Wij hadden er wel aanleiding toe. In de weken voor de eerste ledenvergadering werden wij geconfronteerd met berichten uit de hoek van de internisten, het ging over de toezeggingen om onze eigen opleiding te behouden. Dat was voor ons een voorwaarde, maar binnen de NIV bleken de internisten daar onder elkaar anders over te denken. Zij spraken onderling in termen als 'we gaan ze binnenhalen en hun geormerkte opleidingscapaciteit bouwen we af'. Deze informatie hebben we binnen het bestuur gehouden, we wilden geen stemming maken, het was belangrijk dat er een beslissing van de leden kwam. Maar als bestuur hebben wij wel duidelijk gemaakt dat er geen zekerheid was over de opleidingsplaatsen, dat hebben wij op de ledenvergadering ook gezegd.

Jij bent toen als voorzitter opgevolgd door Paul Dautzenberg.

Het was voor mij een goede gelegenheid om mijn functie als voorzitter neer te leggen. Er ging hoe dan ook een nieuwe fase in, daar moest iemand zonder last en met frisse moed instappen. Dr. P.L.J. (Paul) Dautzenberg was inkomend voorzitter. Hij had meegewerkt aan het *Hoofdlijnenakkoord* tussen de NVKG en de NIV en hij had een autonoom profiel. Wij hadden de zaken goed met elkaar doorgesproken. Hij had ook wel zijn bedenkingen, maar hij zag zijn verantwoordelijkheden naar de vereniging toe. Hij onderschreef het belang om dit proces met de klinisch gerieters als groep te doorlopen. Pas daarna konden we de discussie over de NIV beëindigen.

Hoe kijk je op deze periode terug?

Ik denk dat het uiteindelijk goed is dat het zo gelopen is. De discussie duurde zo'n jaar of twee, daar moest een eind aan komen. Je merkte ook dat jonge mensen niet wisten of ze voor klinische geriatrie moesten kiezen, er ontstonden allerlei onzekerheden voor aios. De NVKG is het traject ingegaan met het idee dat samenwerking met de NIV kansrijk was. Wij hebben het beeld van de paraplu verschillende malen met de NIV besproken, en we zaten er tot het eind positief in. Maar als je dan op het eind je knopen gaat tellen, moet je concluderen dat je te veel moet inleveren. We waren al best een eind, we hadden het al over de wijze van herregistratie.

Met het besluit kwam de cohesie in de beroepsgroep terug. Voor de assistenten werd duidelijk voor welk vak ze kozen. Onderbouwd door het NIVEL-rapport kwam een forse toename van het aantal aios, waarmee we de vraag die er vanuit de algemene ziekenhuizen kwam, konden accommoderen. Door die groei zijn wij nu geen kleintje meer. Er waren nogal wat bedreigingen: zo speelde ook de discussie over naamgeving in die tijd (de toenmalige verpleeghuisartsen wilden hun naamgeving omzetten naar 'algemeen geriater', ons inziens voor patiënten niet onderscheidend ten opzichte van een klinisch geriater). We zijn door deze periode gesterkt, ons meer bewust geworden van de fundering van ons specialisme, beter gaan onderkennen hoe processen binnen de gezondheidszorg verlopen en hoe met externe ontwikkelingen om te gaan. Het was interessant maar vooral intensief.

Tegenwoordig is het denken over specialismen binnen de KNMG veranderd. Men gaat meer uit van specialisatie. Zo was er eerst de komst van de SEH arts (spoedeisende hulp) als profielregistratie, nu zijn de verslavingsarts en de ziekenhuisarts erbij gekomen. Het is meer aan het veld om tot werkverhoudingen te komen. Tot 2008 was de tendens juist om naar minder specialismen te gaan.

Wat vind je nu van het beroep van klinisch geriater?

Als opleider zie ik dat het vak een bepaald type mensen aantrekt. De mensen die wij opleiden, willen holistisch en generalistisch werken, ze zetten zich harts-tochtelijk in voor kwetsbare ouderen, maar dan komen ze in een ziekenhuisomgeving waarin analyse (soms gericht op de kleinste details) de boventoon voert. Je moet beide zienswijzen doorgronden en je eigen maken. Dat geeft een spanningsveld in een wereld met toenemende protocollering. Je moet van allerlei onderwerpen 'veel' maar niet 'alles' weten. Vaak is het stellen van gerichte



Bespreking van mogelijke fusie met NIV: ALV van de NVKG (2006).

vragen naar de vermeende meerwaarde voor patiënten van (groter) belang. Je moet dus kunnen omgaan met een gevoel van imperfectie, je bezit niet zelf een alomvattende kennis, maar toch moet je waarmaken dat je als generalist verantwoordelijk bent voor een veelomvattend behandelplan. Vele aios neigen tot perfectionisme en, vooral vrouwen, stellen hoge eisen aan zichzelf. Velen moeten leren delegeren. Klinisch geriateren moeten dus van vele markten thuis zijn. Hoewel we bij de selectie van aios wel rekening houden met het spanningsveld tussen de idealen en de praktijk, hebben wij relatief veel uitval van aios die in de klinische geriatrie toch niet vinden wat ze hadden verwacht. Een geriater moet een teamspeler zijn en moet in sommige gevallen ‘quick and dirty’ durven te zijn. Niet elke patiënt heeft een volledige analyse nodig, die beslissing moet je durven nemen. Daarin moet je je professionaliteit ontwikkelen. Daaraan willen we ook aandacht geven in de opleiding, maar dat is lastig omdat de opleiding zo opgeknapt is. Je hebt eigenlijk te weinig tijd om de mensen te vormen.

Inhoudelijk zal het focus van de geriater steeds gericht blijven op kwetsbare ouderen. De geriater is de professional die met zijn team de ‘strengths and weaknesses’ van een patiënt in kaart brengt, de patiënt deskundig behandelt en gidst in een complexe gezondheidszorg. Het klinkt wellicht wat pathetisch maar ons kompas – gericht op zelfstandig functioneren, kwaliteit van leven voor die individuele patiënt en oog voor de voorkeuren van een patiënt – blijft goud waard in de gezondheidszorg van de 21e eeuw. De gezondheidszorg verandert echter steeds: leeftijdsgrenzen zijn er nauwelijks meer, ingrepen worden steeds minder invasief en geriatrische beoordelingstechnieken vinden ook elders ingang. Discussies over gepaste zorg, wat kan in de eerste lijn en wat is tweedelijnszorg worden steeds meer actueel. Als geriater zullen we mee moeten veranderen. We kunnen aan die ontwikkelingen een bijdrage leveren: bijvoorbeeld door binnen een behandelteam als ‘ouderen-deskundige’ de draagkracht en consequenties van ingewikkelde interventies bij ouderen met multimorbiditeit of weinig reserves in te schatten. ‘Outreaching’ naar de eerste lijn, waar we onze kennis kunnen inzetten, vraagt om nieuwe initiatieven en pilots. Kortom onze geriatrische wereld blijft dynamisch.

Denk je dat klinische geriatrie bedreigd wordt door andere specialismen?

Historisch kun je zien dat er geen knik in de groei van de interne geneeskunde is geweest als er in een ziekenhuis geriatrie bijkwam, dat was waar internisten bang voor waren. Lokaal zijn er verschillen. Daar waar internisten-ouderengeneeskunde hun functie in hybride vorm uitoefenen lijkt er soms concurrentie te zijn in focus/tijd om ouderengeneeskunde of interne geneeskunde uit te oefenen. Volgens mij is een ziekenhuis gebaat bij een eenduidige geriatrische functie-uitoefening. Daar kunnen internisten-ouderengeneeskunde of anderen deel van uitmaken, maar steeds dient het geriatrisch model centraal te staan in

de taakstelling. Soms kunnen andere specialismen zich bedreigd of beconcurrereerd voelen. Toch zijn dit vooral lokale zaken. Volgens mij moeten we bereid zijn tot samenwerking, maar onze eigenwaarde of ons functioneren niet afhankelijk maken van andermans goedkeuring. In het algemeen is men meer gericht op samenwerking. Zo is er binnen de KNMG het project CanBetter.¹ Ouderenzorg is één van de vier kernthema's van CanBetter. Doel is om aan de hand van pilots onderwijs te ontwikkelen of te stimuleren op het gebied van ouderenzorg, zodat aios van alle specialismen beter worden opgeleid in de zorg voor oudere patiënten. Binnen de curricula voor andere specialismen wordt plaats ingeruimd voor een introductie in de geriatrie. Volgens mij een goede zaak om toekomstige klinici tot samenwerking te bewegen. Verder ervaar ik niet zoveel bedreigingen. De eerste hulp is toenemend de entree tot ziekenhuiszorg dus daar zullen we moeten blijven acteren, geriatrische zorgverlening moet 24/7 aangeboden kunnen worden. Als je daar niet aanwezig bent, creëer je voor jezelf een bedreiging.

Academisering is nog steeds een punt, een moeizaam proces. Het is geen toeval dat prof. dr. R.J. (Rob) van Marum niet in de klinische setting hoogleraar is. Zijn leeropdracht is 'Farmacotherapie bij ouderen' bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde van het vumc. Kennelijk zijn er nog steeds beletsels om in een klinische setting hoogleraar te worden.

Je had nog een aanvulling op de geschiedenis?

Ja, nog twee punten. Wij beseften in het nvkg bestuur dat we een heel matig netwerk hadden. Het was allemaal nogal minimalistisch. We waren gehuisvest in een gebouwtje in een buitenwijk van Utrecht met weinig administratieve ondersteuning. We hadden weinig geld om iets te organiseren, geen toegewijde mensen die iets voor je konden doen. We hebben toen de contributie met 100% verhoogd. Toen konden we meer menskracht inhuren en een professionaliseringsslag te maken. We zijn naar Domus verhuisd, dat was peperduur. Henk Kruithof heeft daarover prima onderhandeld en we hebben er voor een aantal jaren gratis onderdak gekregen. Zo kregen we meer invloed en meer greep op beleidsmatige processen. Je weet dan wanneer beslissingen vallen, we waren beter geïnformeerd en konden sneller handelen. Netwerken en strategisch denken, dat hadden we echt nodig.

We hadden in 2006 ook geld nodig om ons te verdedigen tegen de invoering van de titel 'algemeen geriater'. We hebben advocaten in de arm genomen en met rechtszaken gedreigd om onze naam te behouden. Terugkijkend had ik die discussie over samenwerking met de verpleeghuisartsen en de psychiaters anders aangepakt. Ik zou nu eerst meer draagvlak hebben gezocht en niet meteen

¹ <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Over-MMV/CanBetter.htm>

een bestuurlijk concept bij aanvang al voorleggen. Eerst eens wat samen doen, elkaar leren kennen en waarderen is waarschijnlijk meer productief. Je begint in zo'n bestuur zonder ervaring, daar leer je dus van.

LITERATUUR

- Janssen-Heijnen MLG, Maas HAAM, Lemmens VEPP, et al. (2005). Samenhang van leeftijd en comorbiditeit met therapie en overleving bij patiënten met kanker in Noord-Brabant en Noord-Limburg, 1995-2001. *NTvG*;149(30):1686-90.
- Maas HAAM, Hoogmoed J, Golüke-Willemse GAM, Berg YWMM van den (1995). Gunstige ontwikkeling van de zelfredzaamheid van patiënten tijdens opname op een geriatrische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. *NTvG*;139(48):2494-7.
- Maas HAAM (2001). Grijs en kwetsbaar. *MC*;56:1298-1300.
- Maas HAAM, et al. (2005). The influence of age and co-morbidity on treatment and prognosis of ovarian cancer: a population-based study. *Gynecologic oncology*;97(1):104-9.
- Maas H & Krulder J (2005). Een geriater = een klinisch geriater. *MC*;60(36):1444.
- Maas HAAM (2011). Unravelling Heterogeneity in Elderly Cancer Patients. Proefschrift EUR.
- Maas HAAM, et al. (2013). Benefits and drawbacks of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer patients aged 75 years and older. *European journal of surgical oncology*;39(10):1087-93.
- Verschoor CJ, Oranje WA, Maas HAAM (2012). Cyclische episoden van verwardheid en bewegingsstoornissen: denk aan hypoglykemieën en insulinoom. *TGG*;42(2):96-101.

DE PIONIERSJAREN VOORBIJ: CARIEN VAN RIJN EN PETRA KLIJNSMA

Voorafgaand aan een vergadering van de 'Subcommissie geschiedenis van de geriatrie' van de NVKG sprak Annemarie de Knecht-van Eekelen op 29 oktober 2014 met C. (Carien) van Rijn. De vraag aan Carien was hoe de NVKG zich had hersteld na de roerige ledenvergaderingen over de mogelijke fusie met de NIV. Zij was van 2006-2012 lid van het NVKG bestuur en onder meer verantwoordelijk voor de Kwaliteitszorg. P.J.E. (Petra) Klijsma voegde zich later bij het gesprek dat zich verbreedde naar een discussie over de positie van de klinisch geriaters. Zij zijn medeauteurs van het boek 'Klinische geriatrie - Geschiedenis van een specialisme', waar ook hun cvs te vinden zijn.



V.l.n.r.: Carien van Rijn, Elly Bruijns, Petra Klijsma (2015).

Carien, vertel eens wat er rond de voorgenomen fusie tussen de NVKG en de NIV speelde? Werd het idee van een fusie vooral gesteund vanuit de academische hoek? De hoogleraren waren inderdaad grote voorstanders van een fusie. Maar er waren meer argumenten. Er was een onderzoek geweest van het NIVEL. En er waren al jarenlang discussies binnen de NVKG over de voordelen van terugkeren in de moederschoot van de interne geneeskunde. Gelet op de toenemende wet- en regelgeving dachten we dat we een grotere club nodig hadden, dat de NVKG te klein was om aan al die verplichtingen te kunnen voldoen. We hadden toen ruim 100 leden.

ONDERHANDELING MET DE NIV

Er kwamen na een mandaat van de ALV drie onderhandelingstrajecten tussen NVKG en NIV: over opleiding en onderwijs, over structuur en organisatie, en over financiën. Die resulteerden in het *Hoofdlijnenakkoord*. De NIV wilde graag fuseren, die kon er alleen maar bij winnen. Maar wij moesten onze zelfstandigheid opgeven. Als we zouden fuseren, zouden we geen geormerkte stem in de NIV krijgen, dat hadden andere subspecialismen ook niet. We zouden dan ook niet meer overal als klinische geriatrie aan tafel kunnen zitten, dat zou allemaal via het NIV bestuur moeten gaan.

ERKENNING EN OPLEIDING

In het *Hoofdlijnenakkoord* werd verwoord hoe NIV en NVKG meenden dat de opleiding moest worden vormgegeven en op welke voorwaarden gerieters als internist konden worden erkend, maar daar gingen de NVKG en de NIV helemaal niet over. Dat was de bevoegdheid van andere gremia, bijvoorbeeld de Specialisten Registratie Commissie (SRC). En die had geen toezeggingen gedaan. Er waren dus geen zekerheden. Wat dat betekent hebben we gezien bij de sociaal gerieters. Zij fuseerden met de verpleeghuisartsen (NVVA), in 2009 gingen zij verder onder de naam Verenso. Er was tevoren onderling overeengekomen dat sociaal gerieters erkend konden worden als verpleeghuisarts, maar dat ging niet door. Echter hadden zij inmiddels wel hun vereniging opgeheven!

Een ander punt was de wens van de NVKG dat er geormerkte opleidingsplekken zouden komen voor de geriatrie. De NIV had geen geormerkte opleidingsplekken en de NIV wilde voor de geriatrie geen uitzondering maken. Lopende het traject werden de hoogleraren R.G.J. (Rudi) Westendorp (Leiden) en J.P.J. (Joris) Slaets (Groningen) namens de NIV heel ongeduldig, en ons bleek dat zij al probeerden om opleidingsplaatsen naar zich toe te trekken. Dit werd in het NVKG bestuur gezien als een alarmsignaal dat afspraken op basis van onderling vertrouwen grote risico's met zich meebrachten.

FINANCIËLE ASPECTEN

Er was van alles inhoudelijk geregeld, maar weinig tot niets over de financiële zaken. Bijvoorbeeld hoe het moest met de DOR's, daar had de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geen toezeggingen over gedaan. Destijds waren bijna alle geriaters in loondienst en alle internisten vrijgevestigd. Er was niet uitgezocht hoe je qua financiële regelingen en arbeidsvoorwaarden een vakgroep geriatrie en een maatschap interne zou kunnen samenvoegen. Met experts van de LAD en de Orde werd hierover pas contact gelegd in de ALV's die voorafgingen aan de stemming over de fusie.

STAKEHOLDERS

Niv en nvkg hadden het *Hoofdlijnenakkoord* samen opgesteld, maar er was geen overleg met stakeholders geweest. We hadden bijvoorbeeld verzuimd met de koepel van ziekenhuizen en de patiëntenorganisaties te overleggen. J.H. (Hans) Schaaf, oud-ziekenhuisdirecteur, schreef erover in *Medisch Contact*. Hij verbaasde zich over de plannen en vroeg zich af hoe de klinisch geriaters dat nu konden doen (Schaaf, 2006). We hebben hem prompt uitgenodigd als spreker op de ALV en nadat de fusie was afgestemd, is hij een aantal jaren adviseur van het bestuur geweest.

RAADPLEGING VAN DE LEDEN

Paul Dautzenberg en ik waren nieuw in het bestuur, wij volgden Huub Maas en Henk Kruithof op, bestuursleden die in het voortraject onze voornaamste onderhandelaars waren geweest. Paul Dautzenberg was kritisch over de fusie.



(Oud-)voorzitters van de nvkg: v.l.n.r.: Jos van Campen, Judith Wilmer, Paul Dautzenberg, René Jansen, Huub Maas.

Aanvankelijk was ik voorstander van fusie, maar naarmate ik beter begreep hoeveel onzekerheden er waren, kreeg ik meer twijfels en uiteindelijk heb ik tegen de fusie gestemd. Er werden twee ALV's georganiseerd om de leden te informeren over de pro's en cons, waarbij ook externe sprekers werden uitgenodigd. De vergaderingen waren druk bezocht. De spanning was te snijden. Het bestuur heeft, mede omdat veel zaken nog onvoldoende helder waren, uiteindelijk de volgende vraag in stemming gebracht: 'Willen wij een traject in gang zetten om tot een fusie te komen?'. Het ging om een statutenwijziging en daarvoor was een tweederde meerderheid nodig. Aan de stemprocedure mankeerde wel het nodige, maar uiteindelijk - na het tellen van de stemmen op alle mogelijke manieren (met en zonder de 'ongeldig' uitgebrachte stemmen) - was het resultaat steeds hetzelfde: er was een meerderheid, maar geen tweederde meerderheid voor een fusietraject.

VLAK NA DE FUSIE

We gingen dus door als zelfstandige vereniging en als zelfstandig specialisme. Ik vond dat de bestuursleden hun portefeuilles ter beschikking moesten stellen. Dat is ook gebeurd, maar de leden hebben dat niet geaccepteerd. Het bestuur bleef aan. Bestuurlijk was de grote zorg dat de vereniging uit elkaar zou vallen. Maar de volgende Geriatriedagen werden druk bezocht, de sfeer was goed en de animositeit tussen de twee verschillende kampen verdween als sneeuw voor de zon. Van een scheuring in de vereniging was geen sprake. Eén persoon heeft haar lidmaatschap opgezegd, verder niemand. Zij is een paar jaar later weer lid geworden.

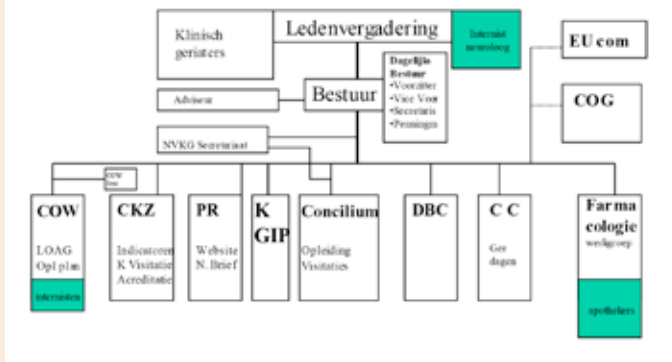
En toen moest er een nieuwe koers worden uitgezet?

Er was een nieuwe visie nodig. Op het gebied van kwaliteit en positionering had alles jaren stilgelegen, er moest veel worden opgepakt. Het bestuur heeft een 'Heidag' gehouden samen met Hans Schaaf waarna hij namens het bestuur de nota *De pioniersjaren voorbij* heeft geschreven. Die nota was het uitgangspunt voor het beleid van de daaropvolgende jaren en daarmee konden we verder. Bestuur en vele actieve leden kwamen in actie om de inhoudelijke en strategische ontwikkeling en positie van de NVKG en geriatrie vorm te geven. De slagvaardigheid en daadkracht van onze voorzitter Paul Dautzenberg is in deze fase essentieel geweest om uit de impasse te geraken.

DE OPLEIDING

Jonge dokters waren er in deze periode niet zeker van of het vak zou blijven bestaan. Het was algemeen bekend dat de fusie speelde. Daarom was het lastiger

Organisatiestructuur NVKG



Organisatiestructuur van de NVKG (2007).

om goede aiOS aan te trekken. Ook waren er veel aiOS die om allerlei redenen met de opleiding stopten. Daar hebben we veel beleid opgezet. De sollicitatieprocedure is professioneler geworden en voordat iemand als aiOS wordt aangenomen, moet hij of zij als co-assistent of aiOS in de geriatrie hebben gewerkt, zodat hij of zij een reëel beeld heeft van het vak. Verder is gestuurd op de cohesie in de opleiding: meer onderling contact tussen arts-assistenten en een geriater als mentor.

DE VAKG

De VAKG stond naast de NVKG en had een wat losse relatie met de NVKG. D.J. (Dagmar) Oude Lansink was voorzitter van de VAKG. Zij heeft met steun van het bestuur van de NVKG de omvorming van VAKG naar jNVKG getrokken, waarbij de jNVKG een inhoudelijke zelfstandigheid behield, maar wel een onderdeel werd van de NVKG. Doel was om de band van de aiOS met de NVKG te verstevigen. In alle commissies van de NVKG kwam een aiOS en als een aiOS lid was van de NVKG kreeg die korting op opleidingsdagen. In een korte periode waren aiOS bevreesd dat ze in opleidingszaken geen zelfstandige koers meer konden varen of duurder uit zouden zijn, maar die vrees werd snel weggenomen. De jNVKG houdt eigen beleidsruimte en dat is ook goed.

KWALITEITSZORG

Na 2006 bestond een enorm gevoel van urgentie om te komen tot een kwaliteitsvisie en om transparant te maken welk 'product' wij leverden, onder andere in verband met de benodigde onderbouwing voor de DBC's. De Commissie Kwaliteitszaken werd versterkt met nieuwe leden en ik ging daar vanuit het bestuur

actief in meedraaien, maar niemand van ons wist precies hoe we het moesten aanpakken. Wij kwamen in contact met T.A. (Teus) van Barneveld, hij werkte toen bij het CBO en is kort daarna overgestapt naar de afdeling Kwaliteit van de Orde. Hij had veel affiniteit met de klinische geriatrie en heeft ons met raad en daad ondersteund bij het ontwikkelen van een integrale visie en het uitvoeren van de daaruit volgende projecten.

Ik was projectleider van het overkoepelende project Ontwikkeling Integraal Kwaliteitsbeleid en van één van de drie deelprojecten, de Ontwikkeling Indicatorenset NVKG. Er was een tijd dat ik er wel twee dagen per week aan kwijt was. Maar ik deed het natuurlijk niet alleen; een groot aantal collega's heeft vol enthousiasme heel veel tijd aan deze projecten besteed. Alle projecten zijn op een goede manier afgerond en geborgd binnen de vereniging. Daar ben ik best trots op. Zelfheb ik er veel van geleerd. Ik kan niet genoeg zeggen hoeveel we aan Teus van Barneveld te danken hebben. Teus was een groot inspirator, iemand die grote lijnen ziet, die projectmatig denkt en ons veel heeft geleerd over het draaien van projecten en het vormgeven van kwaliteitsbeleid. Inmiddels heeft Arend Arends het stokje van mij overgenomen. Dat schrijft hij ook in zijn stuk over Kwaliteitszorg (zie p. 10).

RICHTLIJN DEMENTIE EN RICHTLIJN DELIER

Ondertussen waren we ook bezig met de vraag: welke richtlijnen zijn nodig en hoe krijgen we dat voor elkaar. Bij elke richtlijn treedt één wetenschappelijke vereniging op als trekker. De eerste richtlijn die werd getrokken door de NVKG, was de richtlijn Vallen. Sommige richtlijnen zijn van belang voor meerdere beroepsgroepen. De eerste richtlijn Dementie werd bijvoorbeeld getrokken door de neurologie, de update hiervan is gedaan door de NVKG met Marcel Olde Rikkert als initiator. Dat verliep in goede harmonie met de Alzheimercentra, neurologen en psychiaters. Bij de richtlijn Delier verliep de bestuurlijke samenwerking moeizamer. De NVVP was de trekker voor de eerste richtlijn. Bij de update ervan wilde de NVKG graag het voortouw nemen en de NVVP stemde hierin toe. Tenminste, dat dachten wij. Nadat het traject was opgestart en alle subsidies waren aangevraagd, ontstond echter anderhalf jaar stagnatie doordat de NVVP besluitvorming traineerde. Het heeft ons als bestuur flink wat energie gekost om dit traject vlot te trekken, maar uiteindelijk is het gelukt. Wij waren blij dat Paul Dautzenberg voorzitter van de richtlijn wilde zijn; hij stelde zich pragmatisch op en zorgde voor goede inhoudelijke voortgang. Toch ontstond in de laatste fase opnieuw flinke vertraging doordat de NVVP in de autorisatiefase nog een aantal kleine wijzigingen wilde doorvoeren. Maar de richtlijn is er uiteindelijk gekomen en wordt nu volop gebruikt!

POSITIONERING VAN DE GERIATRIE IN HET ZIEKENHUIS

Op de werkvloer is er geen probleem om samen te werken met de internist-ouderengeneeskunde. Er zijn verschillende modellen die alle goed werken: een vakgroep klinische geriatrie waar een internist-ouderengeneeskunde lid van is of een maatschap interne geneeskunde waar een geriater lid van is. De situatie waarin in één ziekenhuis een maatschap interne geneeskunde is met een internist-ouderengeneeskunde met daarnaast een vakgroep klinische geriatrie komt volgens mij niet voor, dat zou mogelijk wel problemen kunnen opleveren qua taakverdeling. Er zijn nog maar een paar ziekenhuizen waar geen klinisch geriateren zijn. Vorig jaar was dat onder andere het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein dat nu samen wil gaan met het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden waar wel klinisch geriateren werken. In het Ziekenhuis Rivierenland in Tiel is inmiddels ook een afdeling klinische geriatrie. Er is zoveel druk vanuit het ministerie en de zorgverzekeraars om voorzieningen voor kwetsbare ouderen te realiseren, dat ik verwacht dat alle ziekenhuizen binnenkort geriateren of internisten-ouderengeneeskunde zullen hebben. [Per 1 april 2015 heeft het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen een polikliniek Geriatrie geopend en daarmee hebben alle ziekenhuizen in Nederland passende zorg voor ouderen.]

Inmiddels is Petra Klijnsma bij het gesprek aangeschoven. De vraag is hoe het werk van klinisch geriateren eruit ziet.

Carien: Het werk van geriateren is sterk veranderd. In het verleden hadden klinisch geriateren hun eigen afdeling en hun eigen poli, maar de laatste jaren wordt van klinisch geriateren juist verwacht dat zij zich met alle ouderen in het ziekenhuis bemoeien. In kleine ziekenhuizen kun je de geriatrie goed vormgeven door als consulent op alle afdelingen actief te zijn. Dan kan op alle afdelingen expertise worden opgebouwd rond kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld wat betreft een delier, en dan verbetert de zorg voor 'alle' kwetsbare ouderen op ziekenhuisniveau. Dat is effectiever dan dat je een paar bedden op een afdelinkje hebt. In Zoetermeer bevalt me dat goed, daar heb ik (nog) niet zo'n behoefte aan eigen bedden. Ik heb een prima samenwerking met de interne geneeskunde en we maken laagdrempelig gebruik van elkaars expertise.

Petra: Ik heb beide situaties meegemaakt. Ik heb destijds zelf een afdeling opgestart met 24 bedden, die is ook weer ten onder gegaan. De laatste twaalf jaar hebben we in Venlo geen afdeling meer en zijn we op alle afdelingen in het ziekenhuis medebehandelaar. We hebben een consultatieteam dat goed werkt, ouderenzorg is een speerpunt van het ziekenhuis, er is een 'zorg voor ouderen beleidscommissie' waarvan ik voorzitter ben. Dan kan je ziekenhuisbreed een aantal thema's oppakken waar we als klinisch geriateren al mee bezig waren. Er wordt steeds meer naar de vakgroep geriatrie gekeken als er beleid moet worden

gemaakt. Je kunt je expertise breed inzetten, dat is een heel interessante nieuwe ontwikkeling.

Carien: We worden niet meer als tegenstander gezien of als lastig. In Zoetermeer waren ze heel blij om weer een klinisch geriater te hebben. Ik krijg daar alle medewerking en kon in korte tijd veel opbouwen, want men zag daar zelf wel dat sommige dingen niet zo goed liepen. Er vielen bijvoorbeeld soms patiënten uit bed, omdat ze niemand wilden 'vastbinden'. Nadat we een laag-bij-de-grond-bed en een 'Poseybed' hebben geïntroduceerd, komt uit bed vallen eigenlijk niet meer voor. Je kunt zo in korte tijd heel wat bereiken.

Petra: Je moet het verdienen, je moet goed werk laten zien. Je moet respectvol zijn naar andere collega's, mensen in hun waarde laten, maar wel uitleggen waarom iets anders kan of moet. Dan word je niet afgeserveerd als een tweedegrangsspecialist zoals dat vroeger wel gebeurde. Dat is een gepasseerd station!

Carien: Er is de 'Nota Toekomst medische ouderenzorg', een initiatief van de KNMG. In de werkgroep voor deze nota zat klinisch geriater J.A.M. (Judith) Wilmer en internist-ouderengeneeskunde prof. dr. S.E.J.A. (Sophia) de Rooij, zij was toen hoogleraar geriatrie-ouderengeneeskunde bij het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, nu is zij hoogleraar in Groningen. In zo'n groep wordt goed samengewerkt met de interne geneeskunde, we hebben in wezen dezelfde belangen. De regie bij ouderen in het ziekenhuis moet bij een specialist liggen die niet naar één aspect kijkt, maar naar het totaal van de problemen. Dat is een concept waarmee ziekenhuizen aan de slag zijn gegaan, bijvoorbeeld met de klinisch geriater als medebehandelaar bij collumfracturen.

Petra: Een paar keer per jaar zou ik toch wel een eigen bed willen hebben voor iemand met een heel complexe zorgvraag. Vooral als er ook gedragsproblemen zijn, heb je een plek nodig met gespecialiseerd personeel. Maar verder zitten we er in elke afdeling bovenop, met aandacht voor kwetsbare ouderen, het is goed georganiseerd.

LITERATUUR

KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. (maart).

NVKG (2007). De pioniersjaren voorbij. Beleidsvisie Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

Schaaf JH (2006). Klinisch geriater is het spoor bijster. *MC*;43:1704-5.

DE KLINISCHE GERIATRIE IS EEN STERKE PARTIJ: JUDITH WILMER EN PETER JUE



Petra Klijnsma en Annemijn Elskamp spraken in juli 2014 met J.A.M. Wilmer en P. Jue over de ontwikkelingen in de klinische geriatrie. Judith Wilmer was voorzitter van de NVKG in de periode 2009-2012 en Peter Jue is haar opgevolgd als voorzitter. Zij hebben beiden bestuurlijke ervaring opgedaan in de vakg tijdens hun opleidingstijd.

JUDITH WILMER EN PETER JUE

J.A.M. (Judith) Wilmer (*1964) studeerde geneeskunde aan de ru Leiden. Zij is klinisch geriater sinds 2003 en werkt sindsdien in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Zij is met de klinische geriatrie in aanraking gekomen door colleges van dr. Gerard Ligthart. Tijdens haar opleiding voor tropenarts heeft zij gesolliciteerd naar een opleidingsplaats klinische geriatrie. Destijds was er nog een landelijke sollicitatieprocedure met alle opleiders. Toen zij werd aangenomen voor de opleiding, was er een wachttijd van zo'n drie jaar. Zij heeft eerst als tropenarts in Zimbabwe gewerkt en weer terug in Nederland begon zij met haar opleiding in het Ziekenhuis Rijnstate in Arnhem en het APZ Wolfheze. Dr. Elly Bruijns was haar opleider.

P. (Peter) Jue (*1971) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Hij is klinisch geriater sinds 2006. Toen hij solliciteerde voor een opleidingsplaats was er reeds sprake van opleidingsclusters. Hij werd ingedeeld in het Slotervaartziekenhuis, maar heeft weten te regelen dat hij in 2001 zijn opleiding in Medisch Centrum Leeuwarden kon gaan doen, met M.Th. (Theo) Feitsma als opleider. Ook toen was de instroom van mannen binnen de opleiding al beduidend minder dan die van vrouwen, een trend die zich duidelijk heeft voortgezet. Hij heeft van 2006-2010 in het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam

gewerkt. In 2010 werd hij aangesteld als de eerste klinisch geriater in het Rijnland Ziekenhuis in Leiderdorp (sinds 2015 locatie Leiderdorp van het Alrijn Ziekenhuis). In de beroepenfilm die de KNMG over de klinische geriatrie heeft gemaakt, is Peter Jue bij zijn dagelijkse werkzaamheden te zien.¹

¹ <http://www.nvkg.nl/artsen/opleiding>

ONTWIKKELINGEN IN DE GERIATRIE

Judith Wilmer benoemt het feit dat er nog maar weinig ziekenhuizen in Nederland zijn waar de functie geriatrie niet aanwezig is. Er zijn meer opleidingsplaatsen gekomen. Er zijn richtlijnen ontwikkeld, in 2013 is er het keurmerk Senior Friendly Hospital gekomen en er zijn landelijk steeds meer contacten met bestuurlijke instanties die voor de NVKG van belang zijn.

Peter Jue ziet twee belangrijke ontwikkelingen:

- groei van het aantal klinisch geriateren en de aanwezigheid van de klinische geriatrie in steeds meer ziekenhuizen;
- professionalisering, zowel vakinhoudelijk, als in bestuurlijke zin. Na de hectische jaren met de discussie over het al dan niet fuseren met de NIV en uiteindelijk het afketsen van de fusie, heeft de NVKG bestuurlijk een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. Dit was ook nodig om een volwaardige gesprekspartner te kunnen zijn.

De NVKG heeft ziekenhuizen zonder een afdeling Geriatrie bezocht en gesproken met Raden van Bestuur. Dit heeft ertoe geleid dat er nu in veel meer ziekenhuizen in Nederland het specialisme klinische geriatrie aanwezig is.

WETENSCHAP

Judith Wilmer wijst erop dat er steeds meer klinisch geriateren bezig zijn met wetenschappelijk onderzoek, er is een enorme toename van het aantal promoties. Het aantal hoogleraren in de klinische geriatrie is echter niet meegegroeid, wel is er inmiddels een aantal buitengewoon hoogleraren.

Peter Jue herinnert zich dat in 2004-2005 door het bestuur beleid werd ontwikkeld om klinisch geriateren te motiveren om wetenschappelijk onderzoek te gaan doen en te promoveren. Dit is de laatste jaren niet meer nodig. Het gebrek aan hoogleraren is wel een belangrijk knelpunt.

Het NVKG bestuur heeft een actieplan opgesteld om bij universiteiten draag-

vlak te creëren voor het benoemen van hoogleraren klinische geriatrie. Peter Jue refereert hiervoor aan het 'witte vlekken plan' uit 2008.

INBEDDING VAN DE GERIATRIE IN HET EIGEN ZIEKENHUIS

Peter Jue werkt ruim drie jaar in Leiderdorp. Aanvankelijk hadden veel specialisten koudwatervrees voor de klinische geriatrie. Neurologen en internisten zien de klinische geriatrie nog steeds als een bedreiging. Toch heeft de klinische geriatrie zich in Leiderdorp goed kunnen ontwikkelen, omdat het merendeel van de medische staf en de Raad van Bestuur de geriatrie wel ondersteunen.

Judith Wilmer ervaart in het Catharina Ziekenhuis geen weerstanden meer tegen de klinische geriatrie. Steeds meer collega's komen met hun ouders voor onderzoek, zij beschouwt dit als een teken van vertrouwen. Klinisch geriater worden in toenemende mate gevraagd door andere specialisten om deel te nemen aan projecten. Zij kan zich wel voorstellen dat het aanstellen van nieuwe geriater in een ziekenhuis weerstand oproept, omdat met de huidige financiering uitbreiding van een specialisme ten koste kan gaan van de formatie van een ander specialisme.

EXTRAMURALE CONTACTEN

Judith Wilmer: In Eindhoven is er een zorgketen dementie, opleidingsbevoegdheid samen met de GGZ, er zijn structurele contacten met huisartsen, er worden consulten in verpleeghuizen gedaan en er zijn lokale refereravonden met andere artsen werkzaam in de zorg voor ouderen.

Peter Jue vertelt dat het contact met de zorgverzekeraars steeds belangrijker wordt. Zij gaan steeds meer bepalen wie welke zorg mag gaan leveren, dit speelt bijvoorbeeld al bij de ketenzorg dementie. De dementie diagnostiek wordt bij de GGZ weggehaald en komt dan terecht bij geheugenpoliklinieken. Goed contact en overleg met netwerkpartners en zorgverzekeraars is van belang. Ook moeten de klinisch geriater inspelen op kwaliteitseisen zoals bijvoorbeeld opgesteld door de Inspectie.

In de regio waar Peter Jue werkt, wordt er gezamenlijk gerefereerd met alle klinisch geriater en er is een regiovisie ontwikkeld.

OPLEIDING

Volgens Judith Wilmer is de opleiding nu bijna volledig gericht op de patiëntenzorg; managementvaardigheden worden nauwelijks ontwikkeld. Dit leidt er waarschijnlijk toe dat 'jonge klaren' er vaak voor kiezen om te gaan werken binnen een grotere vakgroep, waar zaken al goed lopen. Dan hoeven zij zich in het

begin van hun carrière niet met management bezig te houden.

Er zou tijdens de opleiding een onderverdeling in vier groepen kunnen worden gemaakt:

- pioniers,
- gerieters met specifieke aandachtsgebieden in de patiëntenzorg,
- gerieters met managementcapaciteiten,
- gerieters met belangstelling voor onderwijs/wetenschap.

Peter Jue vult aan dat er niet veel ziekenhuizen meer zijn waar je als pionier aan de slag kunt gaan. Managementvaardigheden gaan een toenemende rol spelen in de huidige ziekenhuisorganisaties waarin medisch specialisten ook verantwoordelijk zijn voor productie en kosten van hun afdeling. Voor jonge specialisten, die zich ook nog moeten ontwikkelen in hun vakgebied, kan dit een barrière zijn. Er zou in het laatste jaar van de opleiding aandacht moeten zijn voor die managementtaken waar je als specialist mee te maken krijgt. In de csi (Commissie Strategie en Innovatie) wordt nagedacht over scholing van 'jonge klaren' op dit gebied, bijvoorbeeld conform de leergang beleidspsychiatrie.

RELATIE MET ANDERE SPECIALISMEN WERKZAAM IN DE OUDERENZORG

Volgens Peter Jue is de zorg voor kwetsbare ouderen een groeimarkt, waarin de klinische geriatrie een sterke partij is. Wel moeten klinisch gerieters alert blijven op wat erin het politieke krachtenveld gebeurt, zodat zij hun positie kunnen handhaven door tijdig op ontwikkelingen in te spelen. Judith Wilmer ziet vooral kansen, geen echte bedreigingen.



Lustrum NVKG 2015: Peter Jue met voor zich op tafel de Gouden Po.

TOEKOMST VAN DE KLINISCHE GERIATRIE

Volgens Judith is erover vijf jaar

- geriatrie in alle ziekenhuizen in Nederland en is de klinische geriatrie nog steeds primair een tweedelijns vak,
- in grotere ziekenhuizen een volledige functie aanwezig, met opnamecapaciteit,
- steeds meer werk ten behoeve van ouderen die opgenomen zijn op andere afdelingen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld gerelateerd aan het Senior Friendly Hospital of de palliatieve zorg,
- een verdieping van de samenwerking met huisartsen, treedt er mogelijk een verschuiving van werkzaamheden op van de polikliniek naar de eerste lijn.

Peter Jue onderschrijft bovenstaande punten en is van mening dat deze ook te realiseren zijn: 'als je erin gelooft, gaat het ook gebeuren.'

Sinds 2007 is veel bereikt. De toekomst is wel spannend gelet op de financiële crisis van dit moment, waardoor de financiële situatie van ziekenhuizen moeilijker is geworden, met als gevolg dat er minder nieuwe specialisten worden aangenomen. Anderzijds zijn er momenteel weer veel vacatures voor een klinisch geriater, dus ziet de toekomst er op korte termijn wel goed uit voor ons specialisme. Het is belangrijk een realistische koers uit te zetten, kijkend naar de te verwachten instroom en uitstroom van collega's.

Judith Wilmer ziet geen bedreigingen in de relatie tussen medisch specialisten. Wel is het de vraag hoe klinisch geriateren ervoor kunnen zorgen dat de ziekenhuiszorg beschikbaar en betaalbaar blijft voor iedereen die dat nodig heeft. We moeten de meerwaarde van de klinische geriatrie niet alleen medisch-inhoudelijk laten zien, maar ook wat betreft de kosten. Andere specialismen in het ziekenhuis krijgen steeds meer behoefte aan geriatrische expertise voor hun patiënten. Actueel is de samenwerking met orthopeden/traumatologen in de geriatrische traumatologie. Ook vanuit de cardiologie en oncologie komen vragen voor samenwerking, waardoor de positie van de klinische geriatrie in het ziekenhuis wordt versterkt. In dit opzicht is het bij multidisciplinaire projecten en samenwerking met andere specialismen belangrijk de financiering van ons deel van het werk goed te regelen met de zorgverzekeraar.

INTERNATIONAAL

Judith Wilmer vindt dat Nederland zich kan meten met de landen in West-Europa en de Verenigde Staten wat betreft de kwaliteit van de geriatrie. In Zuid-Europa is men minder ver en in Oost-Europa en Turkije straalt de geriatrie nog in de kinderschoenen.

Nederland is uniek met het Nationaal Programma Ouderenzorg en het Senior Friendly Hospital. Wereldwijd zijn er ontwikkelingen gaande en op internationale congressen blijkt dat sommige problemen overal ter wereld aanwezig zijn. In september 2014 vindt het EUGMS congres plaats in Rotterdam, een unieke kans om met collega's uit het buitenland in contact te komen.

TOT SLOT

Onze visie op het specialisme klinische geriatrie is door de jaren heen niet gewijzigd. Wij twijfelen niet aan het bestaansrecht van de klinische geriatrie en zien wat dat betreft de toekomst met vertrouwen tegemoet.

LITERATUUR

- Govers AC, Buurman, BM, Jue P., et al. (2014). Functional decline of older patients 1 year after cardiothoracic surgery followed by intensive care admission: a prospective longitudinal cohort study. *Age and ageing*;43(4):575-9.
- Heim N, et al. (2015). Optimal screening for increased risk for adverse outcomes in hospitalised older adults. *Age Ageing*;44(2):239-44.
- Jordens K, Wilmer J, Poel F van de, Laar E van de (red) (2013). *Beter ouder: zorg voor de kwetsbare oudere*. Catharina-reeks 5. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

DE GERIATER VAN DE TOEKOMST: ESTHER CORNEGÉ-BLOKLAND EN KAREN KEIJSERS



Op 10 april 2014 hielden Carien van Rijn en Marjan Ornée een dubbel-interview met E. Cornegé-Blokland, voorzitter van de jnvkg en haar voorganger C.J.P.W. Keijsers.

KAREN KEIJSERS EN ESTHER CORNEGÉ-BLOKLAND

C.J.P.W. (Karen) Keijsers (*1982) is opgeleid in het uMC Utrecht. Zij was voorzitter van de jnvkg van 2010 tot 2013. Sinds 2013 is ze klinisch geria-ter en werkt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, drie dagen per week. Zij had de ambitie om in een groot opleidingsziekenhuis te werken en voelt zich in Den Bosch prima op haar plek. Doordat zij bezig is met de afronding van haar proefschrift (Studies upon geriatric pharmacotherapy education) heeft zij al met al meer dan een fulltime baan. De combinatie van werken als jonge klare, promotietraject, het werk van haar man en de zorg voor hun zoontje Bastiaan van twee was zelfs voor iemand met de onstuimige energie van Karen lastig. Dit is de reden dat zij naar eigen zeggen in het huishouden vrijwel niets doet. Haar ambitie voor de toekomst: de 'Gouden Po' winnen, dat is de prijs die de jnvkg jaarlijks uitreikt aan de beste opleider. Het jnvkg bestuur heeft destijds eigenhandig de eerste Gouden Po met goudverf beschilderd en Karen heeft in 2011 de allereerste prijs uitgereikt aan Linda Tulner. Zij benadrukt dat het gaat om een subjectieve waardering en om een symbool, om een manier om alle goede opleiders binnen de geriatrie in het zonnetje te zetten. Toch wil ze hem graag zelf een keer winnen!

E. (Esther) Cornegé-Blokland (*1985) heeft haar opleiding bijna afgerond. Zij begon als anios in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, heeft een jaar in het uMC Utrecht gewerkt en eindigt haar opleiding weer in Den Bosch in 2015. Zij is sinds begin 2013 voorzitter van de jnvkg. Haar

schoenenkast staat in Zeist, net als de rest van haar huis, waar zij samen met haar man woont. Haar hart ligt bij management en organisatie; dat is te merken aan haar cv. Als voorzitter van de jnvkg zit zij *qualitate qua* in het bestuur van de nvkg, maar daarnaast speelt zij een actieve rol als secretaris van de Commissie Strategie en Innovatie (csi), zit zij in de Beroepsbelangencommissie en neemt deel aan een commissie die een toekomstceremonie gaat regelen voor de registratie tot klinisch geriater. Haar ambitie: best geklede medisch manager in een (middel)groot perifere ziekenhuis.

Wat is de visie van de voorzitters van de jnvkg op de toekomst van de klinische geriatrie?

Wat betreft de inhoudelijke ontwikkelingen is duidelijk dat de kennis rond kwetsbare ouderen in het ziekenhuis sterk is toegenomen, zowel bij medisch specialisten als bij verpleegkundigen en management. In onderwijstermen: collega's hebben de fase van 'onbewust onbekwaam' achter zich gelaten en zijn nu veelal 'bewust onbekwaam' of 'bewust bekwaam' geworden. Er komen steeds meer ouderen bij wie de kwetsbaarheid alleen maar toeneemt evenals de behandelopties. De klinisch geriater richt zich daarom steeds minder op de relatief eenvoudige problemen zoals ongecompliceerde delieren, maar zal zich in toenemende mate specialiseren op gecompliceerde toestandsbeelden en acute en spoedeisende geriatrische problematiek. Door de toenemende vraag naar 'acute geriatrie' is 24/7 uur bereikbaarheid van de klinisch geriater op niet al te lange termijn in alle ziekenhuizen noodzakelijk.

Wat is en blijft specifiek aan de klinische geriatrie?

Er blijft de noodzaak tot beslissingen bij de behandeling van kwetsbare ouderen waarvoor geen onderbouwde *evidence* is of kan zijn, hoezeer de vakkennis ook is toegenomen. Elke patiënt moet maatwerk zijn. Daar ligt onze kracht vergeleken met andere medisch specialisten. Wij zien een explosie van ethische vraagstukken, bijvoorbeeld rond wel of niet behandelen. Het lijkt erop dat geriater beter in staat zijn de afwegingen rond wel of niet behandelen te maken en beter dan collega's durven te beslissen om de behandelingen niet te starten of te staken. Samen beslissen met de ouderen: niet eenvoudig, maar wel onze kracht!

Hoe is de positionering van de klinisch geriater?

De klinisch geriater wordt inmiddels als een gelijkwaardig medisch specialist beschouwd. Hoewel wij weten dat er is gestreden voor de huidige positie van de klinisch geriater, is die strijd nu niet meer zo voelbaar. Wij, klinisch geriater, ondersteunen de collega's in het ziekenhuis bij de patiënten bij wie zij er zelf niet

meer uitkomen en daar is veel waardering voor. De interne geneeskunde is verdeeld in subspecialismen, dat is mede een reden dat er veel behoefte is aan de brede blik van klinisch geriater. Ook zijn ouderen en hun kinderen mondiger dan vroeger en vragen actief naar een klinisch geriater.

Er wordt vrijwel zonder uitzondering op een prettige wijze samengewerkt met andere beschouwers zoals internisten, maar ook in toenemende mate met snijders, zoals bijvoorbeeld orthopeden in de geriatrische traumatologie. Dat dit vruchtbare samenwerkingen zijn, blijkt uit de literatuur.

Manager in spé Esther Cornegé-Blokland voegt daaraan toe: klinisch geriaters stellen zich steeds ondernemender op, dit blijkt bijvoorbeeld uit het toenemende aantal geriaters in vrije vestiging. De toekomst moet nog uitwijzen of met de huidige politieke ontwikkelingen dit ook een gunstig model blijft.

Beiden hebben er vertrouwen in dat de klinisch geriaters van nu flexibel en ondernemend genoeg zijn om in te spelen op eventuele veranderingen.

Wat zijn veranderingen in opleiding en onderwijs?

Competentiegericht leren en een flexibele opleidingsduur zullen grote impact hebben op de opleiding in de nabije toekomst. Elke stage zal zo efficiënt mogelijk moeten worden ingericht. Dit zal in de stage geriatrie in de GGZ/ouderenspsychiatrie grote aanpassingen vergen. Misschien dat dit voor de stage zal betekenen dat deze ingekort wordt. Er is een grotere rol voor de ambulante ouderenspsychiatrie mogelijk, waar je in kortere tijd meer patiënten kunt zien. Bepaalde leerdoelen kunnen elders behaald worden, zoals op de eigen geheugenpoli en in het verpleeghuis.

De vraag is of een flexibele opleidingsduur verdieping mist? De opleiding wordt korter, maar het is beter op competenties te sturen dan om een stageonderdeel te schrappen. Nog meer dan voorheen zal een aios de regie hebben over de eigen opleiding en de relatie met de opleider wordt gelijkwaardiger. Het is een trend die al een jaar geleden is ingezet.

Geriatric is en blijft een vrouwenvak, dat is evident. In 2014 is 87% van de aios geriatric vrouw. Is het een probleem dat geriatric een vrouwenvak is? Aios en jonge klaren stoppen niet onder stoelen ofbanken dat ze vrouw zijn. In de lunchpauze van congressen gaan ze pumps en kinderkleertjes kopen. Zodra het woord 'fotoshoot' valt, rent Karen naar haar auto om de pumps te pakken, die ze speciaal voor de gelegenheid heeft meegenomen. Esther heeft niet nagedacht over de benodigde attributen voor een geslaagde foto. Haar kleding is passend: rood jasje, rode hoge hakken. Dat is haar normale outfit.

Zij beschrijven dat het vak sinds 2006 sterk is veranderd: meer dynamisch, complex, uitdagend. Dat trekt artsen aan die zich daarbij thuis voelen. De huidige aios en jonge klaren, bijna allemaal vrouwen en een enkele man, stellen zich



Thijs, zoon van Dirk.
De JNVKG vindt het geen punt dat geriatrie een vrouwenvak is. Wel zet de JNVKG alles op alles om al in een vroege fase mannen te werven, getuige deze foto van Thijs, junior lid, zoon van geriater Dirk Boelens, geboren 21 juli 2011.

proactief, ambitieus en gedecideerd op. Elke klinisch geriater zal naast de reguliere patiëntenzorg een aantal extra taken of aandachtsgebieden moeten hebben. Het kan dan gaan om wetenschappelijke activiteiten of een promotietraject, maar ook om managementtaken, onderwijstaken of specifieke aandacht voor bijvoorbeeld geriatrische oncologie of palliatieve zorg. Elke klinisch geriater zal bereid moeten zijn om ook op roostervrije dagen bereikbaar te zijn voor acute vragen rond de eigen patiënten en een bijdrage te leveren aan de 24/7 bereikbaarheid. Dat de klinisch geriater bijna altijd vrouw is, is daarbij van minder belang dan capaciteiten en weerbaarheid.

De combinatie van werk en (jong) gezin kan wel eens lastig zijn, dat dit creativiteit in de rolverdeling binnen het gezin vergt, heeft Karen Keijsers inmiddels wel ondervonden. Als alternatief kunnen duobanen een oplossing bieden om het mogelijk te maken om parttime te werken en toch continuïteit te behouden in de patiëntenzorg. Voor overbelasting zijn zij niet zo bang: als je zelf grip hebt op je werk, voorkom je dat je overvraagd wordt. Ze benadrukken het belang van collegiale steun en het samenwerken in een goede sfeer.

LITERATUUR

- Cornegé-Blokland E, et al. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *J Am Med Dir Assoc*;13(1):80.e1-6.
- Keijsers CJ, et al. (2012). Geriatric pharmacology and pharmacotherapy education for health professionals and students: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*;74(5):762-73.
- Keijsers CJ, et al. (2015). Implementation of the WHO-6-step method in the medical curriculum to improve pharmacology knowledge and pharmacotherapy skills. *Br J Clin Pharmacol*;79(6):896-906.
- Keijsers CJ, et al. (2015). Pharmacists' and general practitioners' pharmacology knowledge and pharmacotherapy skills. *J Clin Pharmacol*;55(8):936-43.

REGISTER VAN PERSONEN

- Aa, G.C.H.M. van der 5, 59, 130,
133-134
Aa, L. van der 59
Albronda, T. 72
Ameijden van Duym, E.E. van 56,
59, 64
Arends, A.J. 8, 13, 14, 74, 83, 149
Asselt, D.Z.B. van 101, 102
- Baeyens, J.P. 61, 64
Barneveld, T.A. van 10, 148
Bekker, F.M. 59, 118
Bil, M. 51
Borst-Eilers, E. 17
Braadbaart, S. 30, 79, 80, 119
Brandt, K-H. 65
Brocklehurst, J.C. 112
Bruijns, E. 23, 38, 39, 42, 43, **56-61**,
63, 65, 66, 77, 79, 86, 97, 98, 100,
107, 118, 120, 121, 123, 125, 126, 131,
135, 144, 152
- Callahan, C. 110
Cammen, T.J.M. van der 22, 26,
29-31, **77-84**, 85
Campen, J.P.C.M. van **45-55**, 136,
146
Claassen, J.A.H.R. 102
Claessens, W.L.M. 42, 65
- Coebergh, J.W. 135
Cornegé-Blokland, E. **158-161**
Crommentuijn, G. 67
- Dautzenberg, P.L.J. 7, 139, 146, 147,
149
Deeg, D.J.H. 112
Deetman, W.J. 98
Deinema, M. 46
Diekema, J. 69
Dijk, C. van 119
Duursma, S.A. 22, 46, 82, **85-90**,
92, 93
- Elbrecht, E.A. 136
Elskamp, A.B.M. 56, 91, 152
Elwyn, G. 116
Emmelot-Vonk, M.H. 92
Erdubak, A. 48
Exton-Smith, A.N. 31, 77, 78, 81
- Feitsma, M.Th. 152
Fiolet, J.F.B.M. 128
Fockert, J.A. de 47, 59, 79, 86
Fockert-Meuwese, T. de 59
- Genet, P.A. 46, 49
Godderis, J. 64
Golüke-Willemsse, G.A.M. 5, 10, 45,

- 58, 66, **130**, 131, 132, 135
 Goudsmit, M. 52
 Graff, M.J.L. 101
 Gribnau, F. W.J. 91, 103
 Grimley Evans, J. 61
 Groutars, G.A.M. 5, **123-129**
- Haar, H.W. ter 30
 Harskamp, F. van 80, 81
 Hartgerink, M. 6, 10
 Hellemans, J. 61, 64
 Hoefnagels, W.H.L. 45, 80, **97-106**,
 107, 113, 114
 Hofman, A. 80
 Hout, H.P.J. van 101, 103
 Hupkens, P.E.M. 42
- Inbar, M. 59
 Inouye, S.K. 112
- Jagt-Willems, H.C. van der 13, 53
 Jansen, P.A.F. 42, 87, **91-96**, 118
 Jansen, R.W.M.M. 50, 93, 101, 102,
 104, 146
 Jellesma-Eggenkamp, M.J.H. 56, 57,
63-76, 125
 Jonker, J.M. 47, 48
 Jue, P. 47, **152-157**
- Kammen-Wijnmalen, E.H.W. van
 31, 56, 57, 64, 65
 Keijsers, C.J.P.W. **158-161**
 Kerst, A.J.F.A. 45
 Keuzenkamp, T. 42
 Klijnsma, P.J.E. 40, 42, 91, 144, **150-**
151, 152
 Kloppenborg, P.W.C. 98
 Knecht-van Eekelen, A. de 26, 45,
 63, 77, 97, 107, 123, 135, 144
 Knol, W. 92
 Knook, D.L. 103
- Koek, H.L. 92
 Koning, J.M. de 32
 Koningin Beatrix 40, 43
 Koningin Juliana 41
 Kraaij, D.J.W. van 101, 103
 Kramer, M.H.H. 137, 139
 Kruihof, H. 6, 142, 146
 Krulder, J.W.M. 22, 29, 82
 Kuper, I.M.J.A. 47, 49, 51
- Laar, T. van 71
 Laar, A. van 't 103
 Lagaay, A.M. 79
 Leerling, C. 65, 69
 Leipzig, R.M. 110
 Lensink, J.G.W. 87
 Ligthart, G.J. 46, 47, 79, 152
 Lim, L. 42
- Maarschalkerweerd, W.W.A. van
 15
 Maas, H.A.A.M. 51, **135-143**, 146
 Majoor, C.L.H. 97, 98
 Marum, R.J. van 92, 142
 Mattace-Raso, F.U.S. 82, 83
 Mertens, A.Th.L.M. 26
 Michels, J.J.M. 29, 30, 103
 Mierlo, P.J.W.B. van 73
 Mulley, G. 61
 Munnichs, J.M.A. 103
- Nieuwenhuizen, C.L.C. van 65
 Nieuwkerk, J.F. van 5, 43, 59, 60,
 86, 91, **118-122**, 133
 Nieuwkerk, M. van 118
 Nolet, H.A. 103
 Norton, D. 31
- Olde Rikkert, M.G.M. 7, 72, 102-105,
107-117, 149
 Oostvogel, F.J.G. **26-34**, 78, 80

- Ornée, J.M. **35-39**, 40, 45, 56, 59,
77, 79, 158
Oude Lansink, D.J. 148
- Parlevliet, J.L. 52
Pelemans, W. 61, 64
Persijn, L.E. 59
Philp, I. 112
Pittkälä, K.H. 81
Plaats, A. van der 69
Poel-Elskamp, A.B.M. van der zie
Elskamp
Pompe, P. 28
Proosdij, C. van 59, 64
- Querido, A. 80
- Rai, G.S. 99
Raymakers, J.A. 87, 92
Ribbe, M.W. 71
Rijn, C.A. van 5-7, 10, **144-151**, 158
Rijn, M. van 28
Robben, P.B.M. 42, 87
Rockwood, K. 112
Rooij, S.E. de 151
Ruijter, G.N. de 42, 45-47
- Samson, M.M. 87, 92
Schaaf, J.H. 146, 147
Schalekamp, M.A.D.H. 29, 30, 78,
80
Schaling, W. 65
Schendel, F.M.E. van 5, 58, 60, 118,
131-133
Schendel-Derks, J.C.E.M van 118
Schippers, E.I. 13
Schmand, B.A. 52
Schölzel-Dorenbos, C.J.M. 72
Schouten, J. 30, 38, 41, 42, 56, 59,
65
Schouwink, G. 65
- Schreuder, J.Th.R. 30
Schudel, W.J. 78, 80, 81
Schuurman, G. 47
Sipsma, D.H. 42, 59, 65, 69, 120
Slaets, J.P.J. 145
Sleeswijk, J.G. 30, 31
Staal, A. 80
Staehelin, H. 81
Stout, R.W. 61
Studenski, S. 110
- Taekema, D.G. 74, 83
Thijssen, C. **40-44**, 45, 46, 59, 60,
86
Toorn, D.W. van 46
Tulner, C.R. **45-55**, 158
- Uyl, J.M. den 32
- Verhaar, H.J.J. 9, 87, 92
Verheggen, A.W.M. 58, 66
Verhey, F.R.J. 70, 128
Verhoeven, W.M.A. 132
Verschoor, C. 79
Vries, K. de 48, 49
Vroman-Veerman, N. 79, 80
- Welten, J.B.V. 30
Wessel-Tuinstra, E.K. 32
Westendorp, R.G.J. 72, 145
Wijnen, H.H. 73
Williamson, J. 61
Wilmer, J.A.M. 146, 151, **152-157**
Wilson, J.H.P. 29
Wolters, E. 71
Wolthuis, J. 135
- Young, J. 112
Ziere, G. 83

BRONNEN EN LITERATUUR BEHOREND BIJ KLINISCHE GERIATRIE – GESCHIEDENIS VAN EEN SPECIALISME

ARCHIEF

Brieven uit het archief van de NVKG zijn als volgt in het boek opgenomen: B75 etc. Archiefstukken van de NVvG en NVKG zijn aangegeven als N75 etc.

- B75a Brief 6 mei 1975. J.B.V. Welten aan NVvG.
- B75b Brief 9 juli 1975. J. Schouten aan NVvG.
- B75c Brief 28 juli 1975. A.N.J. Reinders Folmer aan prof. D. Danon (president of the International Association of Gerontology).
- B75d Brief 7 augustus 1975. C. Leering aan NVvG.
- B75e Brief 17 september 1975. H.W. ter Haar aan medebestuurleden.
- B77a Brief 28 februari 1977. H.W. ter Haar aan A.N.J. Reinders Folmer.
- B77b Brief 11 mei 1977. A.N.J. Reinders Folmer aan H.W. ter Haar.
- B77c Brief 13 mei 1977. A.N.J. Reinders Folmer aan bestuur Klinische Sectie NVG.
- B77d Brief 21 juni 1977. Secretarisgeneraal van Volksgezondheid aan cc.
- B77e Brief oktober 1977. S. Braadbaart aan prof. dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen.
- B78a Brief 23 oktober 1978. COSBO (voorzitter mr. M.P.J.G. van Thiel) aan cc.
- B78b Brief 23 november 1978. NVvG aan cc.
- B79a Brief 3 april 1979. NVvG aan cc en 15 organisaties.
- B79b Brief 25 april 1979. cc aan NVvG.
- B79c Brief april 1979. Mw. dr. H.J.A. Verhagen (geneeskundig hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid) aan NVvG.
- B79d Brief 22 augustus 1979. COSBO aan NVvG.
- B79e Brief 3 oktober 1979. NVVA aan NVvG.
- B79f Concept brief NVvG aan COSBO.
- B79g Brief 18 december 1979. Prof. dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen aan de leden van de studiecommissie geriatrie.

- b79/80 Brief zonder datum. H.W. ter Haar aan prof. dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen.
- b80a Bedankbrief 12 juni 1980. Secretariaat H.M. aan NVvG bestuur.
- b80b Brief 30 mei 1980. NVvG aan CC.
- b80c Brief 22 oktober 1980. CC aan SRC.
- b80d Brief 20 november 1980. KNMG aan NVvG.
- b80e Brief 8 december 1980. H.W. ter Haar aan NVvG bestuur.
- b80f Brief 22 december 1980. J.B.V. Welten aan leden NVvG.
- b81a Brief 2 maart 1981. H.W. ter Haar aan medebestuurders.
- b81b Brief 21 april 1981. NZR aan NVvG.
- b81c Brief 10 augustus 1981. O&W aan NVvG.
- b82a Brief 28 oktober 1982. NVvG aan minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; en aan alle provinciebesturen.
- b82b Brief 10 november 1982. Provincie Gelderland aan NVvG.
- b83a Brief 31 januari 1983. Geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid aan de directies van alle psychiatrische ziekenhuizen.
- b83b Brief 28 februari 1983. NVvG aan Vaste Kamercommissie wvc.
- b84 Brief 30 mei 1984. Ministerie wvc aan Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg).
- b86 Brief 4 maart 1986. Dr. J.K. van Dijk (projectleider GAAZ-onderzoek) aan de leden van de Werkgroep Klinisch Geriaters [sic].
- b88 Brief 15 maart 1988. Prof. dr. F. Eulderink aan docenten in gerontologie en geriatrie der medische faculteiten.
- b89a Brief 3 april 1989. Mw. L.E. Persijn (klinisch geriater, Streekziekenhuis Gooi-Noord) aan bestuur NVvG.
- b89b Brief 7 april 1989. NVvG aan universitaire ziekenhuizen (AZU, St. Radboudziekenhuis, AMC, VU ziekenhuis, AZG, AZL, AZM).
- b89c Brief 23 september 1989. L. de Lange (huisarts, voorzitter SGCP) aan bestuur NVvG.
- b89d Brief 3 november 1989. NVvG aan de minister van wvc H. d'Ancona.
- b90a Brief 22 februari 1990. Prof. dr. M.F. Kramer (decaan faculteit geneeskunde RU Utrecht) aan NVvG.
- b90b Brief 27 maart 1990. J.A. de Fockert aan NVG en NVvG.
- b90c Brief 9 april 1990. Prof. dr. M.F. Kramer aan NVvG.
- b90d Brief 16 mei 1990. H. Benneker (secretaris Verkenningcommissie Klinische Geriatrie) aan NVvG.
- b90e Brief 21 mei 1990. NVvG aan H. Benneker.
- b91a Brief 24 januari 1991. NVvG aan prof. dr. F. Eulderink.
- b91b Brief 7 augustus 1991. Dr. S.A. Duursma aan NVvG bestuur, leden van de WKG, bestuur en leden VAKG.
- b91c Brief 8 augustus 1991. Dr. G.J. Ligthart aan NVvG bestuur.

- B91d Brief 1 oktober 1991. R.H.P. van Beest (adj. Directeur patiëntenzorg Bloemendaal) aan NVvG bestuur.
- B91e Brief 26 september 1991. NVvG aan NESTOR secretariaat.
- B92a Brief 9 april 1992. NVG aan NVvG.
- B92b Brief 1 juli 1992. NVvG aan prof. dr. M.W. Ribbe.
- B92c Brief 2 november 1992. Prof. dr. D.H. Sipsma aan NVvG bestuur.
- B92d Brief 1 december 1992. P. Nouws (secretaris Benoemingsadviescommissie KU Nijmegen) aan NVvG.
- B92e Brief 23 december 1992. NVvG aan P. Nouws.
- B93a Brief 8 april 1993. NVvG aan prof. dr. S.A. Duursma.
- B93b Brief 29 september 1993. Prof. dr. D.H. Sipsma aan NVvG bestuur en aan dr. D.J.B. Ringoir (voorzitter stichtingsbestuur TGG).
- B94a Brief 2 februari 1994. Dr. G.J. Ligthart aan NVvG.
- B94b Brief 8 februari 1994. Prof. dr. S.A. Duursma en G.J. Cerfontaine (voorzitter RVB AZU) aan Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer.
- B94c Brief 9 februari 1994. Bohn Stafleu Van Loghum aan NVvG bestuur.
- B94d Brief 28 februari 1994. NVvG aan College van Bestuur RU Leiden.
- B94e Brief 29 juli 1994. NVvG aan Vereniging voor Psychogeriatric.
- B94f Brief 9 november 1994. NVvG aan Prof. dr. G.N. de Ruijter.
- B96 Brief 28 november 1996. Prof. dr. D.H. Sipsma aan mw. dr. T.J.M. van der Cammen.
- B97 Brief 16 december 1997. Paul van der Kooij (ambtelijk secretaris NVvG) aan Monique Belinfante-van Gelder.
- B98a Brief 28 juli 1998. M.G.M. Olde Rikkert aan bestuur Sectie klinisch geriatric.
- B98b Brief 10 augustus 1998. S.P.C. Groen aan NVvG.
- B02 Brief 10 september 2002. R.W.M.M. Jansen aan R. Huijsman.
- B03 Brief 16 juni 2003. NVKG aan CSO naar aanleiding van een artikel in het blad 'Ouderenzorg' (2/2003).
- B04 Brief NVKG aan ministerie van VWS betreft: subsidie opleidingsplaatsen klinische geriatric 2004.
- N75a Bijlage bij de agenda van de NVvG ledenvergadering. 10 april 1975.
- N75b J.B.V. Welten, Notulen NVvG. 10 april 1975.
- N76 Bestuursaantekeningen. 21 september 1976.
- N77 Conclusies van informeel gesprek op 22 juli 1977. Aanwezig: F.C. Stam, J. Schouten, H.W. ter Haar, A.N.J. Reinders Folmer, H.P. Akkerman.
- N78 H.W. ter Haar, Notitie betreffende gezondheidszorg voor ouderen. 13 juni 1978.

- N79 Jaarverslag over 1979.
- N80 Concept november 1980. Voorstel voor opleiding tot geriater.
- N81a Verslag 19e, 20e en 21e NVvG bestuursvergadering. Februari 1981.
- N81b Concept februari 1981. NVvG Erkenning geriater.
- N81c Verslag 24e bestuursvergadering. 2 december 1981.
- N82 Visie van de NVvG. Bijlage bij brief van NVvG aan Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 18 juni 1982.
- N86 Raakvlakken geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde. Dongen. Maart 1986.
- N87a Jaarverslag 1986. Arnhem. Maart 1987
- N87b Het geluid van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. Nota Public Relations.
- N88 Jaarverslag 1987. Arnhem. Maart 1988.
- N89a Jaarverslag 1988. Arnhem. April 1989.
- N89b Structuurrapport Klinische Geriatrie en Gerontologie. Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Academisch Ziekenhuis Utrecht, 3e ontwerp. Augustus 1989.
- N90a Jaarverslag 1989. 's-Gravenhage. Februari 1990.
- N90b Verslag 29e ledenvergadering van de NVvG op 23 mei 1990.
- N90c Werkgroep Klinische Geriatrie. Registratie. Haarlem/Utrecht. Augustus 1990.
- N90d Advies van de commissie "Aandachtsgebied geriatrie voor internisten". November 1990.
- N91 Jaarverslag 1990. 's-Gravenhage. Mei 1991.
- N92a Jaarverslag 1991. Arnhem. April 1992.
- N92b Vacature in NRC Handelsblad. 27 juni 1992.
- N93a Jaarverslag 1992. Arnhem. April 1993.
- N93b Project Vernieuwing Epidemiologische Informatie Geriatrie. Verslag workshop 2 april.
- N93c Eindtermen voor het onderwijs in de geriatrie en de gerontologie voor de artsopleiding. Arnhem. Oktober 1993.
- N93d Werkconferentie onderwijs geriatrie. Zeist. 3 december 1993.
- N94 Jaarverslag 1993. Arnhem.
- N95a Jaarverslag 1994. Arnhem .
- N95b Inschrijfformulier Geriatriedagen 1995, De Reehorst Ede. 8 en 9 juni 1995.
- N95c Concept Nieuwsbrief. 11 december 1995.
- N96a Jaarverslag 1995. Utrecht.
- N96b Redactie (Karel Kamperman, Simon Groen & Huub Maas). Ten Geleide, NVvG Ledenbulletin;9(1):2.
- N96c NVvG Ledenbulletin;9(1).

- n96d 2e werkconferentie onderwijs geriatrie. Proceedings. Arnhem. April 1996.
- n97 Jaarverslag 1996. Utrecht.
- n98a Sectie Klinische Geriatrie. Agenda voor de 14e bestuursvergadering. 3 juli 1998.
- n98b Sectie Klinische Geriatrie. Agenda voor de 16e bestuursvergadering. 25 september 1998.
- n98c Sectie Klinische Geriatrie. Rapportage betreffende de resultaten van het project Uitbreiding opleidingscapaciteit klinische geriatrie. Oktober 1998.
- n98d Project Landelijke Coördinatie Geriatrie Onderwijs. Eindrapportage. November 1998.
- n02 Bestuur NVKG en Plexus Medical Consult, Beleidsdocument Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
- n04 Aankondiging Jubileumcongres 12 november 2004.
- n05 Hoofdpijnenakkoord fusie NVKG en NIV. 20 mei 2005.
- n05-06 Jaarverslag NVKG 2005-2006.
- n06a Stand van zaken besprekingen tussen NVKG en de NIV inzake integratie Klinische Geriatrie en het aandachtsgebied Ouderengeneeskunde tot een nieuw aandachtsgebied Geriatrie van de NIV. Concept juni 2006.
- n06b Samen verder? Uitnodiging en agenda ALV 10 oktober 2006.
- n06c Verslag ALV "NVKG integratie NIV" tot aandachtsgebied geriatrie van interne geneeskunde. 10 oktober 2006.
- n06d Een discussie stuk. De klinische geriatrie in beweging. De toekomst met of zonder de NIV.
- n06e Verslag ALV "NVKG integratie NIV" tot aandachtsgebied geriatrie van interne geneeskunde, deel 2. 2 november 2006.
- n06f Brief voorzitter Dautzenberg aan leden. 29 november 2006.
- n06g Agenda 25e ledenvergadering van de NVKG. 15 december 2006.
- n06h Notulen van de 25e Algemene Ledenvergadering van de NVKG. Utrecht 15 december 2006.
- n07a De pioniersjaren voorbij. Beleidsvisie Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Maart 2007.
- n07b Jaarverslag NVKG 2007.
- n08 Jaarverslag NVKG 2008.
- n09 Jaarverslag NVKG 2009.
- n10 Jaarverslag NVKG 2010.
- n11 Jaarverslag NVKG 2011.
- n13 Jaarverslag NVKG 2013.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

De gebruikte stukken uit de verslagen van de Tweede en Eerste Kamer der Staten-Generaal zijn in de tekst genummerd als respectievelijk ТК1, ЕК1 etc. De verwijzing is als volgt:

TWEDE KAMERSTUKKEN

- 1 Tweede Kamer 1954-1955 kamerstuknummer 3700 XII ondernummer 10. Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955 (Sociale Zaken en Volksgezondheid).
- 2 Tweede Kamer 1954-1955 kamerstuknummer 3700 XII ondernummer 12. Rijksbegroting voor het dienstjaar 1955 (Sociale Zaken en Volksgezondheid).
- 3 Tweede Kamer 1959-1960 kamerstuknummer 5700 XII ondernummer 9. Rijksbegroting voor het dienstjaar 1960 (Sociale Zaken en Volksgezondheid) 179.
- 4 Tweede Kamer 1959-1960 kamerstuknummer 5700 XII ondernummer 10. Rijksbegroting voor het dienstjaar 1960 (Sociale Zaken en Volksgezondheid) 37.
- 5 Tweede Kamer zitting 1959-1960 - 5700. Rijksbegroting voor het dienstjaar 1960. Hoofdstuk XII. Sociale Zaken en Volksgezondheid. Verslag van het mondeling overleg betreffende afdeling VII (Volksgezondheid) nr. 19, 1-2.
- 6 Tweede Kamer Vaststelling hoofdstuk xv (Sociale Zaken en Volksgezondheid) 1962; 27ste vergadering, 13 december 1961, 3377, 45.
- 7 Tweede Kamer Vaste commissie voor de Volksgezondheid. Vergadering van woensdag 11 november 1964, 24.
- 8 Tweede Kamer Handelingen 1967-1968. Vaste commissie voor de Volksgezondheid - Vergadering van donderdag 2 november 1967. Beraadslaging over punt 6. Gezondheidsproblemen bij bejaarden; geriatrie; verpleegtehuizen voor bejaarden, 19-22.
- 9 Tweede Kamer Handelingen ocv/ucv 1968-1969. Vaste commissie voor de Volksgezondheid - Vergadering van donderdag 14 november 1968.
- 10 Tweede Kamer Handelingen 1969-1970. Vergadering van dinsdag 9 december 1969. Opmerking van Visser.
- 11 Tweede Kamer zitting 1979-1980, 15800 hoofdstuk xvII, nr. 10. Rijksbegroting voor het jaar 1980 (Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Deel Volksgezondheid). Verslag vastgesteld 18 oktober 1979.
- 12 Tweede Kamer 1970-1971 kamerstuknummer 10934 ondernummer 5. Nota bejaardenbeleid 1970. Memorie van antwoord 9 maart 1971.
- 13 Tweede Kamer Handelingen 1971-1972. Vergadering van dinsdag 11 april 1972.

- 14 Tweede Kamer Handelingen 1971-1972. Vergadering van woensdag 12 april 1972.
- 15 Tweede Kamer Handelingen 1971-1972. Vergadering van dinsdag 18 april 1972.
- 16 Tweede Kamer Handelingen 1975-1976. Vergadering van 29 oktober 1975.
- 17 Tweede Kamer Handelingen 1975-1976. Vergadering van 30 oktober 1975.
- 18 Tweede Kamer Handelingen ocv/ucv 1975-1976. Vaste Commissie voor de Volksgezondheid -Vergadering van 23 februari 1976.
- 19 Tweede Kamer Handelingen ocv/ucv 1975-1976. Bijzondere Commissie voor de Nota Bejaardenbeleid - Vergadering 29 maart 1976.
- 20 Tweede Kamer 1975-1976 kamerstuknummer 13463 ondernummer 22. Nota bejaardenbeleid 1975. Verslag van een mondeling overleg. Vastgesteld 15 september 1976.
- 21 Tweede Kamer Handelingen 1976-1977 - 01 februari 1977, 46ste vergadering, 42.
- 22 Tweede Kamer Handelingen 1976-1977 - 02 februari 1977, 47e vergadering, 30.
- 23 Tweede Kamer Handelingen 1976-1977 - 03 februari 1977, 48ste vergadering, 49.
- 24 Tweede Kamer Handelingen 1976-1977 - 08 februari 1977, 49ste vergadering, 6.
- 25 Tweede Kamer 1977-1978 kamerstuknummer 14406 ondernummer 9. Schets van de huidige situatie van het revalidatiebeleid. Antwoorden ter voorbereiding van een openbare commissievergadering ontvangen 21 juni 1978 van staatssecretaris E. Veder-Smit.
- 26 Tweede Kamer zitting 1979-1980, 15800 hoofdstuk xvii, nr. 10. Rijksbegroting voor het jaar 1980 (Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Deel Volksgezondheid). Verslag vastgesteld 18 oktober 1979.
- 27 Tweede Kamer, 28 oktober 1980. Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- 28 Tweede Kamer Handelingen ocv/ucv 1979-1980. Vaste Commissie voor de Volksgezondheid - Uitgebreide commissievergadering 19 juni 1980.
- 29 Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16400, hoofdstuk xvii, nr. 18. Antwoord 127.
- 30 Tweede Kamer, zitting 1981-1982. Rijksbegroting voor het jaar 1982, 17100. Hoofdstuk xvii Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (onderdeel Volksgezondheid) nr. 21. Nota naar aanleiding van het verslag. Ontvangen 22 december 1981.
- 31 Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17600 hoofdstuk xvi, nr. 62.
- 32 Tweede Kamer. Verslag 21 november 1983. Vaste commissie voor Welzijn en Cultuur- Ouderenbeleid.
- 33 Tweede Kamer. Vergaderjaar 1984-1985, 18600 hoofdstuk xvi, nr. 98.

- 34 Tweede Kamer. Vergaderjaar 1984-1985, 18463. Geestelijke volksgezondheid Nr. 5. Lijst van antwoorden. Ontvangen 10 april 1985.
- 35 Tweede Kamer 1986-1987 kamerstuknummer 19434 ondernummer 4. Zorg voor ouderen. Brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Rijswijk, 4 november 1986.
- 36 Tweede Kamer 1990-1991 kamerstuknummer 21814 ondernummer 2. Ouderenbeleid 1990-1994.
- 37 Tweede Kamer. Schriftelijke vragen van kamerlid Terpstra 9 november 1989; Antwoord van staatssecretaris Simons (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Ontvangen 23 januari 1990.
- 38 Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 17600 hoofdstuk XVI, nr. 62.
- 39 Tweede Kamer, zitting 1987-1988 kamerstuknummer 20539 ondernummer 2. Ouderenbeleid.
- 40 Tweede Kamer zitting 1990-1991 kamerstuknummer 21814 ondernummer 2. Ouderenbeleid 1990-1994.
- 41 Tweede Kamer. Brief 7 september 1995. Minister en staatssecretaris van vws aan Tweede Kamer.
- 42 Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995.
- 43 Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24319, nr. 3.
- 44 Tweede Kamer. Ouderenbeleid 1995-1998. Actieprogramma 24319, nr. 4. Verslag van een algemeen overleg. Vastgesteld 4 april 1996.
- 45 Tweede Kamer 25000 XVI. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997 nr. 10. Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden. Vastgesteld 1 november 1996.
- 46 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000 Vergadering nummer 15. Datum vergadering 28 oktober 1999. Gepubliceerd op 5 november 1999. Bijvoegsel: Schriftelijke antwoorden van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen, gesteld in de eerste termijn van de behandeling van de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor 2000 (26 800-XVI).
- 47 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000. Kamerstuk 26801 nr. 26. Gepubliceerd op 25 november 1999. 26801 Zorgnota 2000 nr. 26. Verslag van een Notaoverleg. Vastgesteld 17 november 1999. De Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 november 1999 overleg gevoerd met de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Zorgnota 2000.
- 48 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000. Vergaderingnummer 15. Datum vergadering 28 oktober 1999. Gepubliceerd op 5 november 1999. Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van het wetsvoorstel Vaststel-

- ling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (xvi) voor het jaar 2000 (26800 xvi).
- 49 Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 21814, nr. 16. Brief 18 januari 1993. Van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ouderenbeleid 1990-1994.
- 50 Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994. Aanhangsel van de Handelingen. Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. 10 februari 1994 / 3 maart 1994.
- 51 Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991 kamerstuknummer 21814 ondernummer 4. Ouderenbeleid 1990-1994 deelnota.
- 52 Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, 21814, nr. 16. Brief 18 januari 1993. Van de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ouderenbeleid 1990-1994.
- 53 Vergaderjaar 2000-2001. Kamerstuk 24333 nr. 51. Gepubliceerd op 31 mei 2001. Modernisering ouderenzorg.
- 54 Vergaderjaar 2002-2003. Kamerstuk 28950 nr. 2. Gepubliceerd op 5 juni 2003. Dementerenden en de Wet BOPZ.
- 55 Vergaderjaar 2003-2004. Kamerstuk 28950 nr. 4 Gepubliceerd op 3 november 2003. Dementerenden en de Wet BOPZ nr. 4. Lijst van vragen en antwoorden. Vastgesteld 23 oktober 2003.
- 56 Vergaderjaar 2004-2005. Kamerstuk 29389. Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid. Nr. 5. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 19 april 2005.
- 57 Vergaderjaar 2004-2005. Kamerstuk 29549 nr. 3. Gepubliceerd op 13 mei 2005. Themacommissie Ouderenbeleid nr. 3. Verslag van een forumdiscussie, gehouden op vrijdag 15 april 2005.
- 58 Vergaderjaar 2005-2006. Kamerstuk 29549 nr. 5. Gepubliceerd op 2 december 2005. Themacommissie Ouderenbeleid nr. 5. Rapport Themacommissie Ouderenbeleid.
- 59 Vergaderjaar 2006-2007. Kamerstuk 30800-xvi nr. 146. Gepubliceerd op 7 juni 2007. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (xvi) voor het jaar 2007.
- 60 Vergaderjaar 2007-2008. Vergaderingnummer 44. Datum vergadering 23 januari 2008. Gepubliceerd op 25 februari 2008. Aan de orde is het debat over het rapport Lang zullen we leven van de themacommissie Ouderenbeleid.
- 61 Vergaderjaar 2007-2008. Vergaderingnummer 45 Datum vergadering 24 januari 2008. Gepubliceerd op 26 februari 2008. Aan de orde is de voortzetting van het debat over het rapport Lang zullen we leven van de themacommissie Ouderenbeleid.

- 62 Themacommissie Ouderenbeleid nr. 6. Lijst van vragen en antwoorden.
Vastgesteld 13 april 2006.

EERSTE KAMERSTUKKEN

- 1 Handelingen Eerste Kamer 1965-1966. Vergadering van dinsdag 3 mei 1966, 22.
- 2 Eerste Kamer, zitting 1980-1981, 16400 XVII, nr. 68.
- 3 Eerste Kamer, zitting 1980-1981, 16 400 XVII, nr. 68a.
- 4 Eerste Kamer, zitting 1982-1983, 17600 XVI, nr. 108b. Interimadvies van 4 januari 1983.
- 5 Eerste Kamer, vergaderjaar 1983-1984, 18100 hoofdstuk XVI, nr. 108c.

BOEKEN EN TIJDSCHRIFTARTIKELEN

Ins&Ouds = Ins&Ouds - Tijdschrift voor Geriatrie

MC = Medisch Contact

NTvG = Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

TGG = Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

Aa GCHM van der, Keijzer JAL de, Raymakers JA, Cammen TJM van der (1997).
Kwaliteitsbevordering binnen de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie.
MC;52(4):136-7.

Bergman RAM, Groen J, Horst I van der (1952). Feuilletons. Verslag van het 2e
internationale gerontologisch congres. NTvG;96III:2079-82.

Blauw GJ (2014). Van specialisatie naar basiszorg. Rede 10 november. RU Lei-
den.

Boonkamp-Snoeren CM & Hamaker ME (2009). 'Die cultuur paste niet bij mij'
(2). MC;64(25).

Booys M de, Nieuwenhuijzen Kruseman A, Munster B van (2013). Keurmerk
voor seniorvriendelijk ziekenhuis. MC;68(39):1976-8.

Bruijns E & Ameyden van Duym EE van (1984). Contouren van een geriatrische
afdeling in het algemeen ziekenhuis. TGG;15:15-23.

Bruijns E (1987). Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Commen-
taar op een rapport van de Nationale Ziekenhuisraad. MC;42(11):347-8.

Bruijns E (1988a). De geriatrische patiënt in het ziekenhuis, voor wie een zorg?
NTvG;132:527-8.

Bruijns E (1988b). Flankerend geriatrisch beleid (2). Commentaar van de Ne-
derlandse Vereniging voor Geriatrie. MC;43(29/30):870-1.

- Bruijns E (2014a). Dr. E.H.W. (Lies) van Kammen-Wijnmalen (1921-2010). *Ins&Ouds*;2(1):31.
- Bruijns E (2014b). J.A. de Fockert: een voortrekker van het eerste uur. *Ins&Ouds*;2(4):35-6.
- Bruijns E (2015). Prof. dr. G.J. Ligthart, onafhankelijk denker. *Ins&Ouds*;3(1):29-30.
- Buck W de (1992). Klinische geriatrie als proeftuin. *Signet* nr. 4:7-12.
- Bijsterveld K (1995). Geen kwestie van leeftijd. *Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen 1945-1982*. Amsterdam: van Genneep.
- Cahn LA (1969). De psychisch gestoorde bejaarden en het psychiatrisch ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*;11:401-12.
- Campen C van (red) (2011). *Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau*: Den Haag, februari.
- Cammen TJM van der, Simpson JM, Fraser RM, Preker AS, Exton-Smith AN (1987). The Memory Clinic. A new approach to the detection of dementia. *Br J Psychiatry*;150:359-64.
- Cammen TJM van der (2014). De bijdrage van Dick Sipsma aan de ontwikkeling van de klinische geriatrie in Nederland. *Ins&Ouds*;2(3):35-6.
- Capaciteitsorgaan (2003). Voorlopig advies instroom en capaciteit vervolgoopleidingen medische specialisten 2004. december.
- Capaciteitsorgaan (2005). Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde beide vanaf 2006. Utrecht, november.
- Capaciteitsorgaan (2008). Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen. Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde beide vanaf 2009. Utrecht, februari.
- Capaciteitsorgaan (2013). Capaciteitsplan 2013 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische, geestelijke gezondheid-, en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht, oktober.
- CBS (2011). Webmagazine, woensdag 23 november.
- CBS (2012). <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3669-wm.htm>.
- cc (1968). Kort verslag - Van het Centraal College. *MC*;23:1350.
- cc (1974). Jaarverslag over 1973. *MC*;29:1288-93.
- cc (1983). Geriatrie. Besluiten nr. 4 en 5/1982. *MC*;37(2):56-8.
- cc (2013). Besluit van 14 december 2009 houdende de opleidings- en erkenningseisen voor het medisch specialisme klinische geriatrie. (Besluit klinische geriatrie). In de *Staatscourant* van 29 april 2010, nr. 6522 is mededeling gedaan van de vaststelling van dit besluit. Dit Besluit is gewijzigd bij besluit

- van 12 september 2012 houdende de wijziging van diverse collegebesluiten waarvan op 12 december 2012 mededeling is gedaan in de Staatscourant. Dit besluit is in werking getreden op 1 januari 2013.
- Colenbrander MC (1968). Moet de geriatrie een erkend specialisme worden? *MC*;39:1025-6.
- cvz (1994). Advies inzake Referentiekader Klinische Geriatrie. Rapportnr. 384.
- Daal MJGW van & Knecht-van Eekelen A de (1994). Joannes Juda Groen (1903-1990). Een arts op zoek naar het ware welzijn. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Dekker K den (1997). *Rebels binnen de regels: het vrouwendispuut Arktos, 1917-1997*. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Dillmann EBM (1984). De functie geriatrie, een vorm van holistische gezondheidszorg. *TGG*;15:7-14.
- Duursma SA (1992). Hoe wilt *U* oud worden? Inaugurele rede Rijksuniversiteit Utrecht. Leerstoel Geriatrie en Gerontologie. 18 september. AZU: afdeling Geriatrie.
- Duursma SA, Hoefnagels WHL (1994). De ontwikkeling van de geriatrie; Nederlandse universiteiten en academische ziekenhuizen onder de loep. *MC*;49:633-5.
- Duursma SA, Ribbe MW, Robben PBM, Heeren ThJ (1996a). Geriatrie in Nederland. I. Ontwikkeling. *NTvG*;140(48):2416-9.
- Duursma SA, Ribbe MW, Robben PBM, Heeren ThJ (1996b). Geriatrie in Nederland. II. De netwerken geriatrie. *NTvG*;140(48):2420-3.
- Duursma SA (2000). Geriatrie op de helling. Eerste- en tweedelijnszorg beter structureren. *MC*;55(38):1332-4.
- Eulderink F, Heeren TJ, Knook DL, Ligthart GJ (red.) (1993). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Eerste druk, eerste oplage 1993; 4e herziene druk 2004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fiolet JFBM, Proosdij C van, Wendte CJJ, Flendrig JA (1988a). Flankerend geriatrisch beleid. *MC*;43(18):564-71.
- Fiolet JFBM, Proosdij C van, Wendte CJJ, Flendrig JA (1988b). Naschrift. *MC*;43(29/30):871-2.
- Fiolet JFBM (1993). *Flankerend Geriatrisch Beleid*. Het functioneren van geriatrische patiënten tijdens ziekenhuisopname. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Fockert JA de (1984). Klinische geriatrie, quo vadis? *TGG*;15:35-9.
- Franssen B (1983). Geriatrie: een specialisme. *Leeftijd*;februari:6-9.

- Garssen J (2011). Demografie van de vergrijzing. Den Haag/Heerlen: CBS.
Publicatiedatum CBS-website: 14 juni.
- Geerling J, et al. (red) (1981). Nederlandse Internisten Vereniging 1931-1981.
Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Gezondheidsraad (2008), Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en
zorg bij ouderen met multimorbiditeit. GR-rapport nr. 2008/01. Den Haag.
- Hansen J, Velden LFJ van der, Hingstman L. (2005). Behoefteraming klinisch
geriaters 2004-2015/2020. Utrecht: Nivel.
- Heuvel WJA van den & Olariou M (2010). Reactie. Sterke zorg voor kwetsbare
oudere (4). MC;65(27):1362.
- Hilfman MM (1954). Feuilletons. Het zesde ledencongres van de Koninklijke
Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. NTvG;
98iv:3255-8.
- Hillen HFP, et al. (red) (2006). Interne Geneeskunde de pijler van de moderne
gezondheidszorg. Nederlandse Internisten Vereniging 1931 - 2006.
Zwolle: Waanders Drukkers.
- Hilte-Olde Scheper TMJJ & Duursma SA (1995). Geriatrie-onderwijs in Utrecht.
NTvG;39:89-93.
- Hoefnagels WHL (1990). Ontwikkelingen in de geriatrie, de Nijmeegse visie.
Boerhaave cursus.
- Hoefnagels WHL (2001). Brief aan het Concilium Interne Geneeskunde Neder-
landse Internisten Vereniging, met cc aan NVK, Concilium Geriatricum,
Afdelingen Interne Geneeskunde Academische Ziekenhuizen, Afdelingen
Geriatrie Academische Ziekenhuizen. 23 mei. Met bijgevoegde notitie:
Hoefnagels WHL, Slaets JPJ, Westendorp RGJ (2001). 'Over de positie van de
klinische geriatrie aan de Academische Ziekenhuizen in Nederland'. 22 mei.
- Hornstra R (1953). Onderzoek naar de behoefte aan verpleeghuizen voor be-
jaarden op Schouwen-Duiveland. Tijdschrift voor Sociale Geneeskun-
de;31:576-8.
- Horst L van der & Zonneveld RJ van (1960). Arts en samenleving. De opleiding
van artsen, belast met de medische verzorging van bejaarden. NTvG;
104:930-1.
- Huijsman R & Zanen M (2003). Klinische geriatrie zoekt zonnige toekomst.
Ouderenzorg;6(2):16-21.
- Huijsman R & Zanen M (2005). Toekomst-scenari's klinische geriatrie.
Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Huijsman R & Wesseling M (2010). Sterke zorg voor kwetsbare oudere.
MC;65(16):710-3.
- Huijsman R (2013). Hoe slaagt de MOL? Management, Organisatie & Leiders-
chap voor toekomstige ouderenzorg. Rede in verkorte vorm uitgesproken

bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Management en Organisatie van Ouderenzorg aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, op donderdag 20 juni.

Idenburg P (1994). Bouwen aan het Amsterdams Klinisch Geriatrisch Netwerk. *Het Ziekenhuis*;nr.2:66-9.

Jansen PAF, Bruijns E, Cammen TJM van der (1997). Afdelingen geriatrie in Nederland. *mc*;52(47):1490-2.

Kalisvaart CJ (2005). Primary prevention of delirium in the elderly. Proefschrift UvA.

Katzenbauer MAJ (2009). 'Die cultuur paste niet bij mij'. *mc*;64(14):580-3.

Keijsers K, Cornegé-Bolkland E, Jansen P (2013). Klinische geriatrie? Nooit van gehoord. *mc*;68(24):8-9.

Keizer B. (2006). Weerloos. *mc*;61(46):1843.

Kiers, B (2003). Consultatiebureau voor ouderen is alleen voor risicogroepen zinvol. *Ouderenzorg*;6(2):12-4.

Klijnsma PJE & Golúke-Willemse GAM (1993). Geriatrische afdelingen in algemeen en psychiatrisch ziekenhuis. Een identieke tweeling? *mc*;48(39):1205-7.

KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Rapport van de stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg. Op 25 maart 2010 heeft het federatiebestuur dit vastgesteld als KNMG-standpunt.

Koopmans RTCM & Schers HJ (2008). Heel de oudere. Echte innovatie van ouderen zorg vraagt om paradigmaverandering. *mc*;63(13):558-61.

Ligthart GJ, Jansen PAF, Fockert JA de (1993). Wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie. *mc*;48(40):1232-3.

Ligthart GJ (1994). Reactie. *Klinische geriatrie*. *mc*;49(25):825.

Ligthart GJ (2007). Reactie. *Krakende wagens*. *mc*;62(14):618-9.

Lindeboom GA (1963). Rede uitgesproken bij de installatie en het begin van de werkzaamheden der commissie geriatrie. *Folia Medica Neerlandica* 8(1):20-6.

LSV (1967). Rapport van de Commissie voor Revalidatie en Geriatrie. *mc*;22:1097-1100.

mc (1981a). Prof.dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen neemt afscheid van Centraal College. *mc*;39(2):51-2.

mc (1981b). Geriatrie als klinisch specialisme. Discussienota NZR-sectie Verpleeghuizen. *mc*;36(28):852-4.

- MC (2003). Nieuws. Ouderenpsychiatrie en klinische geriatrie niet strikt afbakenen. MC;58(17).
- MC (2006a). Nieuws. Klinisch gerieters fuseren met internisten. MC;61(41):1608.
- MC (2006b). Nieuws. Fusie internisten en klinisch gerieters uitgesteld. MC;61(45):1789.
- Meeuwse EJ, Melis RJF, Aa GCHM van der, et al. (2013). Geheugenpolikliniek of huisarts bij dementie. Vergelijking van de effectiviteit van de begeleiding van patiënten en mantelzorgers. NTvG;157:A6356.
- Metz JCM, Pels Rijcken-Erp Taalman Kip EH van, Brand-Valkenburg BWM van den (1994). Raamplan Artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair publicatiebureau Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Munnichs JMA (1990). Bedreigt de geriatrie of is de geriatrie bedreigd? TGG;21:1.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- Nestor berichten (1990). december;nr.3:4.
- Nieuwenhuizen CLC van (1978). Het verpleeghuis in het continuüm van de gezondheidszorg en de opleiding van de verpleeghuisarts. MC;33(10):309-13.
- Nieuwenhuizen CLC van (1983). Geriatrie een klinisch specialisme. Wat nu? Rede op de ALV van de NVvG. 6 januari. Archief NVvG.
- NIV (1966). Notulen van de vergadering van 24 april 1965. Folia Medica Neerlandica;9:149-51.
- NPO (2013). 'Pas op met snelle conclusies over zorginnovaties'. De opbrengst van 5 jaar NPO:24-5.
- NRV. College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1987). Advies geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NVG (1948a). Verslag. NTvG;92I:76.
- NVG (1948b). Verslag. NTvG;92II:1806.
- NVVA (2008). Beleidsplan van de NVVA 2008 -2012: De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg.
- NZI (1986). Geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen. Deel I: Modelvorming. Deel II: Onderzoekbevindingen. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Olde Rikkert MGM, Heteren GM van, Hoefnagels WHL (1998). Medisch-wetenschappelijk onderzoek bij ouderen in Nederland; historische mijlpalen en methodologische problemen. NTvG;142:401-5.
- Olde Rikkert MGM (2014). Interview (zie Bijlage p. 107-117).

- Oostvogel FJG (1989). Boekbespreking - Leerboek geriatrie. NTvG;133:2001.
- Oostvogel FJG, Aller HL van, Stoop JA.(1995). Personalia. In memoriam dr. C. Leering. NTvG;139:2599.
- Ottolander GJH den (1965). Uit de Vereniging. Geriatrie en interne geneeskunde. Folia Medica Neerlandica;8(4):221-4.
- Ouweelen-Persijn LE, Wit-Ornée JM de, Gilson F (1983). Het ontstaan en functioneren van een GAAZ. TGG;14:11-5.
- Pannekoek JH (1965). In memoriam W.H. van Haaften. NTvG;109II:1361.
- Punt LM (red) (1994). Varia geriatica: lezingen en artikelen van prof. Dr. D.H. Sipsma verzameld ter gelegenheid van het 35-jarig bestaan van verpleeghuis Nieuw Toutenburg te Noordbergum. Noordbergum: Nieuw Toutenburg.
- Pouw A (1987). Oud, maar wijs genoeg? De Nederlandse Vereniging voor Gerontologie 1947-1987. Lochem: de Tijdstroom.
- Proosdij C van (1972). Bejaarde patiënten, geriatrie in theorie en praktijk. De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde deel 74. Leiden: Stafleu's wetenschappelijke uitgeversmaatschappij.
- Proosdij C van (1977). Klinische geriatrie - "un peu d'histoire". NTvG;121:152-6.
- Proosdij C van (1978). Een halve eeuw de sterken voor de zwakken. Zonnestraal 1928-1978. Hilversum.
- Proosdij C van (1979). Van oude mensen, de dingen die niet voorbijgaan. NTvG; 123:157-8.
- Proosdij C van (1980). Geriatrie: een vak apart. Toespraak gehouden op 18 april tijdens de ALV van de NVvG. Hierin citaat van J.Th.R Schreuder uit 'Heeft erkenning van de geriatrie als specialisme nog zin?'
- Proosdij C van & Sipsma DH (1984). De lijdensweg van de klinische geriatrie in Nederland. TGG;15:3-5.
- Proosdij C van (1987). Vierkante en vicieuze cirkels tot besluit. Voordracht op het Symposium voor huisartsen te Maastricht met als thema 'De oudere patiënt'. 12 december.
- Proosdij C van (1988). Klinische geriatrie. Voordracht gehouden op 8 juni 1988 voor studenten in Maastricht.
- Proosdij C van (1989a). In memoriam prof. dr. J.Th.R. Schreuder. NTvG; 133:1148-9.
- Proosdij C van (1989b). Ondervragen en onderzoeken. Toespraak. Maastricht 29 september.
- Proosdij C van (1991). Honderd jaar Hilversumse ziekenhuishistorie, 1891-1991. Ziekenhuis Hilversum.
- Querido A (1958). Klinische lessen. Revalidatie van bejaarde zieken. NTvG; 102:209-11.

- Raad voor Gezondheidsonderzoek (2006). Advies Onderzoek medische zorg voor Ouderen (In het bijzonder ouderen met multiple en complexe aandoeningen). Publicatie 54. Den Haag, augustus.
- RIVM (2014). Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17. Bilthoven, 23 juni.
- Ringoir DJB (1980). Sociale aspecten. In: J Schouten (red). Gerontologische problemen. Een inleiding. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Uitg.
- Robben P (2002). Kwartet voor ouderen. Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg. Proefschrift KU Nijmegen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Romijn CM & Weert NJHW van (1997). Netwerken in de geriatrie: indicaties van de omvang van geriatrische problematiek onder ouderen, de kwaliteit van de hulpverlening en de voortgang bij de netwerkvorming. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS); Ubbergen: Tandem Felix.
- Roo AA de (1985). De opleiding tot medisch specialist. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Schaaf JH (2006). Klinisch geriater is het spoor bijster. *MC*;43:1704-5.
- Schepman S & Heiligers PJM (2009). De waarde van de klinische geriatrie volgens huisartsen en mantelzorgers. Utrecht: Nivel.
- Schepman S, Heiligers P, Schellevis F (2011). De meerwaarde van de klinische geriatrie volgens huisartsen: een verkennend onderzoek. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*;89(6):316-22.
- Schols JMGA (2008). Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend? Rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde aan de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht op vrijdag 26 september.
- Schölzel-Dorenbos CJM (2000). De geheugenpolikliniek. *NTMA*;nr.99,- maart:9-10.
- Schouten J & vakgenoten (1968). Gevaren van bedrust. *NTvG*;112:1337-41.
- Schouten J (1977a). Zo werkt de geriatrische afdeling van het gemeente-ziekenhuis Slotervaart. *De Bejaarden*;13:270-2.
- Schouten J (1977b). De werkwijze van de geriatrische afdeling van het gemeente-ziekenhuis Slotervaart te Amsterdam. *TGG*;55:416-9.
- Schreuder JThR & Zonneveld RJ van (1955). Feuilletons. Geriatrische klinieken in Engeland. *NTvG*;99II:1676-8.
- Schreuder JThR (1959). Feuilletons. Eerste conferentie van de Europese klinische sectie van de "International Association of Gerontology", Sunderland. oktober 1958. *NTvG*;103:1181-2.

- Schreuder JThR (1963). Gevaren voor bejaarden bij ziekenhuis-opneming. *NTvG*;107:410-2.
- Schreuder JThR (1966). De geriatrische patiënt. *NTvG*;110:1825-8.
- Schreuder JThR (1968). Arts en samenleving. Revalidatie en geriatrie in het Algemene Ziekenhuis. *NTvG*;112:1787-90.
- Schreuder JThR (1969). Oorzaken en gevolgen van veroudering. Inaugurele rede. *RU Utrecht*.
- Schreuder JThR (1973). Twintig jaar geriatrie: een keuze uit het werk van prof. dr. J.Th.R. Schreuder. Samengesteld onder redactie van LA Cahn, JMA Munnichs & J Schouten. Van Loghum Slaterus.
- Schugard HG, Seuren WM, Steeman BJ, Rijna PJ (red) (1984). *Liber amicorum Dr. J.B.V. Welten*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does.
- Schuyt B van der (2005). De 's-Gravelandseweg en zijn bewoners. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Sipsma DH (1993a). Klinische geriatrie, een medische odyssee. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Klinische Geriatrie aan de Rijksuniversiteit te Groningen op dinsdag 9 februari.
- Sipsma DH (1993b). *Fata Geriatrica*. *MC*;48:1115.
- Slaets JPJ (1999). Over oude mensen en een jong specialisme. Rede *RU Groningen*.
- Slaets JPJ (2002). Brief aan prof.dr. H.A.P. Pols. 19 maart.
- Slaets JPJ & Izaks GJ (2006). Reacties. Klinische geriatrie is het spoor bijster (2). *MC*;61(50):2032-3.
- Sleeswijk JG (1948). Waarom Gerontologie? *NTvG*;92I:70-1.
- Sleeswijk JG (1950). De betekenis der gerontologie. *NTvG*;94III:2040-2.
- Spreeuwenberg (1994). Een 'task force' geriatrie. *MC*;49(19):631.
- Stek ML, Eikelenboom P, Beekman ATF (2008). Ouderenpsychiatrie in Nederland. Jubileumnummer 1959-2008. *Tijdschrift voor Psychiatrie*;50:131-6.
- Staab EM (1961). Ouderdom en sterfte in enkele getallen. In: RJ van Zonneveld. *Geriatrie*. Assen: Van Gorcum & Comp., Prakke & Prakke:135.
- STG/Health Management Forum (2007). Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden. Scenariostudie. Leiden: oktober.
- Teeseling I van (2002). Interview van prof. Ligthart voor de "Task force voor Ouderen". november. <http://sgvo.homestead.com/taskforce.html>.
- Trouwborst A (2000). Geïntegreerde zorg ons aller zorg. *MC*;55(6):214-6.
- Varkevisser M, Geest S van der, Maasland E, Schut E (2006). Naar een meer transparante opleidingsmarkt - Marktprikkels in het opleidingsfonds. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Rotterdam: december.

- Verenigingsnieuws NVvG (1998). TGG;29:273-4.
- Verenigingsnieuws NVvG (1999a). TGG;30:49-51.
- Verenigingsnieuws NVKG (1999b). TGG;30:143-4.
- Verenigingsnieuws NVKG (1999c). TGG;30:234-5.
- Verenigingsnieuws NVKG (2000). TGG;31:139.
- Verenigingsnieuws NVKG (2002a). TGG;33:140.
- Verenigingsnieuws NVKG (2002b). TGG;33:239-40.
- Verenigingsnieuws NVKG (2002c). TGG;33:278-9.
- Verenigingsnieuws NVKG (2003). TGG;34:142-3.
- Verhey FRJ (2000). Het verschijnsel geheugenpolikliniek. *Dementie Actueel*;2(2).
- Verhey FRJ, Ramakers I, Scheltens PH, et al. (2007). Geheugenpoli's in Nederland: Ontwikkelingen sinds 1998. TGG;38:237-45.
- Verschuur A (2003). Netwerken dementie moeten geriatrie weer op de kaart zetten. *Ouderenzorg*;6(2):6-9.
- Vijgen SMC, Busch MCM, Wit GA de, et al. (2005). Economische evaluatie van preventie. Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. RIVM rapport 270091001/2005.
- Vries H de (2008). Ontspoorde ouderenzorg. 25 maart. Interview met Rudi Westendorp.
- Welten JBV (1978). Verpleeghuisfunctie in samenhang met andere instellingen. *MC*;33:1097-9.
- Welten JBV (1992). Huisartsen en ouderen. Een unieke overeenkomst. *MC*;47(7):199-201.
- Westendorp RGJ (2006). Medische zorg voor ouderen onder de maat. Zucht naar concurrentie frustrereert ontwikkeling ketenzorg. *MC*;61(44):1748-51.
- Zembla (2014). Delier grote bedreiging oudere patiënt. 21 mei.
- Zonneveld RJ van (1961). *Geriatricie*. Assen: Van Gorcum & Comp., Prakke & Prakke.
- Zijl P van (1985). *Analyse van de registratiegegevens*. Utrecht, 8 augustus.
- Zwaneveld HA (1966). *Arts en samenleving. De zieke bejaarde en het psychiatrisch ziekenhuis*. *NTvG*;110:1354-6.

WEBSITES

- <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- <http://www.nvkg.nl/>
- <http://www.nieuwtoutenburg.nl/over-nieuw-toutenburg/geschiedenis>
- <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>

<http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl/>
<http://www.terweel.nl/over-zorggroep-ter-weel/geschiedenis.htm>
<http://www.troonredes.nl/troonrede-15-september-1959/>
http://www.vmszorg.nl/_library/5540/web_2009.0104_praktijkgids_kwetsbare_ouderen.pdf