


Klinische Geriatrie



Geschiedenis
van een
specialisme

Onder redactie van **Annemarie de Knecht-van Eekelen**

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Klinische Geriatrie

Geschiedenis van een specialisme



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

COLOFON

Uitgave: 2015, NVKG

Ontwerpen opmaak: Suzan Beijer / www.suzanbeijer.nl

Druk en afwerking: NPN drukkers, Breda

ISBN: 978 90 823 1371 0

NUR: 885



© 2015, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Bureau NVKG

Postbus 2704

3500 GS Utrecht

Telefoon: (030)2823930

E-mail: info@nvkg.nl

www.nvkg.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUD

VERANTWOORDING	7
VOORWOORD – HANNIE VAN LEEUWEN	9
I AANDACHT VOOR DE OUDERDOM	12
Verwachtingen over de groei van het aantal ouderen	13
J.TH.R. SCHREUDER	15
II DE JAREN VIJFTIG	19
Ontbreken van passende zorg	19
Medici en gerontologie	21
Politiek en ouderenzorg	22
R.J. VAN ZONNEVELD	23
III DE JAREN ZESTIG	25
Behoefte aan geriateren?	25
De Nederlandse Vereniging van Geriateren	26
Politiek en vergrijzing	28
Behandeling van oudere patiënten	32
S. BRAADBAART	34
IV DE JAREN ZEVENTIG	36
Gerontologie	36
De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie	37
Verpleeg- en ziekenhuizen met een geriatrische afdeling	40
Politiek en geriatrie	41
Een cc werkgroep Geriatrie	45
V DE JAREN TACHTIG	49
Het specialisme geriatrie	49
Opleiding tot geriater	51
Registratie: een overgangperiode	54
Het Concilium Geriatricum	56
Politiek en geriateren in de jaren tachtig	57
Klinische geriatrie in het algemene ziekenhuis	60

Wetenschappelijk onderwijs en onderzoek	64
De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie	67
Vereniging voor Arts-assistenten Klinische Geriatrie	72
Behoefteraming	73
W.H. VAN HAAFTEN	73
VI DE JAREN NEGENTIG	76
Ouderen in Tel	76
Onderzoek en onderwijs	84
De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie	91
Werken met twee secties (1996-1998)	106
De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (1999)	110
VII DE EENENTWINTIGSTE EEUW	112
Dubbele vergrijzing	112
Wetenschappelijk onderzoek	121
Behoefteraming	123
De opleiding	126
De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie	128
De pioniersjaren voorbij (2007)	135
Het beleid (2008-2014)	137
VIII BESLUIT: TOPKWALITEIT VOOR KWETSBARE OUDEREN	142
J.SCHOUTEN	143
BRONNEN, LITERATUUR, INTERVIEWS EN HERINNERINGEN	145
DE NVKG IN BEDRIJF	146
A.N.J. REINDERS-FOLMER	146
VERANTWOORDING VAN DE FOTO'S	147
H.W. TER HAAR	147
SUMMARY	148
OVER DE AUTEURS	150
LIJST MET AFKORTINGEN	153
J.B.V. WELTEN	155
REGISTER VAN PERSONEN	157
J.A. DE FOCKERT	160
D.H. SIPSMA	160

VERANTWOORDING

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (nvkg) is een jonge vereniging met een lange geschiedenis. Dit boek behandelt die geschiedenis voor zover die te traceren is uit schriftelijke en mondelinge bronnen. De geschiedenis van de vereniging gaat terug tot 1961 toen de Nederlandse Vereniging van Geriaters is opgericht. De eerste pioniers op het gebied van de geriatrie zijn niet meer onder ons, hun ervaringen en opvattingen hebben zij soms op schrift gesteld, meestal niet zeer uitgebreid. Geriaters waren en zijn artsen met een drukke praktijk, patiëntenzorg kwam altijd nummer één. Dat zij daarnaast nog tijd vonden om een vereniging te organiseren, te publiceren en te vechten voor hun bestaan, mag bijzonder heten.

Het archief van de nvkg is voor de eerste decennia van het bestaan weinig compleet. Aangevuld met informatie uit andere bronnen komt echter toch een beeld naar voren van een kleine, gemêleerde groep artsen die als gemeenschappelijk doel het verbeteren van de zorg voor ouderen had. Ondanks tegenwerking uit andere specialismen, in het bijzonder vanuit de interne geneeskunde, zijn zij erin geslaagd om met ingang van 1983 het specialisme klinische geriatrie erkend te krijgen.

De geschiedenis van de nvkg begint echter pas in 1999 toen de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie is verder gegaan zonder sociaal geriaters en de naam van de vereniging is gewijzigd in Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

Samen met de 'Subcommissie geschiedenis van de geriatrie' van de nvkg bestaande uit Carien van Rijn, Elly Bruijns, Tischa van der Cammen, Annemijn van der Poel-Elskamp, Petra Klijnsma en Marjan Ornée, is dit boek tot stand gekomen. Wij hebben geriaters geïnterviewd om uit de eerste hand te horen hoe het was, hoe het nu is en wat de toekomstverwachtingen zijn. Wij hebben andere geriaters gevraagd om uitleg over speciale onderwerpen. Alle interviews en de teksten over speciale onderwerpen zijn integraal te vinden op de website van de nvkg via de link www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie. In het boek zijn verwijzingen naar deze teksten opgenomen.

Alle andere teksten zijn van de hand van medisch-historicus Annemarie de Knecht-van Eekelen. Zij had toegang tot het archief van de nvkg waaruit zij met zo nauwkeurig mogelijke bronvermelding citeert. De bronnen zijn in de literatuurlijst vermeld die op de website van de nvkg via dezelfde link te vinden is. De

leden van de geschiedeniscommissie hebben haar verder in ruime mate voorzien van relevante literatuur die eveneens in de literatuurlijst is opgenomen.

In de tekst zijn kaders opgenomen met korte biografieën van overleden (klinisch) gerieters: de eerste bestuursleden en de ereleden van de NVvG/NVKG. Het zijn de bestuursleden W.H. van Haaften (oprichter van de Nederlandse Vereniging van Gerieters), H.W. ter Haar (eerste voorzitter NVvG), A.N.J. Reinders Folmer (eerste secretaris NVvG), dr. J.B.V. Welten en S. Braadbaart (leden van het eerste NVvG bestuur, van wie Braadbaart ook erelid is) en de ereleden prof dr. J. Th. R. Schreuder, dr. R.J. van Zonneveld, dr. J. Schouten, J.A. de Fockert en prof. dr. D.H. Sipsma. Met de nog levende ereleden zijn interviews gehouden.

Een bijlage met de gebruikte afkortingen is bedoeld om enig overzicht in het jargon te bieden. De Engelstalige samenvatting is van de hand van Tischa van der Cammen.

De aantrekkelijke vormgeving van het boek is het werk van Suzan Beijer. Zij heeft een moderne 'trap des ouderdoms' voor het omslag gebruikt die het leven van de moderne mens kan symboliseren. Onze dank daarvoor.

'Geriatric: een vak waarin geneeskunde en geneeskunst elkaar vinden, aanvullen en potentiëren', dat zijn de woorden van geriater Cees van Proosdij, toen hij op 18 april 1980 de leden van de Nederlandse Vereniging voor Geriatric toesprak. Zijn rede had de titel 'Geriatric een vak apart'. Deze geschiedenis laat zien waarom geriatric een vak apart is en zal blijven.

Malden, mei 2015

Annemarie de Knecht-van Eekelen

VOORWOORD



De grote weerstand tegen de komst van meer klinisch geriateren heeft mij, als oud-politica, in verschillende opzichten beziggehouden, maar dat het verzet zo hevig, zo intens was, heb ik nooit ten volle beseft. Het is in feite onvoorstelbaar dat, gelet op de grote nood van de vele kwetsbare ouderen, zoals die al in de jaren zestig bestond, er zo veel jaren van strijd nodig zijn geweest om het specialisme klinische geriatrie erkend te krijgen. Toen deze strijd uiteindelijk in 1982 was beslecht, doemden er weer andere problemen op. De Rijksoverheid maakte ons het leven wel erg zuur via de beddenreductie, uitbreiding van het aantal ziekenhuisbedden werd niet toegestaan. In één van de drie ziekenhuizen met geriatrie bedden werden de klinisch geriateren zelfs met ontslag bedreigd. Gelukkig is veel ten goede veranderd. In de afgelopen decennia zijn de klinisch geriateren een handje geholpen door de onrustbarende demografische ontwikkeling: steeds meer ouderen, die steeds ouder worden, onder wie ook meer geriatrie patiënten. Nu is toch in de meeste ziekenhuizen een klinisch geriater aanwezig die de totale oudere voor behandeling in ogenschouw kan nemen en niet alleen aandoeningsgericht te werk gaat.

In de politiek was er wel aandacht voor de problematiek. Vele leden van de

Tweede en ook van de Eerste Kamer vroegen hiervoor aandacht, soms door de indiening van moties, maar van een doorpakken was eigenlijk geen sprake. Ter voorbereiding van mijn voorwoord heb ik alle adviezen, waaraan ik heb meege- werkt, er nog maar eens op nagelezen. In feite zijn de verschillende ouderenbon- den veel meer de bondgenoten van de klinisch geriaters geweest en dat zijn ze nog steeds, denk bijvoorbeeld aan de seniorvriendelijke ziekenhuizen, daarvan zijn er nu al 75.

Geboeid heb ik gelezen wat de verenigingsactiviteiten inhielden, hoe de arts-assistenten hun rol hebben gespeeld. Van het gevecht om voldoende oplei- dingsplaatsen te verkrijgen heb ik als ambassadeur van de NVKG nog slechts een staartje meegekregen. Het is toch maar mooi gelukt om de opleidingscapaciteit aanzienlijk te verruimen. Voor mij zijn de jaarlijkse geriatricdagen een hoogte- punt van de verenigingsactiviteiten. De grote deelname laat zien dat er behoefte is aan een dergelijk multidisciplinair congres over geriatrie, waarbij metterdaad medische en verpleegkundige zorg voor ouderen centraal staat.

Het is een goede zaak geweest dat de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie met de tijd is meegegaan en voor een nieuwe structuur heeft gekozen als Neder- landse Vereniging voor Klinische Geriatrie. De NVKG trekt er hard aan om de positie van de klinisch geriaters te versterken, hun spilfunctie in de ziekenhui- zen heeft gestalte gekregen. Dat de NVKG naar topkwaliteit voor ouderen streeft, is mij uit het hart gegrepen, zoals trouwens het gehele boek.

Wat mogen wij, ouderen en jongeren, de vele pioniers van weleer dankbaar zijn voor hun niet aflatende inzet. Iedere keer opnieuw deden zij een nieuwe poging om evenzovele keren het lid op de neus te krijgen. De vele, vele pioniers, te veel om op te noemen! Lees en herlees daarom evenals ik het boek *Klinische Geriatrie - geschiedenis van een specialisme* in het besef dat al deze pioniers baanbrekend werk hebben verzet. Hun namen mogen niet worden vergeten! Maar ook de redactie verdient een groot compliment. Het is niet alleen gelukt de geschiedenis van de klinische geriatrie in Nederland helder weer te geven, maar deze ook in een bredere maatschappelijke context te plaatsen. Hulde daarvoor! Ik heb er veel van geleerd.

Rotterdam, april 2015

Hannie van Leeuwen - ambassadeur NVKG

Johanna (Hannie) van Leeuwen (*1926) heeft haar leven gewijd aan de politiek en het openbaar bestuur. Zij was onder meer lid van de Tweede Kamer (1966-1978) en van de Eerste Kamer (1995-2007). Zij heeft zich als Kamerlid ingezet voor de erkenning van het specialisme klinische geriatrie.



I

AANDACHT VOOR DE OUDERDOM

'De snelle toeneming der bejaarden heeft ons overrompeld', dat zei prof. dr. J.G. Sleswijk op de vergadering van de Nederlandse Internisten Vereniging van 26 november 1949. Hij sprak over de betekenis van de gerontologie en hield de aanwezige internisten voor dat er behoefte zal komen aan geriateren 'als volwaardig specialist' die zowel fysisch- als psychisch-therapeut zijn. Sleswijk (1879-1969), voormalig hoogleraar in de technische hygiëne te Delft, was een van de weinige Nederlandse autoriteiten op het gebied van de ouderdom. Als eerste had hij zich gevestigd als 'specialist voor ouderdomsziekten', in 1946 had hij de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (NVG) opgericht, hij was samensteller van het boek *De ouderdom van geneeskundig standpunt beschouwd*, het eerste Nederlandstalige overzicht over de problematiek van de ouder wordende mens, en hij trachtte met buitenlandse financiële hulp het wetenschappelijk onderzoek in Nederland te organiseren (Sleswijk, 1950).

Op de eerste vergadering van de NVG had Sleswijk de vraag gesteld 'waarom gerontologie?' (Sleswijk, 1948). Hij wees erop dat zich een nieuw specialisme ontwikkelde, de geriatrie of 'de geneeskunde der bejaarden' zoals hij het noemde. In de nieuwe vereniging wilde hij zich echter niet alleen op de medische aspecten van de ouderdom richten, maar ook op de biologie van de veroudering en de sociale en economische vraagstukken van de 'verouderende mensheid'. De nieuwe vereniging stelde zich ten doel 'de kennis te bevorderen van het verouderingsproces en van de maatschappelijke vraagstukken in verband met de ouderdom' en beoogde deze doelen te bereiken door 'het steunen van medische en andere natuurwetenschappelijke onderzoekingen op het gebied van de ouderdomszorg' (NVG, 1948a).

Hieruit wordt duidelijk dat de vereniging een breed gebied wilde bestrijken, zoals ook uit de samenstelling van het eerste bestuur zou moeten blijken. Naast de drie artsen in het bestuur - behalve Sleswijk waren dat P. Muntendam (1901-1986) en B.C.P. Jansen (1884-1962) - zouden een bioloog en een socioloog als bestuursleden moeten worden gezocht. Prof. dr. P. Muntendam, de latere staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1950-1953) - in 1947 was hij geneeskundig inspecteur voor de volksgezondheid voor Groningen, Friesland en Drenthe -, was de eerste secretaris van de NVG. Prof. dr. B.C.P. Jansen, hoogleraar fysiologische chemie in Amsterdam, had naam gemaakt met zijn onderzoek naar vitamine B en was in die tijd betrokken bij onderzoek naar

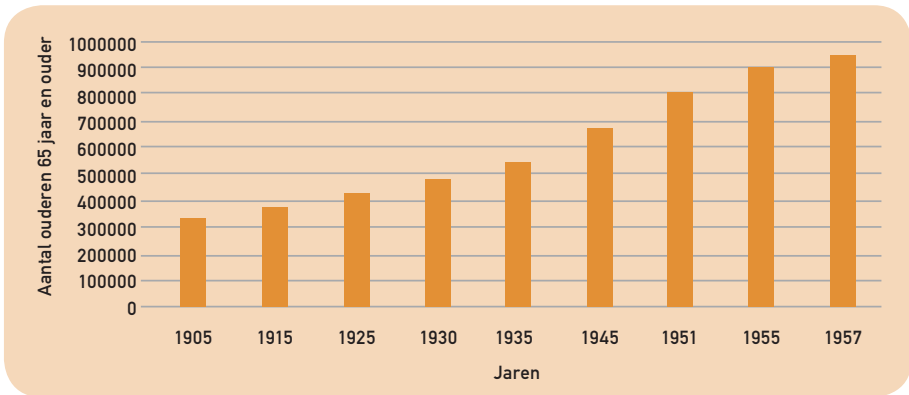
de voeding van bejaarden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een eerste project waarvoor de vereniging subsidie heeft aangevraagd bij de organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (zwo), een door Jansen voorgesteld onderzoek was naar vitamine D en de kalkstofwisseling bij ouderen. Zwo heeft dit voorstel echter niet gehonoreerd.

Voor een fonds voor wetenschappelijk onderzoek, dat de vereniging wilde opzetten samen met industrie en verzekeringsmaatschappijen, bleek de tijd nog niet rijp (Pouw, 1987). Sleeswijk had echter ook contacten met het Rijksarbeydsbureau en het ministerie van Sociale Zaken over arbeidsbemiddeling voor ouden van dagen (NVG, 1948b). Dat was een doelstelling van de vereniging: het bestuderen en bevorderen van sociale maatregelen en het verbeteren van de bejaardenzorg. Dit bracht met zich mee dat aanvankelijk veel sociaal geneeskundigen lid werden van de NVG. Tien jaar na de oprichting bedroeg het ledental 120, onder wie voornamelijk artsen (Pouw, 1987). Sleeswijk bleef voorzitter tot 1953, hij werd opgevolgd door prof. dr. L. van der Horst (1893-1978), hoogleraar neurologie en psychiatrie in Amsterdam. Van der Horst had, evenals Muntendam en Jansen, een hoofdstuk in *De ouderdom van geneeskundig standpunt beschouwd* geschreven. Van de andere auteurs kan prof. dr. J.J. Groen (1903-1990) worden genoemd (van Daal & de Knecht-van Eekelen, 1994). Hij heeft meegewerkt aan de totstandkoming in 1951 van een 'Adviescommissie gerontologisch onderzoek' als onderdeel van de Gezondheidsorganisatie TNO. Zelf deed hij in die tijd onderzoek naar de relatie tussen leefwijze, voeding en gezondheid, met name naar de relatie tussen cholesterol en atherosclerose. In 1951 bezocht hij samen met Van der Horst en fysisch antropoloog prof. dr. R.A.M. Bergman (1899-1967) het tweede congres van de International Association of Gerontology in de v.s., waar toen al meer dan 400 lezingen werden gehouden voor toehoorders uit 42 verschillende landen (Bergman et al., 1952).

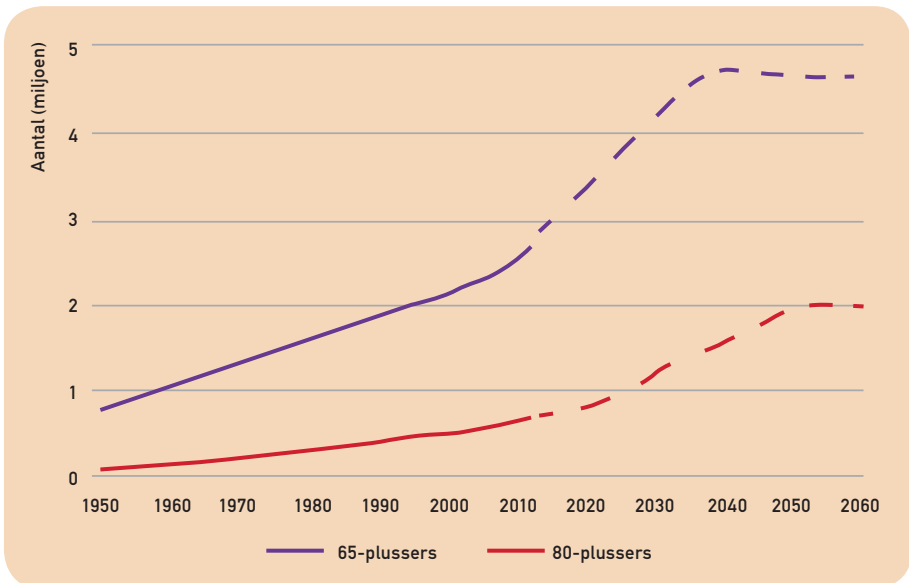
VERWACHTINGEN OVER DE GROEI VAN HET AANTAL OUDEREN

Sinds het eind van de jaren veertig was duidelijk dat het aantal ouderen in Nederland in de daaropvolgende decennia snel zou toenemen. In 1961 kon men in een van de eerste Nederlandstalige publicaties over ouderen – de bundel *Geriatricie* onder redactie van sociaal geriater dr. R.J. (Rob) van Zonneveld (1919-2009) – zien dat het aantal 65-plussers in ruim vijftig jaar was verdrievoudigd (afbeelding 1).

In 1900 was 6% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder, dat waren toen 308.000 mensen. In 1950 ging het al om 793.000 mensen ouder dan 64 jaar, dat was 7,8% van de bevolking en naar toenmalige schattingen zou dat percentage in 1980 zijn gestegen naar 11,2%. Alle reden om aandacht te vragen voor problemen van verzorging, huisvesting en sociaal-medische voorzieningen



1. Groei van het aantal ouderen tussen 1900 en 1957 (Staab, 1961:135).



2. Aantal 65- en 80-plussers, 1950-2012 (meetpunt 1 januari) en prognose aantal 65- en 80-plussers, 2013-2060 (CBS).

voor ouderen. Niet alleen kwamen er meer ouderen bij, maar die ouderen werden ook steeds ouder. Een halve eeuw geleden was maar één op de 74 inwoners 80 jaar of ouder, in 2011 was dat één op de 25.

Wanneer wij deze verwachtingen vergelijken met meer recente prognoses dan zien we dat de 2,7 miljoen 65-plussers die er in Nederland in 2012 werden geteld, dat was 16% van de bevolking, in de periode na 2013 versneld zal groeien naar 4,7 miljoen in 2041. Dan hoort naar schatting meer dan een kwart van de bevolking tot de 65-plussers die tegenwoordig langer leven zonder beperkingen, maar met meer chronische ziekten (CBS, 2012). Voor de geriatrie is van belang

dat naar verwachting het aandeel van de 80-plussers toe zal nemen van een kwart naar een derde deel van de ouderen, dit heet de dubbele vergrijzing (zie afbeelding 2). Omstreeks 2050 zullen 1,8 miljoen inwoners ouder dan 80 jaar zijn. Vooral de groei van deze groep zal gevolgen hebben voor de zorgvraag en de behoefte aan voorzieningen voor ouderen (Garssen, 2011). De verwachting is dat door de vergrijzing en de verbeterde medische technologie, waardoor sommige ziekten veel minder dodelijk zijn dan vroeger, het aantal mensen met meerdere langdurige aandoeningen zal stijgen (RIVM, 2010).

J.TH.R. SCHREUDER

Johan Theodoor Richardus (Jo) Schreuder (1907-1989) is geboren op 2 maart 1907 te Amsterdam. Na zijn gymnasiale opleiding studeerde hij geneeskunde aan de vva en specialiseerde zich tot internist. Hij promoveerde in 1934 in de interne geneeskunde. Het jaar daarop trouwde hij en verhuisde naar Sneek waar hij als internist werkte tot zijn benoeming op 14 januari 1959 als hoofd geriatric en reactivering in het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum.

Schreuder richtte in 1958 een klinische sectie op in de nvG. Hij slaagde erin om in 1961 het derde Europese Geriatriche Congres te organiseren in Scheveningen, de opening vond plaats in de Ridderzaal. Eveneens in 1961 was hij medeoprichter van de Nederlandse Vereniging van Geriaters.

In 1968 werd hij benoemd tot bijzonder hoogleraar in de gerontologie aan de Universiteit Utrecht, een leerstoel van de nvG. In zijn oratie op 28 april 1969 over *Oorzaken en gevolgen van de veroudering* ging hij in op het multidisciplinaire karakter van de gerontologie. Hij keerde zich tegen de negatieve benadering van ouderen, niet elke bejaarde is hulpbehoevend, en leeftijd moet geen criterium zijn om iemand niet behandelen.

Met ingang van 1 september 1972 kreeg hij eervol ontslag op eigen verzoek, hij ging bij Zonnestraal met pensioen. De nvG stelde te zijner ere de 'Prof. J.Th.R. Schreuderprijs' in die nog steeds bestaat. De eerste maal is de prijs in 1973, in de vorm van een bundel met een selectie uit zijn werk, aan Schreuder zelf overhandigd (Schreuder, 1973). De nvvG heeft hem op 23 oktober 1986 tot erelid benoemd.

Schreuder was 'geen gemakkelijk mens, noch voor zichzelf, noch voor zijn medewerkers, maar wel een schier onuitputtelijke bron van inspiratie, een perpetuum mobile ten aanzien van het bedenken en realiseren van nieuwe initiatieven' (van Proosdij, 1989a). Hij overleed op 22 april 1989.



FINAL PROGRAMME including PAPERS & ABSTRACTS

International Congress

Perspectives in Geriatric Medicine

Ten years of certified clinical geriatric medicine in the Netherlands

28 and 29 October 1993

Organized by the Dutch Geriatrics Society (Nederlandse Vereniging voor Geriatrie)

International Scientific and Congress Centre Interpolis BZZB



"GAAZ-ARNHEM 30 JAAR"

ZIEKENHUIS RINSTATE

DINSDAG 11 JUNI 1991
MUSIS SACRUM ARNHEM







II

DE JAREN VIJFTIG

ONTBREKEN VAN PASSENDE ZORG

‘Indien ten onzent in 1953 in plaats van per 1 januari 1983 de klinische geriatrie als afzonderlijk medisch specialisme was erkend, zou dat de schatkist miljoenen hebben gescheeld. Ontelbare geriatrische patiënten zouden, na geslaagde vakkundige reactivering, nog langdurig in de thuissituatie hebben kunnen verblijven in plaats van tot hun dood in een verpleeghuis’ (van Proosdij, 1991). Het zijn woorden van klinisch geriater C. (Cees) van Proosdij (1919-2000) in zijn bijdrage aan de geschiedenis van het Hilversumse ziekenhuis Zonnestraal. Daar vertelt hij hoe in Zonnestraal, het voormalige sanatorium, in 1953 een geriatrische afdeling werd geopend. Internist dr. J.Th.R. (Jo) Schreuder (1907-1989) werd in 1959 hoofd van deze afdeling. Schreuder was tot dan toe werkzaam geweest als internist in Sneek. In Friesland was hij geconfronteerd met de armzalige toestand waarin bejaarden leefden zowel thuis als in verpleegtehuizen. ‘Als ik mijn indrukken over de bezochte verpleeginrichtingen wil samenvatten, geeft het een treurig beeld van verwaarlozing, vooreerst in lichamelijk opzicht. [...] Het ergste is echter het veelal voorkomend ontbreken van een adequaat milieu, ruimte om te zitten, om aan tafel te eten, gelegenheid zich te wassen [...] Erger nog dan de lichamelijke verwaarlozing is de verwaarlozing in psychisch opzicht, het tekort aan eerbied voor de persoonlijkheid’ (Schreuder, 1973/1964).

Het onderzoek van Schreuder was een sociaal-geriatrisch onderzoek, zoals dat al eerder op Schouwen-Duiveland was uitgevoerd (Hornstra, 1953). Prof. drs. R. Hornstra (1898-1973) was de eerste hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Schreuder was dus niet de enige die zich kritisch uitliet over de verpleeghuizen in de jaren vijftig. Ook prof. dr. A. Querido (1901-1983), hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, schreef bijvoorbeeld: ‘De verpleeghuizen zijn eigenaardige instellingen, voor een deel in de vooroorlogse crisistijd begonnen, gestimuleerd door het na-oorlogse gebrek aan ziekenhuisruimte [...] uit nood geboren en blijven noodoplossingen. Door-gaans zijn ze niet veel meer dan opberg-inrichtingen, waar de patiënten de dood liggen af te wachten.’ Hij pleitte voor meer mogelijkheden tot revalidatie zoals die mogelijk waren in Zonnestraal. In de situatie van 1958 moest hij echter constateren: ‘Naarmate het aantal bejaarden toeneemt en de kans op overlijden na een invalide makende ziekte vermindert [...] zal er meer behoefte bestaan aan inrichtingen voor revalidatie van langdurig zieken en bejaarden. Deze mensen

leveren op het ogenblik nog vraagstukken op, die uit sociaal en medisch oogpunt bijna onoplosbaar zijn' (Querido, 1958).

ZONNESTRAAL

Na de Tweede Wereldoorlog heeft de gemeente Amsterdam een miljoen gulden geschonken aan het sanatorium Zonnestraal in Hilversum voor de uitbreiding van de behandeling van tuberculosepatiënten. Toen echter de nieuwbouw klaar was, bleek de behoefte aan extra sanatoriumbedden te zijn verdwenen. Via de GG&GD van Amsterdam werd in 1953 een begin gemaakt met het opnemen van 'chronisch zieke bejaarden'. De nieuwe afdeling voor geriatrie en reactivering stond onder medische leiding van internist E.R.R. (Rob) Rinkes (1919-1989) die zijn geriatrische kennis opdeed tijdens een studiereis naar Engeland (van Proosdij, 1977). Naast hem werkte A. (Annelies) Diatlowicki-Tobi (*1924) vanaf 1953 als arts-geriater.

Geleidelijk aan nam het aantal opnames op de afdeling 'revalidatie en chronischer verpleging' toe. In 1954 kon de geneesheer-directeur al tevreden schrijven over de revalidatiemogelijkheden, zelfs bij de hoogbejaarden. In 1957 werd Zonnestraal een ziekenhuis en ging verder als Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum. Na een grondige verbouwing, waarbij een grote oefenzaal aan het paviljoen werd toegevoegd, kon in 1958 het eerste vaste paviljoen voor geriatrische patiënten in gebruik worden genomen. Hiermee werd Zonnestraal lange tijd het enige algemene ziekenhuis in Nederland met een grote afdeling voor geriatrische patiënten en had daardoor een grote aantrekkingskracht op iedereen die meer wilde zien van de 'moderne' geriatrische behandeling.

Schreuder was benoemd als hoofd geriatrie en reactivering, vanaf 1964 was hij geneesheer-directeur. Internist Van Proosdij werd aangesteld als afdelingsarts. De gemiddelde verpleegduur in de periode 1958-1968 was ruim 700 dagen. Dat kwam doordat ongeveer 30% van de opgenomen patiënten niet na enkele maanden terug kon naar de eigen omgeving en op de wachtlijst voor een verpleeghuis kwam te staan (van Proosdij, 1978).

Zeer bekend en druk bezocht was de cursus 'gerontologie voor gediplomeerde verplegenden', die Schreuder in Zonnestraal organiseerde. Een cursus bestond uit 25 avonden waarop een breed scala aan onderwerpen werd behandeld door verschillende medisch specialisten, terwijl ook een notaris, tandarts, apotheker, maatschappelijk werkster en ergotherapeute avonden verzorgden. Schreuder zelf sprak dan over afasie, zijn favoriete onderwerp van studie, en vertoonde daarvan een film. Van

Proosdij nam meerdere avonden voor zijn rekening met voordrachten over onderwerpen als de geriatrische patiënt, menselijke motoriek (ook met een film), aderverkalking en defecatiestoornissen.

De derde geriater in het team, mevrouw Diatlowicki-Tobi, had geriatrische ervaring opgedaan in Duitsland (van der Schuyt, 2005). Na haar artsenstudie in Amsterdam kon ze als gescheiden moeder met een kind moeilijk werk krijgen, maar Zonnestraal was heel progressief. Aanvankelijk woonde ze met haar dochtertje op het terrein van Zonnestraal. Zij had het niet makkelijk in de medische mannengemeenschap waar zij zich steeds moest bewijzen. In een interview vertelde zij eind jaren negentig hoe het was in Zonnestraal: 'De geriatrie was nog helemaal niks. Ik heb daar pionierswerk verricht. Het was toen nog geen erkend specialisme. Het was bijzonder ruimhartig van Zonnestraal dat ze me wel gesalarieerd hebben als specialist. Men kwam zelfs uit Rusland om te kijken wat wij met afasiepatiënten deden. Ik heb overal voordrachten gegeven, niet alleen in Nederland, bijvoorbeeld ook vaak in Duitsland [...]. Ik werkte me te pletter. Zeventig patiënten is veel te veel voor één specialist. [...] Ik vind het triest dat het een erkend specialisme is geworden toen ik net een jaar niet meer werkte, terwijl ik er altijd voor heb gestreden om er een specialisme van te maken. Dat is verrekt erg. Ik heb nog wel oud briefpapier waarop staat arts-geriater, dat mocht al wel' (den Dekker, 1997).

MEDICI EN GERONTOLOGIE

Gerontologie stond al in oktober 1954 op het programma van het ledencongres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) te Leeuwarden. Er was grote belangstelling voor dit thema, waarbij vooral de rede van de Utrechtse hoogleraar in de psychiatrie, prof. dr. H.C. Rümke (1893-1967), over psychiatrische aspecten van de gerontologie 'gretig' werd opgenomen (Hilfman, 1954). Hij zei dat instelling van een specialisme geriatrie een geweldige stimulans zou betekenen voor de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg voor ouderen. Het waren woorden die de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie, H.W. ter Haar, in 1978 nog eens met instemming citeerde.^{N78}

Een andere belangrijke bijeenkomst was het 'Congres inzake het bejaardenvraagstuk' in 1956. Het was georganiseerd op initiatief van de nvg samen met de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg en het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. In aanwezigheid van 1300 congresgangers werd gesproken over medische en sociale aspecten van de ouderdom. Volgens Van Zonneveld kon na dit congres niemand meer zeggen dat zij niets wisten van

de nood onder de bejaarden, 'er is van dit congres maar één roep uitgegaan: daden, daden, zowel op wetenschappelijk gebied als op dat van de praktische bejaardenzorg' (Pouw, 1987).

Samen met Schreuder publiceerde Van Zonneveld over mogelijke verbeteringen in de zorg voor ouderen (Schreuder & van Zonneveld, 1955). In Engeland zagen zij hoe daar de bejaarden werden verzorgd. Geriater van het eerste uur Marjory Warren (1897–1960) had in het West Middlesex Hospital in Londen een geriatrische afdeling van ongeveer 180 bedden. Dat was hét voorbeeld van een toen zeer moderne aanpak met veel aandacht voor reactivering, 'fysische en bewegingstherapie'. De patiënten 'weer zo zelfstandig mogelijk' maken, daar ging het om. Warren zei daarover 'dat het beter was dat de patiënte er een half uur over deed om zèlf uit bed te komen, dan dat zij er in twee minuten door een verpleegster werd uitgetild.' Veel aandacht was er voor aanpassingen, bijvoorbeeld een badkamer met een speciale instap voor het bad en algemeen bekend in Engeland was de driepoot, 'een niet uitglijdende stok', die Warren had ontwikkeld. Een team in een Engelse geriatrische kliniek bestond uit een geriater, assistenten, verpleegsters, diëtiste, pedicure, fysiotherapeuten, bezigheids-therapeut, sociaal werkster en een 'welfare officer'. Voor opname bezocht de geriater de bejaarde thuis om de medische indicatie vast te stellen. De organisatie van de zorg in Engeland, waar de National Health Service de zorg had voor zieke bejaarden zowel voor verpleging in het ziekenhuis en verpleeginrichtingen als voor de behandeling thuis, maakte samenwerking tussen intra- en extramurale voorzieningen makkelijker: een voorbeeld voor Nederland volgens Schreuder en Van Zonneveld.

POLITIEK EN OUDERENZORG

In de jaren vijftig is niet alleen door medici aandacht gevraagd voor de verbetering van de gezondheidszorg voor ouderen. In de Tweede Kamer werd voor het eerst in de zittingsperiode 1954-1955 de term 'geriatrie' gebruikt. Kamerleden wilden in de algemene ziekenhuizen betere voorzieningen 'die beantwoorden aan sociaal-hygiënische behoeften' en zij dachten daarbij vooral aan 'afdelingen voor geriatrie'.^{TK1} Dit idee werd echter afgewimpeld met de opmerking dat er in ons land geen geriateren waren die de medische leiding van dergelijke afdelingen op zich zouden kunnen nemen. De PVDa-minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, J.G. Suurhoff (1905-1967), zag meer in het stichten van verpleeghuizen 'waar een deel der geriatrische patiënten, die het ziekenhuis verlaten, de verpleging en verzorging vinden, die het gezin niet steeds kan bieden.' Samenwerking tussen verpleeghuizen voor chronisch zieken en geriatrische patiënten, en algemene ziekenhuizen zou moeten worden bevorderd. Daarnaast zag men mogelijkheden voor fysiotherapie en revalidatie van ouderen.

Door geriatrische behandeling zou 'bedlegerigheid van ouden van dagen' te voorkomen zijn zodat ze langer zelfstandig kunnen zijn. De minister constateerde: 'De geriatrie is hier te lande en elders nog in ontwikkeling; een aantal artsen, dat hiervoor belangstelling heeft, heeft zich zelf gevormd als geriater, meest daar, waar belangstelling voor een geriatrische ziekenhuisafdeling bestond. Het tot ontwikkeling komen van dergelijke afdelingen zal ook de verdere vorming van geriateren bevorderen.'^{TK2}

Dat was een vrome wens want vóór 1980 waren er alleen in het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem, het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam en het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal in Hilversum bedden voor geriatrische patiënten. Bij elkaar ging het om een kleine 220 bedden. Wel werden voor de meer langdurige zorg voor ouderen met een lichamelijke aandoening verpleeghuizen gebouwd, zodat er eind jaren vijftig zo'n 90 verpleeghuizen met een totale capaciteit van 6300 bedden waren.

R.J. VAN ZONNEVELD

De tweede pionier op het gebied van de geriatrie is Robert Jacques (Rob) van Zonneveld (1919-2009). Van Zonneveld promoveerde in 1954 aan de Universiteit Groningen op *Gezondheidsproblemen bij bejaarden: resultaten van een sociaal-geneeskundig onderzoek bij 3000 personen van 65 jaar en ouder in de stad Groningen*, waarin voor het eerst in Nederland de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van een grote groep ouderen is beschreven.

Hij was van 1958 tot 1968 secretaris-penningmeester van de NVG en vertegenwoordiger van de NVG in het bestuur van de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg. Van 1955 tot 1965 was hij voorzitter van de Commissie Opleidingen Bejaardenzorg. Hij vervulde een bestuursfunctie in de International Association of Gerontology (1964-1974).

In 1961 verscheen zijn bundel *Geriatric - Aspecten van de gezondheidszorg voor bejaarden*. Hij stelde dat geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen op één lijn moeten worden gesteld met de overige afdelingen.

Van Zonneveld, destijds wetenschappelijk hoofdmedewerker aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde in Leiden, verzorgde daar in 1969 de eerste cursus medische gerontologie (Pouw, 1987). Dit onderwijs was opgezet op verzoek van de minister van o&w om geriatrie op te nemen in het medisch curriculum.

In de najaarsvergadering van de NVVG op 25 november 1992 werd Van Zonneveld tot erelid benoemd vanwege zijn inspanningen voor het onderwijs, voor zijn publicaties over het 'geriatrisch circuit' en zijn activiteiten in de werkgroep Sociale Geriatrie van de NVVG (1984-1992).



III

DE JAREN ZESTIG

BEHOEFTE AAN GERIATERS?

Naarmate in Nederland het aantal ouderen toenam, groeide de behoefte aan medische zorg voor deze groep. In 1960 was dit voor de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie aanleiding zich te buigen over de eisen die aan de taak en opleiding van een arts voor ouderen gesteld zouden moeten worden. Nvg bestuursleden Van Zonneveld en Van der Horst verwezen naar de Troonrede van 15 september 1959 waarin stond: 'Op sociaal gebied blijft de Regering streven naar een verdere voltooiing van het stelsel van sociale zekerheid. Daarbij zullen de verzorging en de revalidatie van langdurige zieken in stijgende mate aandacht vragen.'

Schreuder en zijn Rotterdamse collega Braadbaart, beiden lid van de klinische sectie van de nvg, verwachtten op grond van deze uitspraken een grotere vraag naar deskundige artsen en vroegen de vereniging om richtlijnen. Inderdaad heeft de nvg een opleidingsprogramma voorgesteld (van der Horst & Zonneveld, 1960; zie kader). Het nvg bestuur kon meedelen dat artsen een stage van drie maanden geriatrie konden lopen in Zonnestraat in Hilversum en een aanstelling van zes of negen maanden psychiatrie en neurologie konden krijgen op de afdeling van mw. dr. M.C. Mackenzie-van der Noordaa (*1911) in het Noodziekenhuis Zeeburg in Amsterdam.

VOORSTEL VOOR EEN OPLEIDINGSPROGRAMMA VOOR GERIATERS (1960)

- 1 'Een opleiding van drie jaar op het gebied van inwendige ziekten (inclusief reuma) op een A- of B-afdeling.
- 2 Revalidatie: een halfjaar.
- 3 Psychiatrie en neurologie: een halfjaar.
- 4 "Geriatric": drie maanden [...] in een reeds een aantal jaren als geriatri-sche afdeling of kliniek fungerende instelling. Aangezien de mogelijkheden in Nederland nog zeer beperkt zijn, zal het vooreerst veelal noodzakelijk blijken, deze stage door te brengen in Engeland of eventueel in een ander land waar de geriatrie reeds meer gemeengoed is geworden dan in Nederland.'

DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN GERIATERS

Voor de verdere uitwerking van het specialisme geriatrie was een aparte vereniging gewenst. Op 12 mei 1961 is daartoe de Nederlandse Vereniging van Geriaters opgericht door Schreuder en internist-geriater W.H. (Wim) van Haften (1911-1965). Deze oprichting was noodzakelijk om bij het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten (cc) de officiële erkenning van het medisch specialisme geriatrie te kunnen aanvragen.

DOELEN VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN GERIATERS

- A het bevorderen van de mogelijkheid tot erkenning van het specialisme geriatrie;
- B het bevorderen en behartigen van de belangen, zowel van de groep vrijgevestigde geriaters als geheel als van de leden van de vereniging afzonderlijk;
- C het bevorderen van een goede samenwerking, zowel van de groep vrijgevestigde geriaters als geheel als van de leden der vereniging afzonderlijk met andere geriaters;
- D alleen of met andere verenigingen wetenschappelijke bijeenkomsten te verzorgen.

De vereniging kende gewone leden, dat waren artsen die de door de NVG aanbevolen opleiding hadden gehad of 'een daarmee gelijk te stellen opleiding', en die daadwerkelijk in een volledige dagtaak geriatisch werkzaam waren. Daarnaast waren er buitengewone leden, ook uitsluitend artsen, die op voordracht van het bestuur in een algemene vergadering met 2/3 van de stemmen werden gekozen. Ten slotte was er de mogelijkheid om ereleden te benoemen. De vereniging moest tenminste éénmaal per jaar een ledenvergadering organiseren.

EEN NIEUW SPECIALISME?

Op 26 mei 1961 diende het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Geriaters een formeel verzoek in bij het hoofdbestuur van de KNMG voor de erkenning van het specialisme geriatrie. De geriaters werden doorverwezen naar het cc waaraan zij op 28 augustus 1961 een nieuwe brief stuurden. Na overleg besloot het cc een studiec commissie in te stellen onder voorzitterschap van Van der Horst. Deze commissie vergaderde tussen 22 juni 1963 en 28 december 1965 veertien keer. Het resultaat van al deze besprekingen was pover. Het eindrapport, dat op 1 september 1967 verscheen, gaf geen uitsluitsel over het instellen van een specialisme geriatrie. Er werd een kleine commissie ingesteld waarvan de voorstellen voor het cc onaanvaardbaar waren. Het College besloot vervolgens op

27 januari 1968 om geen specialisme geriatrie in te stellen, omdat geriatrie te veel een bedreiging voor de interne geneeskunde zou zijn. Een verzoek van de Nederlandse Vereniging van Geriaters aan de KNMG om een veto over de beslissing van het cc uit te spreken, werd afgewezen. Het cc erkende dat er een 'noodtoestand' rond de bejaardenzorg bestond, maar zag in een apart specialisme niet de oplossing. Volgens het College lag het belangrijkste knelpunt bij de opleiding. Een gedegen opleiding tot geriater zou te lang moeten duren; bijvoorbeeld één jaar voor neurologie en psychiatrie was veel te kort en werkte 'beunhazerij in de hand'. Volgens het cc was niets zo gevaarlijk 'als een bevoegdheid op grond van onvoldoende bekwaamheid'. Het openstellen van het keuzejaar in de specialistische opleidingen om daarin geriatrie een plaats te geven en het organiseren van bijspijkercurssussen voor artsen die zich bezighouden met bejaarden, zou volgens het cc voldoende zijn (Colenbrander, 1968). Deze beslissing haalde het nieuws. In een tv-uitzending op 17 oktober 1968 werden volgens het cc 'onwaarheden verteld en insinuerende opmerkingen gemaakt' die mogelijk 'het vertrouwen in de medische stand' zouden kunnen ondermijnen (cc, 1968).

INTERNIST-GERIATERS

Bij de besluitvorming in het cc speelde de opstelling van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) een belangrijke rol. Internist dr. G.J.H. den Ottolander (*1930) had in 1962 een brief aan de NIV gestuurd met de vraag of de NIV mogelijkheden zag om een specialisme geriatrie voor internisten in te stellen. Dit werd in eerste instantie onderzocht door een commissie van de NIV waarin dr. J.B. Stolte (1908-1984), dr. E. Lopes Cardozo (1910-1995) en Den Ottolander zitting hadden. Het waren internisten met een belangrijke staat van dienst. Den Ottolander was internist in het Bergwegziekenhuis in Rotterdam. Stolte werd in 1964 benoemd tot bijzonder hoogleraar in het ziekenhuiswezen aan de St. Radboud Universiteit te Nijmegen. Lopes Cardozo was verbonden aan de Vrije Universiteit in Amsterdam waar hij per 1 januari 1970 werd benoemd tot gewoon hoogleraar in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de klinische oncologie.

In 1963 breidde de NIV de commissie uit, dit werd de 'Commissie Lindeboom', genoemd naar de voorzitter prof. dr. G.A. Lindeboom (1905-1986), hoogleraar interne geneeskunde en encyclopedie der medische wetenschappen aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Lindeboom vond dat de internisten zich moesten bezinnen op de 'noodzaak, het karakter, het doel, het werkterrein, de grenzen en de toekomst van een geriatrisch specialisme' (Lindeboom, 1963). In de ledenvergadering van de NIV op 24 april 1965 werd het rapport van de commissie besproken. Er lagen verschillende mogelijkheden voor. Van der Horst en Zonneveld hadden een nieuw specialisme voorgesteld naar Engels model. Anderen

dachten meer aan een specialisme 'geriatrie reactivering', eventueel als onderdeel van het specialisme revalidatie. Ook zag men mogelijkheden in een aantekening geriatrie bij bestaande specialismen, daarvoor zou dan een aanvullende opleiding van 1½-1½ jaar nodig zijn. Deze optie had voor- en nadelen. Voordelen waren een snelle realisatie en opvulling van tekorten, terwijl de internisten nauw bij de ontwikkelingen in de geriatrie betrokken bleven. Dat zou in ieder geval voorkomen dat er 'een specialisme gecreëerd wordt in een naar hun mening ongewenste vorm.' Nadeel was de verlenging van de opleiding. Ten slotte was er de optie om geen beslissing te nemen en zo werd besloten. Bij de besluitvorming was de mededeling van dr. L.B.J. Stuyt (1914-2000), de latere minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat op de laatste vergadering van de Union Européenne des Médecins Spécialistes alle landen unaniem tegen het instellen van een nieuw specialisme voor de geriatrie reactivering waren, 'van groot belang voor de meningsvorming' (NIV, 1966). De internisten wilden de ontwikkeling in binnen- en buitenland afwachten en 'nauwlettend' gadeslaan. Na een jaar of drie zou de NIV zich opnieuw beraden (den Ottolander, 1965).

Een commissie van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) die zich over de combinatie van revalidatie en geriatrie boog, adviseerde eveneens negatief over het instellen van een nieuw specialisme geriatrie en ook over een mogelijke aantekening geriatrie (LSV, 1967). Volgens deze commissie was samenwerking tussen internist of neuroloog en revalidatiearts de beste mogelijkheid voor bejaarden in een ziekenhuis. De zorg voor zieke bejaarden was 'in goede handen bij huisartsen, verpleeghuisartsen en specialisten', aldus de LSV. Hiermee werd in de jaren zestig de zaak stilgelegd.

POLITIEK EN VERGRIJZING

Wie denkt dat zorg over vergrijzing een recent thema is, zal zich verbazen over de politieke aandacht die in de jaren zestig voor dit onderwerp bestond. In de Tweede Kamer werden vragen gesteld: Wat waren langdurige ziekten die door een geriater zouden moeten worden behandeld? Zijn daarvoor speciale verpleeginrichtingen nodig?^{TK3} De nieuwe KVP-minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in de periode 1959-1961, dr. Ch.J.M.A. van Rooy (1912-1996), antwoordde dat langdurige ziekten die ziekten zijn die 'leiden tot hulpbehoevendheid en uit dien hoofde verzorging, verpleging en zo mogelijk behandeling gewenst maken.' De minister bevestigde dat er differentiatie in behandeling en verpleging mogelijk diende te zijn, maar hij had nog geen adviezen hierover ontvangen: 'de aangelegenheid is in studie bij de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.'^{TK4}

In een mondeling overleg tussen de minister en de vaste Commissie voor de

Volksgezondheid op 2 maart 1960 is nader op de relatie tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen ingegaan. De minister 'constateerde [...] dat vele oudere patiënten te eenzijdig klinisch benaderd worden met voorbijzien van het uiteindelijk doel: hem of haar zo spoedig mogelijk de grootst mogelijke zelfstandigheid te geven.' Enige leden van de commissie vroegen of de minister het voorbeeld van Arnhem navolgenswaardig achtte. 'Van de zijde der Regering werd deze vraag bevestigend beantwoord. Men zou gaarne zien, dat meer grote ziekenhuizen en ziekenhuiscomplexen - b.v. bij universiteiten - tot instelling van een geriatrische afdeling zouden overgaan. Nederland vertoont in dit opzicht, zeker in vergelijking met Angelsaksische landen, een achterstand. De - juist geachte - opvatting, dat geriatrie een onderdeel van de geneeskunst is, dat in een afzonderlijk "*department*" van een algemeen ziekenhuis behoort te worden beoefend, leeft in de kringen der ziekenhuisorganisaties wel degelijk.' Maar dat betekende niet dat geriatrie al als een nieuw specialisme diende te worden aangemerkt. Dat zou te grote financiële consequenties voor de ziekenfondsen hebben. 'In de toekomst, zo werd daarbij verondersteld, zal het echter die kant wel opgaan. O.a. werd gewezen op de bijzondere revalidatieproblemen, welke zich bij de geriatrie voordoen. Ook werd medegedeeld, dat in een enkel ziekenhuis reeds een uitsluitend als geriater optredend arts werkzaam is.'^{TK5}

HET VOORBEELD VAN ARNHEM

Het toenmalige Gemeente Ziekenhuis in Arnhem is lange tijd als voorbeeld gebruikt van de wijze waarop geriatrie in het algemeen ziekenhuis kon worden bedreven. Op voorstel van dr. L. Schalm (1909-1982), internist en directeur van het Gemeente Ziekenhuis, was in 1960 een afdeling ingericht voor de revalidatie van oudere patiënten na hun behandeling bij een ander medisch specialisme. Naar Engels model werd een methode van werken ontwikkeld 'waarbij een integrale zorg met betrekking tot onderzoek, behandeling en functiebeoordeling, alsmede functieherstel werd gerealiseerd' (Bruijns & van Ameyden van Duym, 1984).

Van Proosdij zei later over Arnhem: 'Er is maar één ziekenhuis in Nederland waar in geriatrisch opzicht de zaken redelijk goed zijn geregeld; het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem. Het zijn drie vrouwelijke collega's die daar de geriatrische afdeling runnen. Als het zogenaamde zwakke geslacht zich ergens met kennis van zaken en enthousiasme voor inzet, dan kan geen man daar tegenop.' Hij vergeleek de Arnhemse situatie met die in andere ziekenhuizen waar ouderen vaak verkeerd werden behandeld: ze lagen onnodig in bed, werden niet of te weinig geoefend, kregen verkeerde of te veel medicijnen, onnodig belastend en onaangenaam onderzoek, en ze werden uit het ziekenhuis ontslagen

zonder dat werd nagegaan of ze het thuis zouden redden (van Proosdij, 1980).

De drie vrouwelijk collega's op wie hij doelde waren mw. dr. E.H.W. (Lies) van Kammen-Wijnmalen (1921-2010), mw. M.J.H. (Marja) Jellesma-Eggenkamp (*1951) en mw. E.E. (Puck) van Ameyden van Duym. Het bijzondere van de organisatie in Arnhem was de intensieve transmurale, multidisciplinaire samenwerking, een zorgketen 'avant la lettre'. Onder leiding van Lies van Kammen werd de afdeling bevolkt door rechtstreeks van thuis opgenomen geriatrische patiënten. Diagnostiek, behandeling en consulten waren steeds gericht op behoud en/of herstel van mobiliteit en zelfredzaamheid van de patiënten (Bruijns, 2014a).

Meer details over de geriatrie in het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis zijn te lezen in de interviews met Elly Bruijns en Marja Jellesma-Eggenkamp op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

Bij de begrotingsbehandelingen van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 1961 betoogde Tweede Kamerlid dr. J.H. Lamberts (1911-1990), voormalig huisarts in Rotterdam, dat men de vergrijzing tot dan toe onvoldoende onder ogen had gezien. Hij verwachtte dat het aantal 65-plussers in Nederland binnen enkele decennia zou stijgen van één naar twee miljoen. Lamberts, die voor de PvdA in de Tweede Kamer zat van 1956 tot 1981, wees erop dat bij ouderen meer degeneratieve ziekten, zoals reuma, kanker, suikerziekte en hartziekten voorkomen, dat zij dikwijls aan meerdere ziekten tegelijk lijden, en dat het verloop van de ziekten anders is dan bij jongeren. 'Wij zullen de ouder wordende mens in zijn gezondheid en zijn ziekte beter moeten bestuderen. De gerontologie en de geriatrie zullen sterk moeten worden bevorderd, evenals de sociologie van de bejaarden.' Hij pleitte voor een geriatrische afdeling in het algemene ziekenhuis naast 'reactiveringsinrichtingen en verdere inrichtingen voor langdurig zieken.' Aangezien er weinig zicht was op de sociale en medisch-hygiënische behoeften van de bejaarden waren dringend gerontologische, geriatrische en sociologische studies nodig.^{TK6}

Het tempo waarin de ouderenzorg gestalte kreeg viel echter niet mee. Lamberts moest in de twintig hierop volgende jaren regelmatig op dezelfde trom slaan. Zo wees hij in 1964 opnieuw op het belang van de geriatrische afdelingen zoals die in Engeland vorm hadden gekregen en die een grote bijdrage leverden aan de afname van het aantal chronisch zieke bejaarden. Lamberts: 'Eén van de moeilijkheden is, dat wij tot nu toe de geriatrie niet officieel erkend hebben als specialisme. Dit houdt mede deze zaak tegen. Ik wil dit punt in de belangstelling van de bewindslieden aanbevelen.'^{TK7}

In de Eerste Kamer hield CHU-er mr. J.Ch. Bührmann (1912-1968) een soortge-

lijk betoog. Ook hij stelde de Engelse situatie ten voorbeeld als het ging om het instellen van geriatrie afdelingen in de ziekenhuizen. Bührmann: 'De geriatrie is in Nederland nog geen erkend specialisme en de weldaden van een goede geriatrie behandeling, waardoor bejaarden door reactivering ook vaak weer tot zelfstandig wonen kunnen worden gebracht, is in vergelijking tot Engeland, in Nederland nauwelijks begonnen. Het is daarom, dat mijn politieke vrienden en ik het van meer dan gewone betekenis achten, dat deze leemte in onze gezondheidssector [...] wordt onderkend.'^{EX1}

Tot de pleitbezorgers voor geriatrie behoorde ook ARP-politica mw. J. van Leeuwen (*1926). Hannie, zoals zij altijd is genoemd, was Kamerlid van 1966 tot 2007. Zij stelde in 1967 de vraag of het niet de hoogste tijd was om bij het wetenschappelijk onderwijs een leerstoel in te stellen voor de geriatrie. Staatssecretaris dr. R.J.H. Kruisinga (1922-2012), zelf KNO-arts en lid van de CHU, beantwoordde deze vraag met de toezegging dit te willen bespreken met de minister van Onderwijs en Wetenschappen. Daarnaast wees hij op de verruiming van de financiële middelen voor het wetenschappelijk onderzoek. Het Praeventiefonds zou vier miljoen extra krijgen en Kruisinga veronderstelde dat een belangrijk deel daarvan zou worden gespenseerd 'in de sector van de gerontologie'.

In dezelfde vergadering sneed Lamberts het probleem van de tekortschietende revalidatie van ouderen aan. Hij noemde Zonnestraal als voorbeeld zoals de zorg overal georganiseerd zou moeten zijn: met de juiste technische outillage en ter zake deskundige medewerkers. Hij vroeg opnieuw of er niet 'bij alle algemene ziekenhuizen van enige omvang' geriatrie afdelingen moesten worden geopend en of het specialisme geriatrie 'dan eindelijk' ook niet erkend zou moeten worden. Volgens Kruisinga was daar geen geld voor en bovendien meende hij dat er genoeg ziekenhuizen waren met 'bijna afdelingen voor de geriatrie', dat waren dan wel geen specifieke afdelingen, maar de specialisten daar hadden wel veel aandacht voor de ouderen. Hij wees daarbij op het vroegere werk van Schreuder als internist in Sneek. Hij zag wel mogelijkheden voor consultatiebureaus voor bejaarden.

Kruisinga ging echter niet in op de vraag naar het specialisme geriatrie. Uiteraard kwam Lamberts daarop terug en zei: 'Wanneer er geen geriateren zijn, kan men ook geen geriatrie-afdeling openen, hoewel er inderdaad internisten zijn, die hier grote belangstelling voor hebben. Het gaat er juist om, speciale mensen op te leiden, die dat multidisciplinaire vak helemaal goed kunnen benaderen, die direct vanaf de eerste dag de revalidatie kunnen inzetten en, wat misschien nog belangrijker is, die ook de verbinding kunnen vormen tussen een geriatrie afdeling, een reactiveringsinrichting en een modern verpleeghuis.' Kruisinga zei dat de meningen over een specialisme geriatrie 'bijzonder sterk' verschilden, hij wachtte het cc advies 'met spanning' af.^{TK8}

BEHANDELING VAN OUDERE PATIËNTEN

Staatssecretaris Kruisinga kon eind 1968 mededelen dat de installatie van een bijzondere leerstoel op het gebied van de gerontologie aan de universiteit te Utrecht te verwachten was. Hij achtte dat zeer verheugend, want hij was van oordeel, 'dat bij de artsenopleiding aan de problematiek van de geriatrie belangrijke aandacht moet worden besteed.'^{TK9} Het was de leerstoel voor Schreuder die gefinancierd werd door de NVG die daarvoor 10.000 gulden bij elkaar moest brengen (Pouw, 1987).

De leerstoel kan gezien worden als een teken dat er meer waardering kwam voor een wetenschappelijke benadering van de oudere mens. In de medische praktijk was in de jaren zestig de aandacht voor geriatrische onderwerpen gegroeid. Er was veel belangstelling voor de nascholingsbijeenkomsten voor huisartsen die de NVG samen met de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg organiseerde, waarin een scala aan onderwerpen aan de orde kwam. In feite kon elk onderzoek en elke behandeling specifiek voor de oudere patiënt worden aangepast. Publicaties uit die tijd handelen bijvoorbeeld over de gevoeligheid van bejaarden voor geneesmiddelen, de pathologie van de ouderdom, chirurgische behandelingen bij hoogbejaarden, carcinomen, het gebruik van anticoagulantia, hormonen, defecatiestoornissen, erectiestoornissen, het verouderende oog, slechthorendheid, voedingsproblemen, galstenen, duizeligheid, bloedar-moede, acute verwardheid, seniele dementie, depressie, gevaren van ziekenhuisopname, gevaren van bedrust, revalidatie. Het is hier niet de plaats om hierover in detail te schrijven, maar enkele artikelen van Schreuder uit de jaren zestig kunnen als voorbeeld dienen van de toenmalige benadering van de oudere patiënt.

DE GERIATRISCHE PATIËNT

Schreuder publiceerde regelmatig over zijn zienswijze met betrekking tot de geriatrische patiënt voor wie een ziekenhuisopname soms meer kwaad dan goed doet (Schreuder, 1963). Hij ageerde vooral tegen de bedrust en pleitte voor het zo snel mogelijk mobiliseren van patiënten. Immobiliteit leidt tot lichamelijke en geestelijke achteruitgang van bejaarde patiënten. Hij noemde decubitus, contracturen, verstijving van gewrichten, spieratrofie, trombose, incontinentie en psychische achteruitgang waardoor de patiënt 'gedesoriënteerd en schijnbaar dement' in bed blijft. Dat is allemaal te voorkomen door mobiliseren en bewegingstherapie, maar daar was in de meeste ziekenhuizen geen mogelijkheid voor.

Een zelfde beeld schetste hij in 1966 in een voordracht op het ledencongres van de KNMG. Hij noemde een aantal kenmerken van de geriatrische patiënt: de leeftijd - in het algemeen 65+ -, het afwijkend ziektebeloop, de multiple aandoeningen, het gevaar voor totale invaliditeit en het grote belang van psychologi-

sche factoren. Bij 70-jarigen is het geen uitzondering dat er zes of meer diagnoses worden gesteld, met een verwarrende hoeveelheid - 'een moeras' - aan symptomen. 'Vaak is de behandeling die voor die ene aandoening wenselijk is, ongunstig voor de andere ziekte waaraan de patiënt lijdt.' Het risico dat een acute aandoening chronisch wordt, is bij bejaarde patiënten groot. Schreuder schatte dat 80-90% van de chronisch zieken tot de bejaarden kan worden gerekend. Een belangrijk aandachtspunt is voeding en beweging. Schreuder constateerde dat veel bejaarden te weinig bewegen en te dik zijn en daardoor artrose hebben gekregen, 'één van de grootste plagen van de ouderdom.' Deficiënte voeding - 'bejaarden snoepen te veel en eten te weinig' - en een tekort aan vocht geven problemen en daarnaast zijn de ongevallen 'met name de collumfractuur' berucht. Echter de belangrijkste oorzaak voor chronische ziekten bij bejaarden is bedrust. 'Dit alleen al moest een reden zijn om in ziekenhuizen geriatrische afdelingen op te richten' waar bedrust geen regel maar uitzondering is. Ten slotte is het moeilijk om bejaarden te motiveren. 'Het is de kunst van het behandelende team van de arts, verpleegster, heilgymnast, bezigheids- en arbeidstherapeute om de patiënt met geduld en tact naar de gezondheid en het herstel toe te lokken.'

Van behandeling gericht op revalidatie kon Schreuder de volgende resultaten melden: 15% van de opgenomen patiënten overleed, 15% bleef voortdurende verpleging houden en 70% kon naar huis na een gemiddelde verpleegperiode van tien weken. Als er meer personeel zou zijn, zou de verpleegperiode kunnen worden verkort tot zeven weken. Dit betekende volgens Schreuder dat in Amsterdam 750 ziekenhuisbedden en 750 verpleeghuisbedden nodig zouden zijn. 'In plaats daarvan staan in Amsterdam duizenden verpleeghuisbedden méér op stapel en waarschijnlijk zal dit getal nooit genoeg zijn. [...] Om nooit uitgesproken reden wil men blijkbaar geen geriatrische afdelingen in ziekenhuizen hebben en de gehele behandeling van chronisch zieken concentreren in verpleeghuizen' (Schreuder, 1966).

VERPLEEGHUIZEN EN ZIEKENHUIZEN

Eind 1969 was er geen zicht op een onafhankelijk specialisme geriatrie noch op geriatrische afdelingen in alle ziekenhuizen.^{TK10} De situatie die Schreuder al in 1966 had geschetst, werd steeds meer realiteit: veel verpleeghuisbedden, weinig geriatrische afdelingen in ziekenhuizen. Hij constateerde dat 'door de afkeer van specialisten van chronisch zieken', de geriatrie in Nederland voornamelijk in verpleegtehuizen werd beoefend door 'onvoldoende opgeleide krachten' (Schreuder, 1968). Volgens hem was het helemaal niet nodig dat zoveel ouderen werden opgenomen in verpleeghuizen, er zou veel meer kunnen worden gedaan aan het voorkómen van hulpbehoevendheid door goede diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis. Daarbij kwam nog de groeiende groep ouderen met een

psychische stoornis voor wie opname in een psychiatrisch ziekenhuis was aangewezen voor diagnose en behandeling. Geriatrische patiënten werden gekenmerkt door de hoge frequentie van psychiatrische complicaties, verwardheid en depressie. Vooral de acute en de chronische verwardheid werden vaak voor dementie gehouden (Schreuder, 1969). Ervaring liet zien dat een psychiatrisch ziekenhuis niet het eindstation voor een bejaarde hoefde te zijn. Door een juiste behandeling konden bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis in Assen bijna de helft van de honderd opgenomen bejaarden terug naar huis of naar een bejaardenhuis. Na verbetering van de lichamelijke conditie en met meer aandacht voor zintuigelijke problemen en voor de woonomstandigheden bleken deze bejaarden geen psychische stoornis te hebben. Een knelpunt was echter de doorstroming naar een bejaarden- of verpleeghuis waardoor patiënten onnodig lang in het psychiatrisch ziekenhuis verbleven (Zwaneveld, 1966).

S. BRAADBAART

Salomon (Sal) Braadbaart (1919-1999) werd op 22 november 1989 benoemd tot erelid van de NVvG vanwege zijn grote verdiensten voor het specialisme klinische geriatrie. Hij is geboren in Amsterdam waar hij ook geneeskunde heeft gestudeerd (Robben, 2002). Na de Tweede Wereldoorlog vestigde hij zich als huisarts in Rotterdam. In 1957 heeft hij zijn huisartsenpraktijk neergelegd. Hij was toen al verbonden aan de GG&GD van Rotterdam voor de medische verzorging van de bejaarden in het Gemeentelijk Tehuis voor Ouden van Dagen. Hij kreeg in 1956 de leiding van een TNO-onderzoek naar de gezondheid van de bejaarden in dit tehuis. In 1961 is hij benoemd tot 'leider van de afdeling Sociale Geriatrie' van de Rotterdamse GG&GD. Rond 1980 was hij geneesheer-directeur van de Gemeentelijke geriatrische kliniek in de wijk Schiebroek waar een 250-tal lichamelijk zieke bejaarden werd verpleegd. Na zijn pensionering vestigde hij zich opnieuw als arts voor ouderdomsziekten.

Braadbaart was lid van het eerste bestuur van de NVvG (1975-1982) en vertegenwoordigde de NVvG in het bestuur van de NVG. Zodra het specialisme klinische geriatrie was erkend, kon hij zich per 1 januari 1983 laten registreren als klinisch geriater. Hij was tot 1989 voorzitter van het CG en waarnemend vertegenwoordiger van de NVvG bij de SRC.

Hij was actief in de Joodse gemeenschap van Rotterdam en bestuurslid van de in 1959 opgerichte Stichting Humanitas. In 1972 is de Humanitas-kliniek geopend. Samen met O. Spruyt heeft hij het boek *Reactivering van bejaarden* (1971) gepubliceerd.



IV

DE JAREN ZEVENTIG

GERONTOLOGIE

Op zowel wetenschappelijk als sociaal-maatschappelijk gebied was in de jaren zeventig sprake van de nodige activiteiten op het gebied van de ouderenzorg. De NVG bracht in 1970 een eigen tijdschrift uit, het *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie*, dat onder deze titel tien jaargangen telt. Het is voortgezet als *Gerontologie: tijdschrift voor vraagstukken van ouder worden, ouderdom en levensloop*, waarvan twee jaargangen in 1981 en 1982 zijn verschenen. Vanaf 1983 is de titel: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*.

Van Zonneveld publiceerde in 1970 het handboek *Medische Gerontologie* onder zijn redactie. Van Proosdij kon in zijn boek *Bejaarde patiënten, geriatrie in theorie en praktijk* uit 1972 al 33 uitsluitend Nederlandstalige publicaties opsommen. Zelf beschreef hij in dit boek 25 uitgezochte ziektegeschiedenissen van geriatrische patiënten. 'Na zelf gedurende twaalf jaren ruim 3000 geriatrische patiënten te hebben behandeld kan ik verzekeren dat ten aanzien van hen geldt: de werkelijkheid overtreft soms alle verbeelding' (van Proosdij, 1972).

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR GERONTOLOGIE

In 1972 nam de NVG het besluit tot oprichting van het Nederlands Instituut voor Gerontologie (NIG) op grond van het 'Advies inzake gerontologie' van de Gezondheidsraad (1971). Het NIG had als doel een coördinerend beleid op te zetten, 'wetenschappelijke inzichten en gegevens' te verzamelen, het gerontologisch onderzoek verder te stimuleren en de maatschappij te doordringen van het belang van de levensloopproblematiek. De feitelijke start van het NIG liet tot 1976 op zich wachten. De oprichting werd een jaar later gemarkeerd met het uitbrengen van een rapport over het gerontologisch onderzoek en de slechte verankering daarvan binnen de universiteiten in Nederland. Dit rapport vormde de aanleiding tot het instellen van een Planninggroep door het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, dus niet door Volksgezondheid.

Dat niet iedereen op de hoogte was van het werk van het NIG, blijkt uit Kamervragen in 1979. Men vroeg zich af wat het NIG nog meer deed dan het uitgeven van een tijdschrift en of het zich bezighield met revalidatie van wao-ers? VVD-minister dr. L. Ginjaar (1928-2003) van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gaf als antwoord: 'Het NIG is het coördinatiepunt voor al het gerontologisch onderzoek. Een van de belangrijkste doelen van het instituut is de samenleving

gegevens te verschaffen waarmee het beleid inzake bevolkingsvraagstukken, gezondheidszorg- en sociale voorzieningen verder vorm kan krijgen.^{7TK11} Directeur was drs. C.J.J. Kamerbeek. Het NIG is in 2000 opgeheven.

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GERIATRIE

EEN NIEUWE NAAM EN NIEUWE DOELSTELLINGEN

In 1975 werd de Nederlandse Vereniging van Geriaters omgedoopt in Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. De naam werd aanvankelijk afgekort tot NVG, maar dat gaf verwarring met de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, zodat de afkorting NVvG gangbaar werd. Op 4 februari 1975 vergaderde de vereniging nog onder de oude naam, maar een nieuw bestuur werd al benoemd. Dit bestond uit de heren H.W. (Henk) ter Haar (1922-2012), A.N.J. (Adriaan) Reinders Folmer (1915-2003), H.P. Akkerman (1926-2008), dr. J.B.V. Welten (*1924) en S. Braadbaart. Ter Haar was geneesheer-directeur van Nieuw Toutenburg, een groot psychogeriatrisch verpleeghuis in Noardburgum (gemeente Tietjerksteradeel), dat in 1959 was ontstaan uit een initiatief van de 43 Friese gemeenten, de provincie en een twintigtal instellingen op het gebied van ouderenzorg. Vanaf 1964 was een fulltime geneesheer-directeur aangesteld. Ter Haar werd in die functie opgevolgd door D.H. (Dick) Sipsma (1936-2011), de latere hoogleraar klinische geriatrie in Groningen (1991-2001). Reinders Folmer was hoofd van de afdeling geriatrie van de GG&GD te Amsterdam, Akkerman was toen nog geriatr in het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis, later werkte hij als geneesheer-directeur van Verpleeghuis Gelders Hof te Dieren. Welten was algemeen directeur-geneesheer van de Katholieke Stichting voor Verzorging en Verpleging in de regio 's-Gravenhage.

Interessant is dat Welten nog geen lid was van de vereniging. Bezwaren van verpleeghuisarts dr. F.J.G. (Frits) Oostvogel (*1921) daartegen werden weggevoerd met de opmerking dat de vereniging zolang op 'dood spoor' had gestaan, geen activiteiten had ontplooid en geen nieuwe leden had aangetrokken, dat men nu niet te formalistisch kon optreden.

Eén van de heikele punten was de kwestie van de erkenning van het specialisme geriatrie. De meningen waren verdeeld. Aftredend bestuurder C. Leering zei geen voorstander te zijn van een 'aantekening' geriatrie bij een of ander specialisme, terwijl internist-geriater dr. J. (Jaap) Schouten (1920-2010), die in Zonnestraal Schreuder was opgevolgd, juist een aantekening bij het specialisme interne geneeskunde als eerst haalbaar aanmerkte. Constant Leering (1926-1995), geneesheer-directeur van verpleeghuis Regina Pacis in Arnhem, hoorde tot de groep verpleeghuisartsen. Toen die in 1972 een eigen vereniging kregen, de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), bleef een aantal artsen

van beide verenigingen lid. Leering volgde in 1976 Oostvogel op als voorzitter van de NVVA (Oostvogel et al., 1995).

Met de nieuwe naam van de vereniging wilde men aangeven dat de vereniging meer beoogde dan belangenbehartiging. Dat bleek ook uit de verruimde doelstellingen. Bevordering van de erkenning van het specialisme stond nog bovenaan, maar ook richting geven aan de taakstelling en de opleiding werden als doelen genoemd, evenals de integratie van het specialisme in de gezondheidszorg en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek. De mogelijkheid om buitengewone leden te benoemen verviel, maar voor het overige waren de wijzigingen van procedurele aard.

Het nieuwe bestuur, met Ter Haar als voorzitter, Reinders Folmer als secretaris en Akkerman als penningmeester, kon in de ledenvergadering van 10 april 1975 de statutenwijziging behandelen. Vanuit de leden waren er geen problemen, maar door externe procedures zijn de statuten pas eind 1976 van kracht geworden.

De opleiding, een taak voor Braadbaart, en het wetenschappelijk onderzoek, het aandachtsgebied voor Welten, werden bovenaan de prioriteitenlijst gezet. Welten stelde dat het onderzoek in de geriatrie in Nederland was achtergebleven doordat geriatrie geen erkend specialisme was. Volgens hem kwam oorspronkelijk wetenschappelijk werk onvoldoende tot ontplooiing 'door tekort aan mankracht, geld, energie en mogelijkheden, vooral in de verpleeghuizen waar veel collega's geïsoleerd werken.'^{N75B} Een in te stellen commissie wetenschappelijk onderzoek moest hierin verbetering brengen. Welten pakte zijn taak voortvarend op en kon een maand later melden dat deze commissie was samengesteld met als leden internist-geriater E.B. Bosschiet (1913-2006), ouderenspsychiater dr. L.A. Cahn, C. Leering, W.J.F.M. Merkus en Welten zelf.^{B75A}

Eind 1976 telde de NVvG 79 leden. Daarmee was het bestuur tevreden, terwijl ook de opkomst op bijeenkomsten goed was.

BELEID VAN DE NVvG

In mei 1979 zette het NVvG bestuur samen met een twintigtal leden de koers van de vereniging uit. Het ging daarbij om de wegen tot verbetering van de medische zorg voor ouderen, de functie van geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, de rol van het verpleeghuis en de opleiding. De mogelijkheden om aan de Nederlandse medische faculteiten onderwijs in de geriatrie te introduceren werden besproken.

Ter Haar benadrukte dat erkenning van het specialisme geriatrie slechts als middel moest dienen om een groter doel te bereiken: 'de integrale zorg voor de mens in de multiple kwetsbaarheid.' Met de erkenning zou de weg geopend worden naar de geriatrische afdeling in het algemeen ziekenhuis waar zowel klinische als poliklinische zorg gegeven kan worden.^{N79}

SAMENWERKING MET DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GERONTOLOGIE

Schouten was in 1975 gekozen tot voorzitter van de Europese Klinische Sectie van de International Association of Gerontology. In die functie probeerde hij de NVvG te interesseren voor het organiseren van een internationaal congres in Nederland in 1981. Dat was eigenlijk een taak voor de NVG, maar die durfde volgens Schouten de organisatie niet aan.^{B75B} In ieder geval zou de NVvG zich zo snel mogelijk moeten aanmelden als lid van de International Association of Gerontology. Het bestuur besloot om het plan voor het congres aan de leden voor te leggen en meldde zich tevens voortvarend aan bij de internationale vereniging met daarbij de mededeling dat 'our society is willing to participate [...] in the organisation of the international congress in 1981 in the Netherlands.'^{B75C}

Deze actie viel zeer slecht bij Leering die erop wees dat de NVvG daarover eerst wel eens contact had kunnen opnemen met de NVG. Hij zag niet hoe 'een zo zwakke vereniging als de Vereniging voor Geriatrie, die wetenschappelijk helemaal (nog) niets voorstelt, de dragende kracht voor zo'n congres zou kunnen zijn.'^{B75D}

De internationale organisatie reageerde niet snel op het aanbod van de NVvG, terwijl de NVG de kwestie intern wilde houden, waardoor volgens de voorzitter van de NVvG de kans op het congres in Nederland steeds kleiner werd.^{B75E} Pas op 18 november schreef de NVvG een brief aan de NVG om te overleggen over het congres. Dat overleg vond begin 1976 plaats. Tot teleurstelling van de NVvG deelde de NVG mee dat zij geen congres in 1981 wilde organiseren en dat aan de internationale vereniging had meegedeeld. Daarmee was het plan van de baan.

Hoewel het niet lukte om samen met de NVG een internationaal congres te organiseren, dacht voorzitter Ter Haar dat er wel mogelijkheden voor samenwerking zouden zijn met vooral de sectie klinische geriatrie van deze vereniging. Immers, er was sprake van 'gelijkgerichtheid' tussen de verenigingen.^{B77A} Reinders Folmer toonde zich minder positief over mogelijke samenwerking, hij benadrukte de rol van de NVvA in deze, die 'moet mede van bovenaf er voor geporteerd zijn.'^{B77B} Hij deed echter wel een brief uitgaan aan het bestuur van de klinische sectie van de NVG, dat bestond uit de psychiater prof. dr. F.C. Stam (1926-1997), Bosschieter en Schouten, om te spreken over samenwerking.^{B77C} Op 22 juli van dat jaar vond het overleg plaats dat leidde tot een aantal afspraken over samenwerking. De drie verenigingen, dus inclusief de NVvA, zouden jaarlijks ten minste twee gezamenlijke wetenschappelijke vergaderingen organiseren. Bosschieter zou de contactpersoon moeten worden. Dit werd de Commissie Bosschieter die vanaf 1980 jaarlijks succesvolle symposia organiseerde (Pouw, 1987). Misschien nog wel belangrijker was de intentie om naar buiten toe met één stem te spreken en niet meer solitair op te treden.^{N77}

VERPLEEG- EN ZIEKENHUIZEN MET EEN GERIATRISCHE AFDELING

De verpleeghuizen rezen in de jaren zeventig als paddenstoelen uit de grond 'verbonden door het mycelium van de AWBZ', zoals prof. dr. C.L.C van Nieuwenhuizen (1908-1988) dat beeldend uitdrukte (van Nieuwenhuizen, 1978). Toen in 1970 de financiering van de behandeling in een verpleeghuis vanuit de AWBZ werd zeker gesteld, nam het aantal bedden in snel tempo toe. In 1971 waren er 239 verpleeghuizen met 28.737 bedden, in 1979 waren het er al 308 met 45.015 bedden. De verpleeghuizen vormden de snelst groeiende sector in de gezondheidszorg (Ringoïr, 1980). Het waren inrichtingen voor patiënten die geen continue specialistische hulp nodig hadden, maar wel een voortdurende verpleegkundige zorg in aansluiting op medische behandeling.

Er waren verpleeghuizen voor alleen somatisch zieken, voor alleen geestelijk gestoorde bejaarden en gecombineerde verpleeghuizen. Wat echter ontbrak was een structuur waarbinnen de voorzieningen voor ouderen een plaats kregen. Geriater Welten zag de oplossing in het samenwerken in clusters. 'De cluster is een onderling zeer nauw samenhangend geheel van instellingen, omvattende tenminste een verpleeghuis voor somatisch zieken en een voor geestelijk gestoorde bejaarden of combinaties van beiden, en enkele verzorgingstehuizen. Kenmerkend voor de ideale cluster zijn: 1. centrale organisatorische en administratieve opzet; 2. centrale functionele opzet; 3. een screeningscentrum als toegangspoort voor alle tehuizen van die cluster; 4. functionele samenwerking met het algemeen ziekenhuis met op z'n minst een vaste consulentenrelatie.' In de dagelijkse praktijk werd de concentratie van beleid in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen echter ernstig belemmerd door de verschillen in overheidsbemoediging. De verpleeghuizen vielen onder het ministerie van Volksgezondheid en de verzorgingstehuizen waren 'welzijnsinstituten onder de zorg van het ministerie van CRM. [...] In beide departementen wordt over vele onderwerpen sterk verschillend gedacht [...] en in plaats van bundeling dreigt een verder uit elkaar drijven' (Welten, 1978).

Extra aandacht was nodig voor geriatrische patiënten met dementiële beelden. Psychiater Cahn had al eerder betoogd dat de oudere psychiatrische patiënt in Nederland weinig heil te verwachten had van de psychiatrische voorzieningen (Cahn, 1969). Hij zag meer in de organisatie van adequate patiëntenzorg in psychogeriatrische verpleeghuizen (Stek et al., 2008). Geriaters als Welten vonden dat screening van deze patiënten zou moeten gebeuren in een niet-primair psychiatrisch geconditioneerde omgeving, omdat de oorzaak van dementiële verschijnselen bij ouderen allereerst gezocht moet worden in organische afwijkingen en/of psychosociale stoornissen.

De mogelijkheden voor screening in een algemeen ziekenhuis waren echter zeer beperkt. Met de opening van het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam, waar eind 1975 de eerste patiënten naartoe verhuisden, kwamen er ruim hon-

derd bedden voor klinische geriatrie beschikbaar. Schouten werd hoofd van deze afdeling, de grootste van Nederland. Meer details over de beginjaren van de geriatrie in het Slotervaartziekenhuis zijn te lezen in het interview met Carla Thijssen op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

POLITIEK EN GERIATRIE

Een terugkerende vraag bij de behandeling van het bejaardenbeleid was de vraag naar het specialisme geriatrie. In 1971 antwoordde staatssecretaris Kruisinga dat er een verzoek was gericht aan het cc om 'opnieuw te overwegen of de geriatrie een apart specialisme zou moeten worden.' De staatssecretaris kon verder alleen melden dat het cc de vraag in studie had.^{TK12} Inmiddels liet naast Lamberts een andere pleitbezorger voor de geriatrie in de Tweede Kamer van zich horen. Dit was A.D.W. Tilanus (1910-1996), voormalig huisarts en officier van gezondheid, Tweede Kamerlid voor de CHU (1963-1977). Hij betoogde in 1972 dat de geriater 'één van de belangrijkste, zo niet de belangrijkste, functionaris in het kader van de gezondheidszorg' is. Hij stoorde zich aan het feit dat het specialisme geriatrie nog steeds niet was erkend en vroeg zich af of de opleiding van specialisten niet onder de verantwoordelijkheid van de overheid zou moeten vallen in plaats van bij de KNMG. 'In de specialistenregistratiecommissie zit weliswaar een vertegenwoordiger van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, maar in feite heeft de overheid geen enkele zeggenschap over de ontwikkeling van de specialisten.'^{TK13} Tilanus vergeleek de situatie bij de geriatrie met die bij de kindergeneeskunde zo'n veertig jaar eerder, waar de erkenning ook moeilijk was verlopen. Hij kreeg bijval van PVDA-er C. Egas (1913-2001), DS70-lid dr. I.Z. Baruch (1917-1996), ook arts, en SGP-er H.G. Abma (1917-1992).

STUYT: MINISTER EN INTERNIST

De verantwoordelijke minister in deze periode was dr. L.B.J. Stuyt, internist, en vóór zijn benoeming tot minister hoofd van de afdeling inwendige ziekten van het R.K. ziekenhuis 'H. Johannes de Deo' te 's-Gravenhage. Stuyt was KVP-lid. Hij had zich al in 1965 uitgesproken tegen het instellen van een specialisme geriatrie en uit zijn antwoord aan bovengenoemde Tweede Kamerleden blijkt dat hij niet van standpunt was veranderd. Stuyt: 'De praktijk laat zien dat voor vele internisten - ik abstraheer mij nu van mijn vorige carrière - een groot deel, soms meer dan de helft, van hun activiteiten bestaat uit het behandelen van bejaarden. Men zou kunnen stellen dat een doorsnee internist tevens geriater is. Het isoleren van artsen als geriatrie specialisten in bij voorbeeld verpleegtehuizen is naar mijn mening geen goede ontwikkeling. [...] Ik meen dan ook veel meer, dat een groep van artsen in dergelijke instellingen moet werken en dat het specialisme geriatrie op dit ogenblik zeker nog niet rijp is om als onafhankelijk

specialisme te worden erkend, afgezien nog van het feit, dat de eisen voor de opleiding tot een dergelijk specialisme nog niet goed geformuleerd zijn.^{'TK14}

Lamberts mengde zich in het debat met de opmerking dat hij al tien jaar geleden om het specialisme 'geriatrie' had gevraagd, ook bij de KNMG. 'Wij weten dat de internisten dit steeds meer tegenhouden. U bent nu geen internist meer, dus ik kan dit rustig tegen u zeggen.' Stuyt kon vervolgens moeilijk iets anders doen dan toezeggen dat hij de noodzaak van het specialisme geriatrie zou gaan onderzoeken.^{'TK14} Dat was voor Tilanus, Baruch en Abma te weinig concreet. In tweede instantie wilde Stuyt een nota toezeggen waarin 'de gegevens over het specialisme geriatrie, eventueel in te stellen, zullen kunnen worden uiteengezet.' Maar hij zei bij voorbaat dat er over de eisen, die aan de opleiding moeten worden gesteld, 'nogal verschil van mening heerst in Nederland.'^{'TK15}

DE MOTIE HAAS-BERGER

Ruim drie jaar later zijn we als Tweede Kamerlid mw. S. van Veenendaal-van Meggelen (1918-2005), lid van DS70, de bekende vraag stelt: 'Wanneer wordt het specialisme geriatrie erkend?'^{'TK16} Het was nu KVP-staatssecretaris J.P.M. Hendriks (1923-2001) die onomwonden toegaf 'dat dit specialisme voorlopig niet erkend zal worden.'^{'TK17} En hij voegde eraan toe dat hij er niet in te beslissen had omdat het een zaak van het cc was.

Dit betekende niet dat het onderwerp was afgehandeld, integendeel. Tilanus en Lamberts kwamen erop terug. Tilanus betoogde opnieuw dat de overheid meer invloed zou moeten hebben op de opleiding, erkenning en registratie van medisch specialisten. Hij memoreerde 'de lijdensweg van de geriatrie' die nog steeds niet erkend was.^{'TK18} Daar sprong Lamberts op in: waarom moesten ze nu al tien jaar met de vraag naar gerieters bezig zijn. Hij vond dat de staatssecretaris zijn verantwoordelijkheid moest nemen. Het vak heeft 'maatschappelijk zulk een grote betekenis voor de 1,4 miljoen bejaarden in Nederland', laat de staatssecretaris het specialisme - in overleg met de KNMG - instellen.^{'TK18}

In de daarop volgende behandeling van de *Nota Bejaardenbeleid* kreeg staatssecretaris Hendriks opnieuw een aantal vragen over de geriatrie en de geriatrie afdelingen in de ziekenhuizen. PvdA-ster mw. mr. R.M. Haas-Berger (*1935), die van 1971-1991 in de Tweede Kamer zat, verwoordde het als volgt: 'Wij moeten ons, zoals ook in de nota staat, realiseren, dat de bejaarde vaak niet één ziektebeeld vertoont, maar veelal lijdt aan een samenstel van verschillende ziektebeelden. Dit noopt tot een bijzondere aanpak. Weliswaar kennen wij de geriatrie [...] maar dit specialisme is nog niet als zodanig erkend. Wij vragen de Staatssecretaris daarom te bevorderen, dat dit specialisme op zo kort mogelijke termijn zal worden erkend. Hiermee alleen zijn wij er natuurlijk nog niet. Ook is nodig, dat de bejaarde toegang krijgt tot deze specifieke, op hem gerichte vorm van medische hulp. In dit verband pleiten wij voor vestiging van geriatrie

afdelingen in de algemene ziekenhuizen, aan het hoofd waarvan een speciaal daartoe opgeleide en bevoegde geriater moet staan. Van daaruit zal tevens zoveel mogelijk de poliklinische hulp verleend kunnen worden.^{TK19}

Om dit standpunt kracht bij te zetten diende zij een motie in die werd gesteund door de Kamerleden M.W.M van Winkel (1923-2006) (PPR), mw. Van Leeuwen (ARP), mw. G.M.P. Cornelissen (1924-2015) (KVP) en Tilanus (CHU).

MOTIE VAN HET LID HAAS-BERGER C.S.

Voorgesteld in de openbare commissievergadering van 29 maart 1976

De Kamer,

gehoord de beraadslaging over de Nota Bejaardenbeleid 1975; overwegende, dat de gezondheidszorg van bejaarden een eigen specialisme moet hebben; verzoekt de Regering, er aan mee te werken, dat:

a. daartoe een geneeskundig specialisme geriatrie wordt ingesteld;

b. ten behoeve van de bejaardenzorg algemene ziekenhuizen gaan beschikken over geriatrie afdelingen met aan het hoofd daarvan een daartoe opgeleide en bevoegde geriater, waardoor in samenwerking met instanties, welke gericht zijn op de verpleging en verzorging van bejaarden, specifiek gerichte geriatrie - waaronder poliklinische - hulp aan bejaarden geboden kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

Staatssecretaris Hendriks legde opnieuw uit dat de zaak van erkenning van het specialisme een aangelegenheid was van het Centraal College, dat volgens hem 'deze zaak opnieuw (en in positieve) overweging' had. Hij wilde wel pleiten voor het tot stand komen van het specialisme geriatrie evenals voor geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen, maar hij kon niet toezeggen dat in **alle** algemene ziekenhuizen geriatrie gerealiseerd zou kunnen worden. Hij wilde zich voorlopig beperken tot centrumziekenhuizen.^{TK19}

De motie Haas-Berger was weliswaar in maart 1976 ingediend maar niet in stemming gebracht. Voordat dat gebeurde in februari 1977 was er nog de nodige discussie met staatssecretaris Hendriks. In september 1976 betwijfelde de KVP of zij wel steun moest geven aan de motie, omdat in diezelfde tijd sprake was van algemeen beleid om de functie-uitbreiding in de ziekenhuizen af te remmen. De staatssecretaris gaf aan dat uitbreiding met geriatrie mogelijk zou blijven en hij hoopte dat 'nu spoedig het specialisme geriatrie erkend zal worden.' Als het specialisme erkend wordt 'zullen bepaalde algemene ziekenhuizen worden toegerust met een afdeling geriatrie.' Daarnaast beloofde de staatssecretaris dat hij met het ministerie van o&w in overleg ging treden over de opleiding geriatrie.^{TK20}

Uiteindelijk is de motie Haas-Berger op 1, 2 en 3 februari 1977 in de Tweede Kamer behandeld. De vvd bij monde van mw. mr. A. Kappeyne van de Coppello (1936-1990) vond de gedachte in de motie sympathiek, maar steunde niet het idee om in ieder algemeen ziekenhuis een geriatrische afdeling met aan het hoofd een geriater in te stellen. Zij veronderstelde dat dat te kostbaar zou worden.^{TK21} Dit was ook voor de staatssecretaris een knelpunt. In zijn antwoord ging hij eerst in op de erkenning van het specialisme, waarover volgens zijn informatie 'in de kring van de beroepsbeoefenaren op dit moment bepaald nog geen eenstemmigheid bestaat met betrekking tot de wenselijkheid' ervan. Hij dacht dat de invoering praktische problemen zou opleveren 'zoals de vraag of bij een optreden van een eventueel erkend geriater de neuroloog en de internist moeten wijken en de vraag vanaf welke leeftijd de geriater de aangewezen specialist zou zijn.' Maar, zoals eerder gezegd, meer doen dan zijn vertegenwoordiger bij het cc de opdracht geven om te bevorderen dat geriatrie zou worden erkend, kon hij niet doen. Hij was voorstander van vooral poliklinische behandeling van bejaarden en wilde ziekenhuisopname 'tot het uiterste' beperken en ook het aantal ziekenhuizen met een geriatrische afdeling klein houden. Daarom vroeg hij mw. Haas-Berger om haar motie opnieuw in overweging te nemen.^{TK22}

Inderdaad is de motie aangepast ten aanzien van de zinsnede over de ziekenhuizen: na 'ziekenhuizen' zijn de woorden 'volgens doelmatige planning en spreiding' toegevoegd.^{TK23} In deze vorm is de motie met bijna algemene stemmen in de Tweede Kamer aanvaard. Alleen de Boerenpartij stemde tegen. Het argument van Boerenpartijleider H. Koekoek (1912-1987) was dat de motie toch niet meer zou worden uitgevoerd in de nog resterende regeerperiode van het kabinet. Hij wilde de bejaarden niet blij maken 'met een dode mus'. 'Op deze manier wordt de bejaarden iets voorgespiegeld dat geen werkelijkheid kan worden.'^{TK24}

GEEN VOORUITGANG

In de hierop volgende jaren is in de Tweede Kamer regelmatig geïnformeerd naar de erkenning van het specialisme geriatrie. In 1978 zijn inhoudelijke vragen gesteld over het resultaat van geriatrische behandeling in Amsterdam, in antwoord waarop vvd-staatssecretaris mw. mr. E. Veder-Smit (*1921), de opvolgster van Hendriks, verwees naar een artikel van Schouten in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* (Schouten, 1977b). Volgens haar kon op basis van de gegevens uit de Amsterdamse situatie niet worden gezegd dat een specialisme geriatrie nodig zou zijn, omdat het opnamebeleid van deze geriatrische afdeling in handen lag van de GG&GD. Over 1977 kon Schouten cijfers geven (zie tabel 1) waaruit bleek dat er een tekort aan verpleeghuisbedden was voor psychogeriatrische patiënten die daardoor lang in het ziekenhuis verbleven (Schouten, 1977a).

Patiëntenbestanden na 3 maanden	Somatische geriatrie (n = 694)	Psychogeriatric (n = 143)
De afdeling verlaten	71%	48%
Overleden op de afdeling	20%	10%
Nog op de afdeling verblijvend	9%	42%

Tabel 1. Cijfers uit het Slotervaartziekenhuis (Schouten, 1977a)

De staatssecretaris meldde voorts dat het cc 'de zaak in studie' had.^{TK25} In 1979 antwoordde minister Ginjaar op de bekende vraag met de woorden 'Dezerzijds is meer dan eens op bespoediging aangedrongen, en met name nog eens tijdens de laatste vergadering d.d. 15 oktober 1979.'^{TK26}

EEN CC WERKGROEP GERIATRIE

De geriatrie was destijds 'een speelbal' van huisartsen, sociaal geneeskundigen en vooral van verpleeghuisartsen (van Nieuwenhuizen, 1983). De moeilijkheden ontstonden doordat het bijzonder lastig was om de werkzaamheden van de geriater te onderscheiden van die van de verpleeghuisartsen. Toen het cc in 1973 een rapport ontving van een gezamenlijke studiegroep van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) met aanbevelingen om het specialisme te erkennen en geriatische afdelingen in ziekenhuizen te creëren, besloot het cc negatief (cc, 1974). Een argument was dat er geen opleidingsschema was en dat 'een opleiding waaraan (nog) geen registratie is verbonden de voorkeur kan hebben.'^{N78}

Op 16 december 1974 werd een breed samengestelde studiegroep ingesteld onder voorzitterschap van Van Nieuwenhuizen.^{B75E} Deze werkgroep Geriatrie is tussen 7 november 1975 en 6 september 1976 zevenmaal bij elkaar geweest.^{B78B} Uit de NVVG waren Ter Haar, Braadbaart, Leering, Cahn en Zonneveld lid van de commissie. Overige leden waren ziekenhuisdirecteur P.A. de Groot, huisarts E.M. Jansen, emeritus-hoogleraar in de inwendige geneeskunde G.A. Lindeboom, socioloog E. Matse, neuroloog E. Ossentjok, revalidatiearts H. Verkuyl, internist D. Wolvius en mr. J. de Vries van het ministerie van vws (later opgevolgd door prof. dr. F.A. Vorst).

Het overleg met het Centraal College is steeds moeizaam geweest. Eind 1976 meende Ter Haar echter dat het met de erkenning van het specialisme geriatrie langzaam maar zeker de goede kant op ging.^{N76} Een jaar later was er echter wei-

nig gebeurd en wachtte men al een jaar lang op een eindrapport van het cc.^{B77E} In 1978 kwam de studiec commissie uiteindelijk tot de conclusie dat 'vooral nog niet overgegaan moest worden tot de instelling van een specialisme geriatrie zonder dat daarvoor passende argumenten werden gegeven.'^{B78B}

De secretaris-generaal van volksgezondheid had intussen het cc geschreven dat het departement geen bezwaar had tegen instelling van het specialisme.^{B77D} In juni 1978 was er echter nog steeds geen eindrapport verschenen en de voorzitter van de NVvG vroeg zich vertwijfeld af wat te doen en hoe de discussie 'in de openbaarheid' gevoerd zou kunnen worden.^{N78} Op zich was de NVvG daarin al wel geslaagd. De ouderenbonden, zowel de UNIE als het COSBO, schreven brieven aan het cc. De UNIE had al in maart 1976 het cc verzocht om geriatrie als medisch specialisme te erkennen, een verzoek dat enkele maanden later door het COSBO werd ondersteund. In de twee daarop volgende jaren hoorden zij, evenals de NVvG, echter niets van het cc, zodat zij uiteindelijk eind 1978 het cc vroegen hoe het ermee stond. De ouderenbonden waren van mening dat er een belofte lag om de ouderenzorg te verbeteren, erkenning van het specialisme geriatrie was daarvoor onontbeerlijk.^{B78A} Daarop kwam geen respons, evenmin als op een brief van de NVvG aan het cc van november van dat jaar, zodat de NVvG in april 1979 ertoe overging om een brandbrief te verzenden aan een vijftiental medische verenigingen en organisaties op het gebied van de volksgezondheid, waaronder de Geneeskundige Hoofdinspecties voor de Volksgezondheid en voor de Geestelijke Volksgezondheid, met de vraag of zij hun invloed wilden aanwenden om het specialisme erkend te krijgen.^{B79A} Het cc antwoordde dat binnen afzienbare tijd een rapport te verwachten zou zijn.^{B79B}

Het was H.M. Koningin Juliana (1909-2004) die op haar zeventigste verjaardag aan staatssecretaris mw. Veder-Smit vroeg hoe het nu stond met de erkenning van de geriatrie. De staatssecretaris informeerde binnen enkele weken bij het cc, maar zonder resultaat. De Koningin heeft er nog tweemaal naar gevraagd (van Proosdij, 1980).

Het bleef een lastige kwestie. De geneeskundig hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, mw. dr. H.J.A. Verhagen (1919-1984), schreef daarover aan de NVvG: 'Het verwarrende is dat in Nederland drie organisaties bestaan op het gebied van geriatrie, gerontologie en het verpleeghuiswezen. Naar mijn mening kan alleen iets bereikt worden, wanneer deze drie verenigingen zich bij zulk een belangrijke zaak als de aanvraag voor erkenning als specialisme op één lijn stellen. Uit uw brief kan ik niet opmaken dat dit het geval is.'^{B79C} De NVvA stelde zich echter wel positief op, mits vastgelegd zou worden dat de geriatrater zijn functie in het ziekenhuis moet vervullen.^{B79E}

Voor het COSBO speelden deze overwegingen geen rol, de ouderenbonden wilden zich sterk maken voor de erkenning en zij beloofden het uitblijven daarvan aan de kaak te stellen op het congres ter gelegenheid van hun vijfentwintigjarig

bestaan in oktober 1979.^{1B79D} De NVvG toonde zich daarover 'blij verrast' en wilde nu samen met het COSBO doorpakken: 'Ons lijkt nu wel de tijd gekomen, op hoog niveau aan de bel te trekken. Het is bekend, dat H.M. de Koningin zich persoonlijk voor deze zaak interesseert. Wij stellen U voor, in een gezamenlijk schrijven van Uw en onze organisatie H.M. te verzoeken, haar invloed aan te wenden.'^{1B79E}

HET EINDRAPPORT VAN DE WERKGROEP GERIATRIE

Op 18 december 1979 verscheen dan eindelijk het eindrapport over de erkenning van het specialisme geriatrie dat Van Nieuwenhuizen samen met de Leidse hoogleraar in de oogheelkunde prof. dr. M.C. Colenbrander (1904-1986) had opgesteld. Van Nieuwenhuizen schreef in een begeleidende brief onder meer: 'Onnodig te zeggen hoe ik geworsteld heb met de materie. Er was in de eerste plaats de drang van het Departement om voortgang te maken, terwijl ik aan de andere kant bergen weerstand zag groeien binnen de organen van de K.N.M.G.. Ik kan ook niet anders denken dan dat de erkenning van het specialisme Geriatrie nog heel wat voeten in de aarde zal hebben bij de beroepsorganisaties.

Toen ik met deze Commissie begon, overigens 10 jaar na een vorige commissie, heb ik geprobeerd mij zo goed mogelijk in te werken [...]. Toch ben ik uiteraard geen geriater, zoals velen van ons in feite niet, maar ik ben van Saulus Paulus geworden*) en ik ben langzamerhand totaal overtuigd geraakt van de bittere noodzakelijkheid van de erkenning van dit specialisme.'^{1B79G}

De NVvG leden die deel uitmaakten van de commissie, waren in grote lijnen tevreden, al kwamen zij toch met een belangrijke aanvulling die goed weergeeft wat toen en nog steeds een kenmerk van geriatrie is: 'Wij menen dat het sterkste argument voor de geriatrie als studie van de totale mens in de ouderdom gelegen is in de multiple kwetsbaarheid van deze leeftijdsgroep. Bij oudere mensen wordt de gezondheidstoestand bepaald door een wankel evenwicht; de geriater zal in het bijzonder aandacht moeten hebben voor de samenhang en de wisselwerking van aandoeningen en psychosociale factoren.'^{1B79/HO}

* Van Nieuwenhuizen verwijst hier naar de bekering van Saulus tot de apostel Paulus. Saulus bekeerde zich toen hij, op weg naar Damascus om Jezus' volgelingen te bestrijden, een visioen kreeg waarin Jezus hem opriep om zich te bekeren.



KEEP CALM

AND
CARRY ON

KEEP CALM
AND
CARRY ON
DEPRESCRIBING

KEEP CALM
AND
CARRY ON
DEPRESCRIBING

KEEP CALM
AND
CARRY ON
DEPRESCRIBING

KEEP CALM
AND
CARRY ON
DEPRESCRIBING

KEEP CALM
AND
CARRY ON
DEPRESCRIBING

DE JAREN TACHTIG

HET SPECIALISME GERIATRIE

NOG STEEDS GEEN ERKENNING

Het ontwerprapport Van Nieuwenhuizen-Colenbrander pleitte weliswaar voor erkenning van het specialisme geriatrie, maar dat betekende niet dat het doel al was bereikt. Een beslissing van het cc bleef uit. In 1980 werd dus in de Tweede Kamer nog steeds aangedrongen op instelling van het specialisme geriatrie. Ditmaal was het vvd-Tweede Kamerlid mw. J.H. Krijnen (*1943) die erop wees dat het aantal bejaarden en hoogbejaarden snel toenam en zij vervolgde: 'Het lijkt evenwel of, in afwachting van de gezamenlijke beleidsnota met CRM, een soort pas op de plaats wordt gemaakt. [...] Al vele malen heeft de vvd gepleit voor het specialisme geriatrie, vooral omdat de ervaringen in voornamelijk het buitenland, maar ook in Amsterdam, ons leren dat een goede geriatrie onnodige opnames in verpleegtehuizen en bejaardenoordn kan voorkomen. Wat is eraan gedaan?.'^{TK27}

In 1980 moest staatssecretaris mw. Veder-Smit antwoorden dat de erkenning van het specialisme geriatrie er nog niet was, maar wel 'heel dichtbij' was gekomen.^{TK28} Kamerleden vroegen zich af wat het cc nu eigenlijk deed ten behoeve van de erkenning en registratie. De staatssecretaris vatte dat als volgt samen: 'Het Centraal College voor de Erkenning en Registratie stelde enige jaren geleden een Commissie Geriatrie in, waarin prominente experts op dit gebied zitting hadden. Het rapport van deze commissie kwam begin van dit jaar gereed. Dit rapport werd tweemaal in het Centraal College besproken; eenmaal in aanwezigheid van de voltallige Commissie Geriatrie. Te verwachten is dat de besluitvorming in het Centraal College nu op korte termijn zal worden afgerond.'^{TK29}

Op de algemene ledenvergadering van de nvvg in april 1980 hield Van Proosdij een vlammend betoog waarin hij zijn zorgen over de voortgang uitte. Volgens hem zaten in het cc leden van wie de 'visus op geriatrische problematiek nog beperkter is dan het gezichtsvermogen van een olifant' (van Proosdij, 1980). Het bestuur van de nvvg heeft een afschrift van zijn rede naar H.M. Koningin Juliana gestuurd.^{B80A} Waarom bleef de erkenning zo lang uit? Van Proosdij citeerde vier redenen die Schreuder daarvoor had genoemd: 'In de eerste plaats zijn er geen ziekten die uitsluitend op hoge leeftijd voorkomen. In de tweede plaats is leeftijd als zodanig een onvoldoende reden voor behandeling door een afzon-

derlijke categorie van artsen. In de derde plaats bestaat er geen samenhangend geheel van wetenschappelijke kennis die onderwezen kan worden. Tenslotte is er geen omschreven veld van onderzoek dat men geriatrie kan noemen.' Volgens Van Proosdij was de werkelijke reden echter een geldkwestie: 'de reeds gevestigde specialisten, uitgezonderd de kinderartsen, zijn steeds tegen de erkenning, omdat zij vrezen dat dit hun, niet de boterham, maar mogelijk wel een stukje beleg zal gaan kosten' (van Proosdij, 1980).

BESLUITVORMING IN HET CC

Pas in oktober 1980 kwam een schrijven van het cc waarin melding werd gemaakt van een in november te verwachten positieve besluitvorming, op grond van met name positief advies van overheidswege.^{880c} Er had nog intensief overleg plaatsgevonden met verenigingen van internisten, neurologen en psychiaters. Wat hun standpunten waren wordt niet vermeld, maar die laten zich raden. Van Nieuwenhuizen refereerde eraan bij zijn afscheid van het cc in december 1980, toen hij zei dat het specialisme geriatrie was erkend, hoewel men wist dat men daarmee 'in aanvaring zou komen met opvattingen binnen grote specialismen, zoals de interne geneeskunde en de neurologie.' Hij benadrukte toen dat de psychiaters de erkenning van de geriatrie wel hadden gesteund (MC, 1981a).

Een andere zaak die er steeds doorheen liep, was de erkenning en registratie van de verpleeghuisartsen. Ondanks dat de NVvG er bij herhaling op wees dat die niets met de geriatrie te maken had, speelde het bij het cc wel degelijk een rol.^{880b}

Op 21 november ontving de NVvG eindelijk het verlossende woord van het cc: 'Het verheugt me u te kunnen meedelen dat het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in zijn vergadering van 17 november 1980 in principe heeft besloten tot instelling van het specialisme geriatrie. De duur en de inhoud van de opleiding zullen nog formeel dienen te worden vastgesteld door het Centraal College.'^{880d}

Van Proosdij sprak over een Pyrrhus overwinning, hij zag de toekomst van de geriatrie somber in. Hij vreesde dat er te weinig deskundigheid in Nederland was om de opleiding vorm te geven, er geen kandidaten waren voor hoogleraarsposten en er in de ziekenhuizen te weinig mogelijkheden waren voor praktijkgerichte training en het opdoen van klinische ervaring (Franssen, 1983). Hij had niet geheel ongelijk.

OFFICIËLE ERKENNING

Op 17 januari 1983 ontving de NVvG een schrijven van het cc met de inhoud van de besluiten nr. 4 en 5/1982 over de instelling van een afzonderlijk specialisme klinische geriatrie. Deze besluiten zijn ook in *Medisch Contact* van 14 januari 1983 gepubliceerd (zie afbeelding 3) en behelzen de eisen voor de registratie als geriater, de afdeling geriatrie en de opleiding tot geriater.

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 Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 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.

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

Het was niet voor iedereen duidelijk wat het specialisme inhield of wat geriatrie patiënten waren. Nog in 1988 legde klinisch geriater mw. dr. E. (Elly) Bruijns dat eerst uit voordat ze haar betoog over de noodzaak van geriatrie in een algemeen ziekenhuis voortzette: 'De specialiteit van de klinisch geriater is gelegen in symptoomherkenning, coördinatie van de diverse medische, paramedische en verpleegkundige, diagnostische en therapeutische activiteiten, alsmede behandeling en advisering met betrekking tot de vastgestelde handicaps en ziekten. Daarmee is de klinisch geriater niet concurrerend met maar een aanvulling op reeds bestaande specialismen en voorzieningen' (Bruijns, 1988a). En de patiëntengroep waarom het ging omschreef de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1987 als: 'Zij die als gevolg van hun gevorderde leeftijd en het daarmee gepaard gaande verlies aan redresseringsvermogen, kwetsbaarder zijn voor ziekmakende factoren en nogal eens atypisch reageren op een geneeskundige behandeling' (NRV, 1987).

OPLEIDING TOT GERIATER

DE WERKGROEP OPLEIDINGEN

Hoewel de NVvG al sinds begin jaren zeventig pogingen had ondernomen om de zorg voor ouderen deel te laten worden van de artsenopleiding, was weinig resultaat geboekt. Volgens Ter Haar was dat onder meer te wijten aan het gebrek aan aandacht voor de gezondheidszorg voor ouderen.ⁿ⁷⁸ Maar ook intern gebeurde er aanvankelijk weinig. De in 1975 ingestelde opleidingscommissie onder leiding van Braadbaart ontplooidde geen bijzondere activiteiten, terwijl met

de erkenning van het specialisme in zicht toch wel over de opleiding moest worden nagedacht. In 1979 kwam er een nieuwe werkgroep Opleidingen met als leden Akkerman, Braadbaart, Schouten, Welten en mw. C. (Christien) van Dijk. Deze werkgroep formuleerde een voorstel met als kernpunten: een visie op de functie van geriater tegenover die van de verpleeghuisarts; integratie van psycho- en somatogeriatrie in de opleiding; het snel tot stand brengen van geriatri-sche afdelingen in ziekenhuizen waar de opleiding kon plaatsvinden.

Belangrijk uitgangspunt was het opleiden van één type geriater zonder scheiding tussen psycho- en somatogeriatrie. In het voorstel omvatte de opleiding vijf jaren: vier jaar geriatrie waarvan één jaar psychogeriatrie, en een jaar verpleeghuisgeneeskunde inclusief sociale geneeskunde. De vier jaar geriatrie kon worden gevolgd in één of meer geriatri-sche afdelingen in algemene ziekenhuizen (GAAZ'en) en als daar niet voldoende plaats was, zou ontheffing kunnen worden verleend om de opleiding te volgen op een interne of neurologische afdeling van een opleidingsziekenhuis.⁸⁸⁰ Dit voorstel is niet gerealiseerd omdat er door het kleine aantal geriatri-sche opleiders geen capaciteit was voor vier jaar geriatrie.

INPASSING VAN HET SPECIALISME

Aangezien opleiding en ziekenhuis nauw verbonden waren liet ook de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) van zich horen. De sectie Ziekenhuizen van de NZR organiseerde een ledenraadpleging die de nodige onrust veroorzaakte binnen de NVvG gelederen.^{881A} Wat er precies speelde blijkt uit een stuk in *Medisch Contact* (MC, 1981b). In de NZR moesten drie sectiebesturen, van de ziekenhuizen, van de verpleeghuizen en van de geestelijke gezondheidszorg, overeenstemming bereiken over de vraag hoe het specialisme geriatrie moest worden ingepast in de structuur van de intramurale gezondheidszorg. Het sectiebestuur Ziekenhuizen stelde zich op het standpunt dat de opleidingseisen niet los gezien konden worden van de toekomstige plaats en functie van het specialisme geriatrie binnen het geheel van de gezondheidszorgvoorzieningen. 'Toekomstige beleidsbeslissingen omtrent de planning en normering van geriatri-sche voorzieningen dienen genomen te worden op basis van overleg tussen overheid, gezondheidszorginstellingen, beroepsbeoefenaren en financiers', waarschuwde de NZR.^{881B}

DE OPLEIDINGSEISEN

Het wachten was op de vaststelling door het CC van de eisen aan de opleiding, de opleiders en de opleidingsinrichtingen. Ondertussen probeerde de NVvG een ingang te krijgen bij het ministerie van O&W om onderwijs in de geriatrie op te zetten. Het ministerie verwees de NVvG daarvoor naar de medische faculteiten, het ministerie had daar geen bemoeienis mee.^{881C} De NVvG nam voorlopig geen actie richting universiteiten.

De opleidingseisen zijn tegelijk met de instelling van het specialisme van kracht geworden per 1 januari 1983 en eveneens gepubliceerd in *Medisch Contact* van 14 januari (cc, 1983). De duur van de opleiding werd bepaald op vijfjaar, waarvan eerst een tweejarige opleiding in de inwendige geneeskunde gevolgd door een driejarige opleiding in de geriatrie. Voor geregistreerde internisten bestond de mogelijkheid om slechts een tweejarige geriatrie-opleiding te volgen.

Opleiders moesten wat betreft somatische geriatrie tenminste 150 opnames per jaar hebben, een polikliniek met tenminste 100 nieuwe patiënten per jaar en tenminste 100 consulten per jaar doen. De opleider of één van zijn medewerkers moest consulent zijn in één of meer verpleeghuizen, en de assistent in opleiding diende regelmatig aan deze consulten deel te nemen. Daarnaast moest de assistent onderwijs krijgen, ervaring opdoen met het coördineren tussen verschillende disciplines en kennis verwerven van het reactiveren en resocialiseren van patiënten.

Voor het onderdeel psychogeriatric diende de opleider tenminste 50 opnames per jaar te hebben en te beschikken over een polikliniek. De eisen wat betreft onderwijs en ervaring waren dezelfde als die bij de somatische geriatrie.

De eisen aan de opleidingsinrichtingen werden eveneens gespecificeerd (zie kader) waarbij een lastige eis was dat in de opleidingsinrichting voor somatische geriatrie naast de opleider tenminste één geriater in de inrichting werkzaam moest zijn en in de opleidingsinrichting voor psychogeriatric tenminste twee gerieters in volle dagtaak en bij de opleiding betrokken. Dat betekende dat er een tekort aan opleiders dreigde.

EISEN AAN DE OPLEIDINGSINRICHTING (CC, 1983)

Volgens de opleidingseisen heeft de opleidingsinrichting voor somatische geriatrie een afdeling inwendige geneeskunde met opleidingsbevoegdheid A, een afdeling heelkunde (A of B), en een afdeling neurologie (A of B), terwijl er een groot aantal verschillende specialismen aanwezig of als consulent beschikbaar moet zijn (cardiologie, dermatologie, KNO-heelkunde, longziekten en tuberculose, medische microbiologie, oogziekten, orthopedie, pathologische anatomie, psychiatrie, radiologie/radiodiagnostiek, reumatologie, revalidatie en urologie). Daarnaast moeten er laboratoria, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en klinische psychologie aanwezig zijn. En er moet een vaste relatie zijn met één of meer verpleeghuizen in de regio. Voor de afdeling geriatrie moeten er tenminste 20 bedden zijn.

De opleidingsinrichting voor psychogeriatric moet eveneens beschikken over een multidisciplinair team en de beschikking hebben over tenminste 10 bedden voor observatie- en geriatrie patiënten.

De opleiding moest nu van start gaan. De geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid schreef de directies van alle psychiatrische ziekenhuizen aan om 'indien Uw inrichting aan de eisen voldoet' mee te werken aan de opleiding.^{B83A} Maar er was ook opleidingscapaciteit in algemene ziekenhuizen nodig en die was maar mondjesmaat aanwezig. Eind 1982 waren er afdelingen geriatrie in het Slotervaartziekenhuis, Zonnestraal, het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem, het voormalige sanatorium Hoog Laren in Blaricum en een afdeling in St. Joannes de Deo in Haarlem die een experimentele status had gekregen. Het NVvG bestuur drong er bij de Vaste Kamercommissie van wvc op aan om meer afdelingen te openen. Dat zou hard nodig zijn gelet op de 'beangstigende bevolkingsprognose' en de toenemende zorg voor ouderen.^{B83B}

REGISTRATIE: EEN OVERGANGSPERIODE

Reeds bij het opstellen van de nieuwe statuten van de NVvG in 1975 was een toelichting gegeven op de mogelijkheden van registratie als geriater. Het bestuur schreef dat leden van de NVvG niet automatisch als specialist zouden worden ingeschreven: 'Als de inschrijving in het specialistenregister voor het specialisme "Geriatric" mogelijk wordt, zal er altijd een "overgangsregeling" zijn voor diegenen, die reeds geruime tijd in de geriatrie werkzaam zijn.'^{N75A} Eind 1980 werd deze situatie werkelijkheid. Voorzitter Ter Haar voorzag de nodige problemen. Hij stelde de volgende eisen op als voorwaarden om als geriater erkend te worden:

- 1 tenminste tien jaar werkzaam geweest in een klinisch geriatische setting;
- 2 een nader aan te geven aantal wetenschappelijke artikelen te hebben geschreven;
- 3 blijf te geven van voldoende wetenschappelijke belangstelling.

Daarnaast zouden internisten een aantekening geriatrie kunnen krijgen als zij gedurende minstens twee jaar op een geriatische afdeling werkten en op het gebied van geriatrie hadden gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften of wetenschappelijke voordrachten hadden gehouden. Er zouden overgangsbepalingen moeten komen voor diegenen die niet geheel aan de voorwaarden voldeden.^{B80E}

Aan de leden zijn op 19 december 1980 vervolgens de volgende vijf toetsingscriteria voor de overgangstijd voorgelegd: plaats, tijd, opleiding, wetenschappelijke arbeid, bekendheid met en in de wereld der geriatrie. Zij kregen de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren.^{B80F} Rekening houdend met de vele commentaren, er kwamen 22 reacties binnen, stelde het bestuur in februari een specificatie van de overgangseisen op volgens het schema in tabel 2.

Minimaal aantal punten nodig voor erkenning: 95

	aantal jaren					
	1	2	3	4	5	6
a. ten minste 5 jaar fulltime geriatrisch werk;					80	
indien multidisciplinair samengewerkt met ten minste 1 fulltime collega: meer punten					10	
b. opleidingen en cursussen op geriatrisch en verwant gebied: ten hoogste 3 jaar per vak	2	4	6	8	10	
c. werkzaam in observatie	1	2				
d. medisch praktische ervaring, behoudens de jaren bedoeld onder a	½	1	1½	2	2½	3
e. wetenschappelijke activiteit, nog nader te waar- deren op een puntenaantal tussen 0 en 6						

Tabel 2. Specificatie van overgangseisen voor registratie (NVvG 1981a)

Het idee was om punten toe te kennen per deel van de gevolgde opleiding. Er zouden echter collega's zijn die wel in aanmerking voor erkenning kwamen 'op grond van specifieke of persoonlijk kwaliteiten' en die niet het vereiste aantal punten haalden.^{NS1B} Om inzicht te krijgen om welke situaties het zou gaan, zond het bestuur in het voorjaar 1981 aan de leden een enquêteformulier waarop zij hun gegevens en ervaring konden vermelden. Tweeënveertig leden stuurden de vragenlijst retour. Tien leden scoorden tussen 1 en 15 punten, 10 leden kwamen net niet aan de 95, hun totalen lagen tussen 89 en 95 punten, de overigen haalden 95 of meer punten. De leden Leering, Schouten, Sipsma en Welten vielen op door hun grote aantal publicaties.^{NS1C}

In de praktijk bleken er heel wat haken en ogen te zitten aan het registreren van klinisch geriateren die al geruime tijd vóór 1983 in het vak werkzaam waren, maar die niet de vooropleiding hadden zoals die werd vereist. Aanvankelijk beoordeelden het Concilium Geriatricum en het NVvG bestuur de aanvragen. Dat het in de praktijk soms een moeizaam proces was, blijkt uit de ervaringen van klinisch geriater mw. J.M. (Marjan) Ornée die te lezen zijn op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

HET CONCILIUM GERIATRICUM

SAMENSTELLING

Die artsen die op 1 januari 1983 minimaal vijf jaar werkzaam waren op een afdeling geriatrie en de internisten die dat twee jaar hadden gedaan, kwamen direct voor inschrijving of overschrijving in aanmerking. Een aantal was al direct bij de erkenning ingeschreven in het register van het nieuwe specialisme, omdat zij ook betrokken waren of geweest waren bij de totstandkoming van de opleidingseisen. Omdat er nog geen opleiders of officiële opleidingsplaatsen waren, lag het voor de hand dat zij ook de eerste leden waren van het in te stellen Concilium Geriatricum. S. Braadbaart werd de eerste voorzitter van het Concilium. Nadat de opleiders in spé waren ingeschreven in het register van de klinische geriatrie werden achtereenvolgens de opleidingen in Arnhem, Den Haag en Amsterdam erkend door de SRC en cc. De opleiders werden vervolgens ook lid van het Concilium en de leden van het eerste uur trokken zich gaandeweg terug. Ook werden toen 'echte' opleidingsplaatsen gerealiseerd.

TAKEN

Het Concilium en aanvankelijk ook het bestuur van de NVvG hadden de taak om alle verzoeken om inschrijving in het specialistenregister te beoordelen. De aanvraag bestond uit het overgelegde curriculum, indien van toepassing voorzien van een schriftelijke ondersteuning van de opleider, met een overzicht van de werkzaamheden, publicaties, voordrachten, bijscholing en zo nodig jaarverslagen en patiëntenstromen van de afdeling geriatrie. Het Concilium toetste dat aan de overgangsregels zoals die in de Opleidingseisen waren opgenomen. Dat gold zowel voor de bovengenoemde groep als voor de artsen die op 1 januari 1983 (nog) niet aan die eisen voldeden door de duur en/of de inhoud van hun werkzaamheden. Als het curriculum niet voldeed of nog te kort was, werd de al opgedane werkervaring getoetst aan de eisen die aan opleidingsafdelingen en opleiders werden gesteld. Daardoor kon een reeds gevolgde stage achteraf als opleiding worden erkend. Hieraan werd een advies voor de resterende opleidingsonderdelen toegevoegd.

De kandidaat kreeg hiervan schriftelijk bericht. Hij/zij kon vervolgens een aanvraag voor registratie of goedkeuring van een aanvullend opleidingsschema aan de SRC voorleggen. Uiteindelijk werd het definitieve besluit bekrachtigd door het Centraal College. Het verzoek kon ook afgewezen worden. Gaandeweg werden de eerste opleidingen erkend en veranderde de gang van zaken geleidelijk in de formele procedure (de

Roo, 1985). De toetsing aan de overgangsregeling en de opleidingseisen vergde een grote zorgvuldigheid en moest van goede argumenten worden voorzien. In de beginperiode was dit één van de belangrijkste taken van het Concilium. De leden waren zich bewust van het belang voor de persoon in kwestie. Immers de carrière als klinisch geriater kon hiermee worden gemaakt of gebroken.

Deze tekst is geschreven door mw. dr. E. Bruijns, lid van het CG in de jaren '80.

POLITIEK EN GERIATERS IN DE JAREN TACHTIG

Toen was de erkenning er en dat riep nieuwe vragen op: 'Hoe denkt de Staatssecretaris - nu het specialisme geriatrie eindelijk na ruim 20 jaren aandringen vanuit het parlement is erkend - dit gegeven in de toekomst in het beleid te verwerken?'.^{TK2} De staatssecretaris wist dat ook nog niet precies. Eerst dienden de opleidingseisen en dergelijke door het CC te worden uitgewerkt en opleidingsinrichtingen te worden erkend. En dan: 'Voordat de eerste geriateren als zodanig worden geregistreerd, zal de beleidsbepaling ten aanzien van hun inschakeling in de zorgverlening gestalte dienen te krijgen. Het ligt voor de hand hen in de grote algemene ziekenhuizen te doen functioneren. Nadere gedachtenvorming is nodig omtrent het instellen van duidelijk omschreven geriatrie afdelingen in relatie tot de andere klinische specialismen in het algemene ziekenhuis, alsmede de relatie van de klinisch geriater tot de verpleeghuizen'.^{TK3} Men moest er dus nog op studeren.

Het ministerie bereidde eind 1981 een adviesaanvraag voor aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CVZ) met vragen over de uitoefening van de functie geriatrie en in hoeverre er geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen zouden moeten zijn. CDA-minister mw. M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen (*1925) kondigde echter tegelijkertijd per medio 1982 een concreet beddenverminderingplan aan voor de ziekenhuizen per regio.^{TK30} Een jaar later lagen er interim-adviezen maar die waren nog weinig concreet. 'Met name dient voorkomen te worden dat zolang er geen duidelijkheid is op de kernvraag, nl. of het specialisme geriatrie binnen het algemene ziekenhuis moet worden uitgeoefend als een functie (zonder eigen bedden) dan wel als zelfstandige afdeling (met eigen bedden), het aantal geriateren autonoom toeneemt'.^{TK31}

DREIGENDE BEDDENREDUCTIE

Terwijl het jonge specialisme zich probeerde te ontwikkelen, diende zich dus al direct een groot probleem aan. Voor de opleiding waren opleidingsplaatsen in ziekenhuizen met een geriatrie afdeling nodig, maar door de aangekondigde

beddenreductie werden geen nieuwe geriatrische afdelingen opgericht en bestaande afdelingen zelfs met sluiting bedreigd. Het aantal artsenaanplaatsen werd bevroren waardoor geen assistenten konden worden aangetrokken. De NVvG kaartte de kwestie aan bij het ministerie en bij alle provinciebesturen.^{B82A} De provincie Gelderland antwoordde dat zij er weinig aan kon doen, omdat de richtlijnen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen geen aparte normen voor geriatrische patiënten bevatten. Als enige mogelijkheid wees de provincie op de richtlijnen voor leeftijdsopbouw in een regio die inhielden dat voor 45-65-jarigen en voor 65-plussers naar verhouding meer bedden gepland waren.^{B82B}

De overheid bleef terughoudend als het ging om het toestaan van meer geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (GAAZ'en). Als reden werd genoemd dat het ministerie wilde voorkomen 'dat in het land GAAZ'en van uiteenlopend model worden ontwikkeld', omdat 'nog steeds niet vaststaat op welke wijze vorm en inhoud zal worden gegeven aan de opleiding tot geriater.'^{TK32} De CRV en het CVZ adviseerden om de uitbreiding van de geriatrische zorgverlening voorlopig te beperken totdat meer onderzoek was gedaan en het experiment in Haarlem bij St. Joannes de Deo was geëvalueerd. Wel konden er meer experimenten worden opgezet, maar het ministerie was er nog niet uit hoe en waar die zouden moeten plaatsvinden.^{EK4}

DE MOTIE TERPSTRA

De Tweede Kamer bleef echter zorgen houden over de ontwikkelingen met betrekking tot de geriatrie. Eind 1984 werd al een motie aangenomen waarin de regering werd gevraagd om een structuurplan geriatrische gezondheidszorg op te stellen, de motie van het vvd-Kamerlid mw. E.G. Terpstra (*1943).^{TK33}

MOTIE VAN HET LID TERPSTRA

Voorgesteld 22 november 1984

*De Kamer,
gehoord de beraadslaging; overwegende, dat de geriatrische gezondheidszorg zich niet laat delen in los van elkaar staande sectoren van beleid;
van mening, dat knelpunten op de terreinen van geriatrie, gerontologie, opleiding gerieters, opleiding verpleeghuisartsen, pakket voorzieningen eerstelijns-, semi- en intramurale zorg een geïntegreerde aanpak vergen;
verzoekt de regering, binnen zes maanden een samenhangend structuurplan geriatrische gezondheidszorg op te stellen en aan de Kamer over te leggen, en gaat over tot de orde van de dag.*

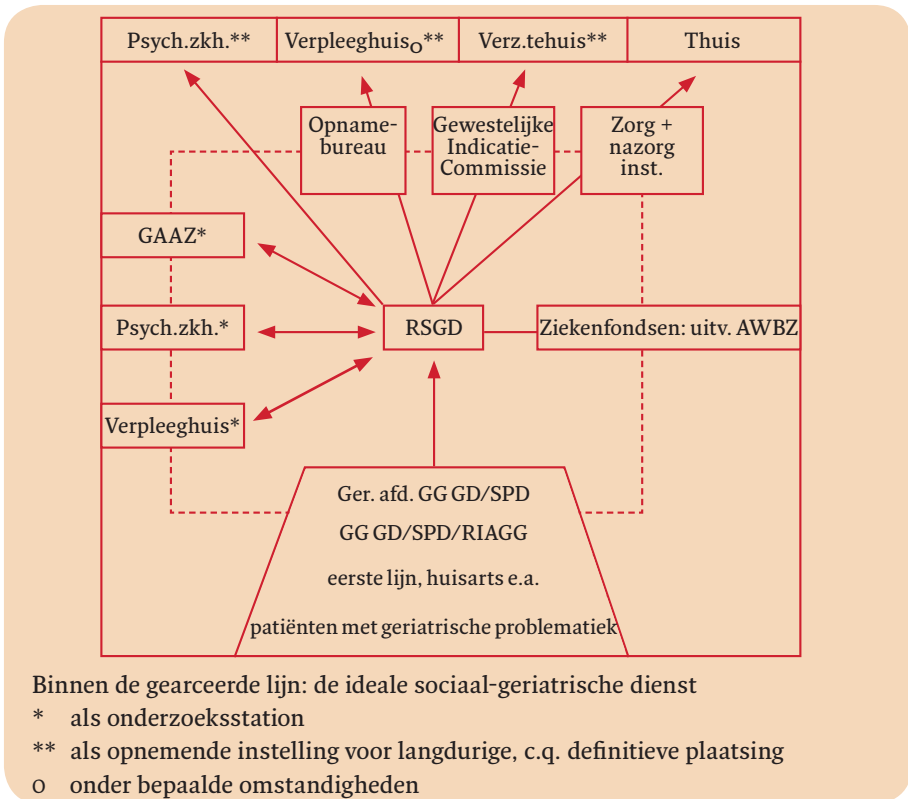
Enkele maanden later bleek echter de beddenreductie allerminst van de baan: ‘In het kader van die operatie zullen zo rond de 8000 ziekenhuisbedden moeten verdwijnen. [...] de sluiting c.q. vermindering van de capaciteit van ziekenhuizen zal ongetwijfeld een sterkere druk op het verpleeghuiswezen doen ontstaan en dat terwijl – met name voor de sector psycho-geriatrie – nu al een normverhoging gewenst zou zijn.’^{TK34} Als antwoord op de motie Terpstra kwam het ministerie in 1986 met de nota ‘Zorg voor Ouderen’ die volgens de NVvG geen beschrijving van de samenhang van alle geriatrische voorzieningen gaf. Het bestuur schreef daarover naar de Tweede Kamer, de NZR en het ministerie.^{N87A}

EEN PYRRHUS OVERWINNING?

‘De weg naar volwassenheid die de geriatrie nog te gaan heeft, lijkt geen korte te zijn’, schreven de redacteuren Lies van Kammen-Wijnmalen en prof. dr. J.M.A. (Joep) Munnichs (1927-2000) in hun redactioneel bij een themanummer van het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* in 1984. Van Proosdij en Sipsma toonden zich daarin zeer somber over de toekomstmogelijkheden van de geriatrie. ‘De werkers van het eerste uur zijn dood, hulpbehoevend, gepensioneerd of bijna toe aan hun aow. Beddenreductie en nijpend tekort aan ervaren mankracht maken het realiseren van nieuwe geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen vrijwel illusoir’ (van Proosdij & Sipsma, 1984).

Minder negatief was de ziekenhuisdirecteur van St. Joannes de Deo in Haarlem, E.B.M. Dillmann. De GAAZ in zijn ziekenhuis had een experimentele status. Volgens hem werd een GAAZ gekenmerkt door een eigen identiteit, een multidisciplinair karakter en een geheel eigen samenstelling van het team, van waaruit de klinisch geriater ‘het onderzoek naar medische referentiewaarden, het ontwikkelen van onderzoekstechnieken’ kan ontwikkelen. Hij schetste een circuit voor de behandeling van geriatrische patiënten waarin alle betrokkenen een plaats hadden met de regionale sociaal-geriatrie dienst (RSGD) in een centrale positie (zie afbeelding 4).

Hij maakte zich wel zorgen over de terughoudendheid van de overheid en de beslissing om de ontwikkeling van de GAAZ'en niet te stimuleren omdat men bang was voor een ‘teugelloze groei’ en kostenexplosie. Uit zijn uitvoerige beschrijvingen van de werkwijze en resultaten van de somatogeriatrische afdeling in Arnhem en de psychogeriatrische afdeling in Den Haag kon de lezer concluderen dat een GAAZ en een GAPZ onmisbare voorzieningen waren in de zorgketen waarvan er echter nog veel te weinig waren (Dillmann, 1984). Dat schreef ook het hoofd van de GAAZ in het Haarlemse ziekenhuis, internist-geriater J.A. (Jap) de Fockert (1927-2003). Als de aantallen van vijf GAAZ'en, ruim tien klinisch geriateren en nog geen tien gerontopsychiaters niet snel zouden toenemen en er een betere spreiding over het land zou komen, dan ‘kan de klinisch geriater



4. Circuit voor de behandeling van geriatrie patiënten (Dillman, 1984:13).

noch in de ziekenhuiswereld, noch in de toekomstige geriatrie circuits, uitgroeien tot een algemeen aanvaarde functie' (de Fockert, 1984).

KLINISCHE GERIATRIE IN HET ALGEMENE ZIEKENHUIS

GAAZ-ONDERZOEK

Het ministerie van wvc besloot in 1984 om door het Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi) onderzoek naar het functioneren van de GAAZ'en te laten uitvoeren. Een belangrijke vraag was hoe een geriatrie afdeling budgettair neutraal in een ziekenhuis kon worden ingepast. Voor het onderzoek werden St. Joannes de Deo in Haarlem, het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem en het Scheperziekenhuis in Emmen als 'kernlocaties' met een experimentele status aangewezen en het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam, Zonnestraal in Hilversum en het St. Jansziekenhuis in Laren als 'volglocaties' die geen experimentele status kregen. (Het St. Jansziekenhuis in Laren is later gefuseerd met Hoog-Laren, het Diakonessenziekenhuis te Naarden en het Majellaziekenhuis in Bussum. Op

het terrein van Hoog-Laren is het ziekenhuis 'Gooi-Noord' gerealiseerd (Ouweelen-Persijn et al., 1983)). Wel behielden alle inrichtingen gedurende het onderzoek het recht op financiering zoals ze die in 1983 hadden gehad, zij vielen dus buiten de beddenreductie.⁸⁸⁴

In 1985 is een GAAZ-onderzoek uiteindelijk uitgevoerd in zes ziekenhuizen – Arnhem, Sittard, Haarlem, Amsterdam, Laren en Hilversum – waar in de periode van 1 januari tot oktober in totaal 1057 patiënten waren opgenomen.⁸⁸⁶ Het lijkt dat de onderzoekers de nodige moeite hebben gehad om enigszins vergelijkbare gegevens te verzamelen. Wellicht was hun opdracht wel erg breed geformuleerd. Zij wilden de klinische en poliklinische kenmerken van de geriatrische patiënten in de verschillende inrichtingen met elkaar en met de algemene patiëntenpopulaties vergelijken om daarmee een indicatie te krijgen van de specifieke functie van een GAAZ binnen het ziekenhuis. Regionale verschillen en landelijke vergelijkingen, verschillen tussen klinische en poliklinische patiënten, de onderzoekers beoogden zelfs een typering van GAAZ-patiënten. Daarover schreven zij: 'In hoeverre voldoen alle GAAZ-patiënten aan de verwachtingen die steeds worden geuit? In hoeverre gaat het steeds om oude, geïsoleerde mensen met een meervoudige pathologie? Hoevelen wijken er af van dit beeld?' Waar zij dit beeld vandaan hadden is niet duidelijk. Wel duidelijk is dat zij zelf nog weinig idee hadden van de mogelijke resultaten, zoals blijkt uit de opmerking 'op welke wijze deze vragen het beste kunnen worden benaderd is nog onduidelijk' (van Zijl, 1985).

Het verzamelde materiaal riep meer vragen op dan het beantwoordde. Een bespreking van de onderzoekers met de leden van de NVvG Werkgroep Klinische Geriatrie (WKG) behandelde een scala aan vragen die vooral betrekking hadden op de geregistreerde verschillen tussen de GAAZ'en. Bijvoorbeeld in Sittard beschouwde de geriater 57% van de patiënten als sociaal geïsoleerd, de geriater in Amsterdam kwam tot slechts 21%, hetgeen de vraag deed rijzen of de vragenlijst door iedereen wel op dezelfde manier was ingevuld.

Het cijfermateriaal lag er echter en er verscheen het onderzoeksrapport 'Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen' (Nzi, 1986) dat de VVD-staatssecretaris van wvc, D.J.D. Dees (*1944), eind 1986 aan de Tweede Kamer kon aanbieden.^{TK35} Volgens hem gaf het onderzoek inzicht in de wijze waarop de functie geriatrie in een aantal algemene ziekenhuizen vorm had gekregen, welke verschillen er bestonden en wat de effecten daarvan waren. En er was een eerste vertaalslag gemaakt door een aanzet tot modelontwikkeling te geven. De overheid had echter eerst meer advies nodig voordat er keuzes gemaakt konden worden. De NVvG was niet bepaald enthousiast over het Nzi-rapport. Uit het commentaar van de Arnhemse klinisch geriater Elly Bruijns, die voorzitter was van de WKG en secretaris van de NVvG, komt naar voren dat de werkstructuur waarop de klinische geriatrie was gebaseerd – eigen afdeling, polikliniek, con-

sulentschap - ter discussie stond. Zij benadrukte dat 'het nut van een geriatri-sche afdeling met poliklinieken is aangetoond' (Bruijns, 1987), met alleen poli-klinische voorzieningen zou het jonge specialisme een vroege dood sterven.

ZES ERKENDE GAAZ'EN

Op grond van het NZI rapport over de geriatri-sche afdelingen in algemene zie-kenhuizen adviseerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid om de toen bestaande zes klinisch geriatri-sche afdelingen in algemene ziekenhuizen te er-kennen. Politieke besluitvorming liet opnieuw op zich wachten. Klinisch geria-ter Elly Bruijns vroeg zich af waarom het ruim vijf jaar moest duren 'voor de politiek antwoord geeft op de vraag hoe en in welke omvang een specialisme mag worden beoefend, als tevoren de voorwaarden voor het beoefenen van het vakgebied door middel van de opleidingseisen zijn vastgelegd.' Daarop had zij geen antwoord. Wel constateerde zij dat 'mede door de trage besluitvorming [...] er slechts op enkele plaatsen klinisch geriatri-sche afdelingen' waren, terwijl de uitbreiding van het aantal afdelingen was 'bevroren' (Bruijns, 1988a). Ook Van Proosdij uitte zijn teleurstelling over de realisering van de faciliteiten voor klin-isch geriater-s. Wat zijn nu zes geriatrie afdelingen op een totaal van zo'n 170 ziekenhuizen? De beslissing over eigen bedden werd door de overheid steeds weer uitgesteld, de opleiding voor een nieuwe generatie klinisch geriater-s was 'vrijwel volledig geblokkeerd', want de drie opleidingsplaatsen zaten al voor vier jaar vol (van Proosdij, 1988).

Het ministerie klonk positiever en betoogde dat het beleid van WVC zich zou richten op het verder tot ontwikkeling brengen van de klinische geriatrie. Van de door het NZI ontwikkelde modellen werden er twee aanvaard voor verdere sti-mulering, dat waren een geriatri-sche afdeling en een geriatri-sche polikliniek in algemene ziekenhuizen. De bevroening werd opgeheven en in de gewijzigde Richtlijnen ex artikel 3 WZV van december 1987 opgenomen.^{TK36} Deze maatregel leek echter geen garantie voor voortbestaan. In 1989 schreef het NVVG bestuur een brandbrief aan de PVDa-minister van WVC, mw. H. d'Ancona (*1937), omdat door bezuinigingen in het Slotervaartziekenhuis een opleidingsplaats geriatrie zou verdwijnen, terwijl de afdeling geriatrie in Arnhem geheel met opheffing werd bedreigd.^{B89D} Dat laatste omdat de gemeente Arnhem de financiering per 1 januari 1990 beëindigde. De geriater-s en maatschappelijk werkenden die in dienst waren van de Arnhemse GG&GD werden met ingang van die datum ont-slagen. In afwachting van de juiste erkenningsbeschikking kregen zij van het ziekenhuis een tijdelijke aanstelling. Volgens de NVVG had het ministerie van WVC 'ondanks een herhaaldelijk verzoek daartoe, geen erkenningsbeschikking voor 2 plaatsen klinische geriatrie in Arnhem afgegeven.' Op vragen van Tweede Kamerlid Terpstra hoe dit zat, kon PVDa-staatssecretaris H.J. Simons (*1947) pas ruim twee maanden later het volgende meedelen: 'Inmiddels heeft onder-

getekende hiertoe de erkenningsbeschikking voor de functie geriatrie (2.0 functie-eenheden) aangepast. Dit was een belangrijke voorwaarde om de financiering van de functie te verzekeren. Voorts is door het ziekenhuis een aanvraag ingediend om de functie geriatrie uit te breiden met een derde functie-eenheid. Deze aanvraag is thans in behandeling en na vaststelling van het ziekenhuisplan voor de regio Arnhem kan besluitvorming plaatsvinden.^{TK37} Het NVvG bestuur kon op 23 mei 1990 de ledenvergadering informeren over de verkregen erkenningsbeschikking.

KOSTEN

In 1988 bestonden geen tarieven voor klinisch en poliklinisch geriatrisch onderzoek en behandeling. Op basis van de gegevens uit het onderzoek van het NZi over personeelsbezetting van specialisten, verpleegkundigen en paramedische disciplines, kon op korte termijn een honoreringsregeling worden ingevoerd, alsmede een vaststelling van het budget voor een geriatrische afdeling. Het NZi had de kosten van een GAAZ als volgt geraamd (loon- en prijspeil uit 1985): personeelsformatie en salariskosten, inclusief geriatrische polikliniek = f1.200.000. Daar werd 20% aan materiële kosten bijgeteld = f1.440.000. Op basis van de prognose van de behoefte aan geriater berekende het ministerie de kosten voor de ontwikkeling van geriatrische afdelingen. Na correctie voor het prijspeil 1990 werden de kosten voor een GAAZ gesteld op f1.460.000. Voor 1991 werden de totale kosten geraamd op f11.420.000; voor 1992 t/m 1994 bij maximale vraag kwam men op f24,2 miljoen. 'Op het eerste gezicht lijkt er sprake van hoge kosten voor de geriatrische afdeling', schreef klinisch geriater Elly Bruijns en vervolgde: 'Inmiddels is op grond van onderzoek in het buitenland komen vast te staan dat door deze investering één of meer heropnames in het ziekenhuis voorkomen kunnen worden en dat op termijn de kosten van o.a. langdurige zorgverlening verminderen. De Nederlandse ervaring wijst in dezelfde richting' (Bruijns, 1988a).

FLANKEREND BELEID OF EEN GERIATRISCHE AFDELING?

Eind jaren tachtig ontstond de discussie over de wijze waarop geriatrische patiënten behandeld konden worden. Was er altijd een aparte geriatrische afdeling nodig of kon de geriater ook in een andere opzet functioneren? In het kader van een door de overheid gesteund experiment naar mogelijke optimalisering van geriatrische patiëntenzorg werd Van Proosdij per 1 oktober 1986 aangesteld bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Hij kreeg twee jaar de tijd om samen met zijn collega, de internist J.F.B.M (Hans) Fiolet (*1953), het ziekenhuis in Maastricht te 'geriateren' (van Proosdij, 1987). Zijn doel was een geriatrisch klimaat te realiseren en dat hield het volgende in: 'Als we nog een jaar verder zijn verwacht ik dat geen enkele patiënt er [...] overdag zal moeten liggen op wat voor

een oud mens een kunstfout op vier poten is, dat niemand zal worden onderworpen aan onaangename, belastende onderzoeken waarvan de uitslag geen enkel nuttig effect heeft op zijn toekomstig functioneren, dat oude patiënten niet meer zullen worden bestookt met te veel, de verkeerde of, gezien hun leeftijd, te hoog gedoseerde zogenaamde geneesmiddelen [...] en dat niemand naar huis zal worden ontslagen voordat tevoren is nagegaan of hij of zij zich daar voldoende zal kunnen redden.' Toen hij na twee jaar afscheid nam van Maastricht verdedigde hij het ontwikkelde flankerend beleid met te zeggen dat ze hadden moeten roeien met de riemen die ze hadden. Iets was beter dan niets, ze hadden een flink aantal patiënten kunnen behandelen, maar een mogelijkheid om een aparte geriatrie afdeling op te richten was er niet (van Proosdij, 1989b).

In dezelfde tijd was in Nijmegen een experiment gestart met een GAUZE, een geriatrie afdeling in een universitair ziekenhuis. Internist dr. W.H.L. (Willibrord) Hoefnagels (*1943) legde in 1990 uit wat de 'Nijmeegse visie' inhield. Zijns inziens waren er genoeg argumenten waarom hoogbejaarde patiënten met geriatrie problemen op een eigen afdeling zouden moeten worden behandeld. Hij noemde onder meer praktische zaken als het ontbreken van aangepaste wasvoorzieningen, mogelijkheden voor fysiotherapie en aanpassingen voor rolstoelers. De geriatrie patiënt heeft multidisciplinaire zorg nodig, algemene verpleegkundigen zijn niet voldoende onderlegd om met deze patiënten om te gaan en het onrustige gedrag van de oudere wordt 'op een normale ziekenhuisafdeling door verpleging en medepatiënten als storend en zelfs onacceptabel' ervaren. Hoefnagels benadrukte de noodzakelijkheid van een mentaliteitsverandering bij collega's en ziekenhuisbestuurders die de bejaarden vooral als een last en kostenpost zagen (Hoefnagels, 1990).

WETENSCHAPPELIJK ONDERWIJS EN ONDERZOEK

LEERSTOELLEN

In de Eerste Kamer werden na de erkenning van het specialisme vragen gesteld aan de CDA-minister van O&W, W.J. Deetman (*1945), waaruit blijkt dat het onderscheid tussen geriatrie en gerontologie niet zo bekend was en de minister er evenmin beeld bij had. Kamerleden vroegen namelijk zowel 'hoe kon worden voorzien in de toenemende plaats en betekenis van de gerontologie' als 'wanneer zullen één of meer leerstoelen in de klinische geriatrie worden bezet en waar?'.¹⁶⁵ De minister antwoordde dat in Utrecht een leerstoel Medische Gerontologie/Geriatrie in voorbereiding was, maar het was hem niet bekend in hoeverre in het bestaande wetenschappelijk onderwijs gerontologie aandacht kreeg, want de universiteiten zijn immers grotendeels autonoom in het invullen

van hun onderwijsprogramma. Volgens de minister viel gerontologie in Utrecht onder de leerstoel Sociale Gezondheidszorg. De leerstoel van Schreuder in Utrecht was echter – na enkele jaren vacant te zijn geweest – van 1976 tot 1986 bezet door de patholoog-anatoom dr. C.F. Hollander, directeur van het Instituut voor Experimentele Gerontologie TNO. Hij besteedde vooral aandacht aan de medisch-biologische gerontologie. Na zijn vertrek was de leerstoel opnieuw vacant (Pouw, 1987). De minister kon wel meedelen dat er een aanvraag lag van de Stichting Katholieke Verpleeg- en Verzorgingsinstellingen te Rotterdam voor het oprichten van een leerstoel Medische Gerontologie/Geriatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, te financieren door deze stichting. Dat werd de leerstoel die Oostvogel in 1986 kon bezetten. Meer details over het werk van professor Oostvogel zijn te lezen in het interview op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

In kringen van de klinisch gerieters was men er ten zeerste van doordrongen dat universitair onderwijs onontbeerlijk was voor de verdere ontwikkeling van het specialisme. De vraag was echter wie voor een leerstoel in aanmerking zou kunnen komen. Klinisch geriater Elly Bruijns schreef daarover: ‘Het specialisme moet een universitaire basis krijgen ten behoeve van meer en meer systematische aandacht voor de specifieke problemen in de opleiding tot basisarts, in de opleiding van klinisch geriater en andere specialisten, en voor het doen van wetenschappelijk onderzoek op klinisch geriatisch terrein. Voorwaarde is dat het aantal klinisch gerieters op korte termijn wordt uitgebreid. Het huidige aantal in de kliniek werkzame klinisch gerieters is voor al deze taken absoluut ontoereikend’ (Bruijns, 1988a).

NIJMEGEN

De meeste academische aandacht voor ouderenzorg bestond vóór de jaren negentig aan de St. Radboud Universiteit in Nijmegen. Er was de intervakgroep sociale gerontologie van Munnichs en psychogerontologie was in de jaren tachtig in Nijmegen een afstudeerrichting. In de medische faculteit was verpleeghuisarts J.J.M. Michels (1924-2002) benoemd als hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde. Hij gaf een aantal uren colleges en in enkele onderwijsblokken was aandacht voor geriatische problemen. En er was mogelijkheid voor een co-assistentenschap in het verpleeghuis als onderdeel van sociale geneeskunde.

In 1986 bracht de afdeling interne geneeskunde van het St. Radboudziekenhuis een voorstel uit om een afdeling geriatrie op te richten met 25 bedden. De arts-assistenten, die zich pas hadden verenigd in de Vereniging voor Arts-assistenten Klinische Geriatrie (VAKG), schreven een positieve brief maar wezen ook op de noodzaak van een volwaardige afdeling die tenminste dertig bedden zou moeten hebben ‘conform de opleidingseisen’. Het bestuur van de NVVG reageerde minder kritisch en sprak vooral de wens uit dat de afdeling op afzienbare

termijn gerealiseerd zou worden. Meer details over de beginperiode van de geriatrie in het Radboud UMC in Nijmegen zijn te lezen in het interview met Willibrord Hoefnagels op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

UTRECHT

In Utrecht stelde het faculteitsbestuur in 1989 een werkgroep geriatrie in met de bedoeling één van de hoogleraren een taakuitbreiding te geven en een bijzondere leerstoel psychogeriatric op te richten, er werd aanvankelijk niet gedacht aan klinische geriatrie.^{B89A} In het definitieve Structuurrapport is dit veranderd.^{N89} Daarin werd het verband gelegd met de Stichting Geriatisch Consultatiepunt Utrecht waar huisartsen behoefte hadden aan ondersteuning uit de tweede lijn (zie kader).

EEN EXPERIMENT: GERIATRISCH CONSULTATIEPUNT

De NVVG toonde zich bezorgd over de activiteiten van de Stichting Geriatisch Consultatiepunt Utrecht (SGCP) en benaderde het Utrechtse Academisch Ziekenhuis (AZU) met de vraag wat dat consultatiepunt inhield. Het bleek een initiatief van de plaatselijke Huisartsen Vereniging voor een proefperiode van drie jaar. Het ging om een betere doorverwijzing van de geriatische patiënt en het verminderen van opname in ziekenhuis of verpleeghuis. De huisartsen van het SGCP schreven dat zij al in 1985 met initiatieven waren begonnen en nooit eerder reacties van geriaters hadden gehad. Ze wilden wel een keer praten.^{B89C} In de ledenvergadering van de NVVG kon het bestuur medelen dat misverstanden uit de weg waren geruimd.^{N90A} Het Consultatiepunt was een experimentele eerstelijnsfunctie die na drie jaar geëvalueerd zou worden en die geen bedreiging voor de klinische geriatrie vormde.

ONDERZOEK: SOOM

‘Mede ter bevordering van het onderzoek in de geriatrie en gerontologie’ was in november 1982, voor een periode van vijf jaar, de Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens (SOOM) geïnstalleerd. Het was het resultaat van het advies van de Planninggroep die door het ministerie van CRM was ingesteld en waarin drie leden van de NVG zitting hadden. Het onderzoek werd gefinancierd door een Stimuleringsfonds Gerontologie waaraan vier departementen een bijdrage leverden.^{TK38} Voorzitter werd prof. dr. W.J.A. van den Heuvel (*1943), destijds hoogleraar medische sociologie aan de Universiteit Groningen, het secretariaat lag bij het NIG. Eén van de doelstellingen van de SOOM was blij-

vende aandacht voor onderzoek op het terrein van de ouder wordende mens te ontwikkelen. In 1982 is voor het eerst een meerjarig onderzoeksprogramma binnen de gerontologie gestart. Eind 1983 kon de minister nog weinig zeggen over de resultaten.^{EKS} Een belangrijk kritiekpunt op het onderzoeksprogramma was de geringe aandacht voor gerontopsychologie en klinische gerontologie (Pouw, 1987).

Bij de beëindiging van de soom werd vastgesteld dat de thema's 'inkomen en bestedingen', 'klinische geriatrie' en 'maatschappelijke positie' onderbelicht waren gebleven.^{TK39} De soom leidde er in zijn algemeenheid toe dat de aandacht voor gerontologisch onderzoek in de jaren tachtig toenam, maar het ontbrak aan een hechte verankering van dit soort onderzoek binnen universiteiten en TNO-instituten. Een uitzondering was het TNO-instituut voor Experimentele Gerontologie (IVEG-TNO) in Rijswijk waar de onderzoeksprogramma's 'medisch-biologische aspecten van veroudering' en 'relatie ouderdom, ziekte en milieu' liepen. Dit instituut was voortgekomen uit de Werkgroep Experimentele Gerontologie TNO onder leiding van Hollander, die in de jaren zestig was ondergebracht bij het Radiobiologisch Instituut TNO. Als zelfstandig instituut hield IVEG-TNO in 1991 op te bestaan toen het fuseerde met het Gaubiusinstituut TNO tot Instituut voor Verouderings- en Vaatziektenonderzoek TNO (IVVO). Bij de reorganisatie van TNO werd dit instituut in 1994 opgeheven.

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GERIATRIE

HET BELEID

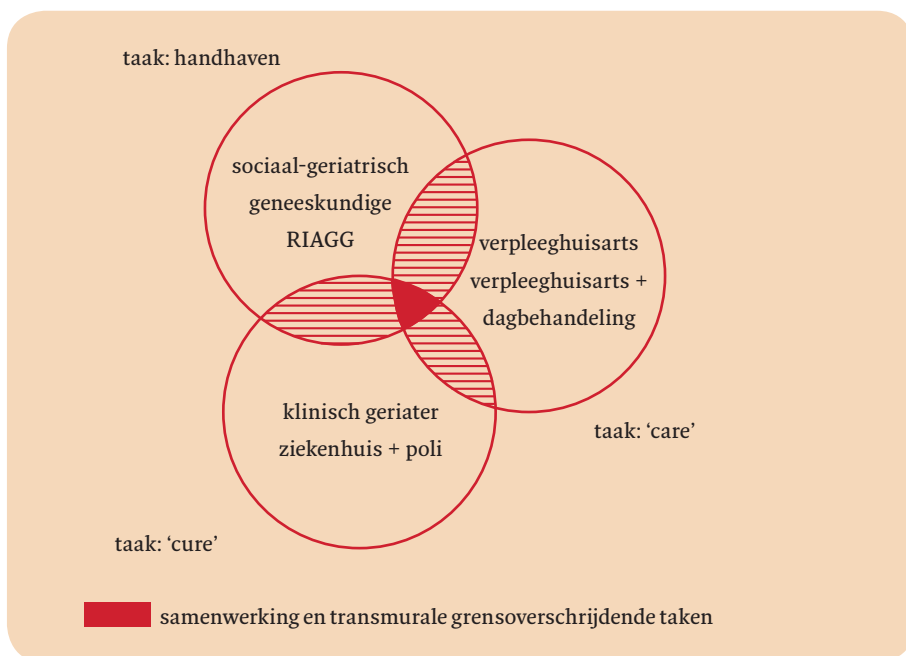
In de jaren tachtig moest de NVvG op veel borden tegelijk schaken. Ten eerste waren er drie belangengroepen binnen de NVvG: de klinisch gerieters, de sociaal gerieters en de verpleeghuisartsen. Deze groepen hadden niet dezelfde doelen. Om toch iedereen tot zijn recht te laten komen werden er drie werkgroepen opgericht: de werkgroep klinische geriatrie (WKG), de werkgroep sociale geriatrie en de werkgroep geriatrie in verpleeghuizen. De klinisch gerieters waren na de erkenning van het specialisme druk met de problemen rond de registratie, opleiding, organisatie van de afdelingen in algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen (GAAZ, GAUZ en GAPZ), honorering, onderzoek, leerstoelen. Ze leverden patiëntengegevens aan en moesten tijdschrijven om de overheid te laten zien wat hun werk inhield.

De sociaal gerieters staken veel tijd in een cursus sociale psychogeriatricie voor RIAGG-artsen en in plannen voor de opleiding tot sociaal geriater. De werkgroep zette de ideeën uiteen in een interne nota 'De arts in de sociale geriatrie'. Over het opleidingsprogramma werd overlegd met het College voor Sociale Geneeskunde van de KNMG. In 1989 besteedde de NVvG ruim aandacht aan deze oplei-

ding en besloot een voorlopig verenigingsregister voor sociaal-geriatrisch geneeskundigen te openen.

Voor de gerieters werkzaam in verpleeghuizen lag de situatie moeilijker. Binnen de NVvG waren zij sterk gekant tegen verschillende opleidingen voor gerieters. Zij zagen geriatrie als één specialisme met drie werkterreinen: het ziekenhuis, het verpleeghuis en het ambulante veld. Gestreefd zou moeten worden naar één opleiding. Dit streven werd achterhaald door de oprichting van een tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts aan de Vrije Universiteit van Amsterdam in 1989 en de daarop volgende officiële registratie.

De 'Nota Public Relations' die sociaal geriater P.E.M. (Paul) Hupkens in 1987 voor de NVvG had opgesteld, gaf een duidelijk beeld van de knelpunten. Volgens hem waren betere contacten met het ministerie van essentieel belang, in kringen van beleidsmakers was het geluid van de NVvG veel te zwak. De NVvG zou er meer aan moeten doen om de ideeën op de politieke agenda te krijgen: 'niet alleen het ministerie of de staatssecretaris, maar ook politieke partijen en de leden van de vaste 2e Kamercommissie' moesten worden benaderd. Hij wees op de wenselijkheid van overleg met zusterverenigingen, met name met de NVvA en de NVvP, maar zo constateerde hij 'het streven van de NVvG wordt bemoeilijkt door sommige vertegenwoordigers van specialistenorganisaties, die maar moeizaam gerieters als collega-specialisten willen erkennen.' Voor de interne communicatie vond hij het tijd voor een informatiebulletin gelet op het toege-



5. Het Geriatrisch Model (*Medisch Contact*, 1989;21:714).

nomen aantal leden. Het mocht allemaal niet te duur worden, want de NVvG was een kleine en weinig kapitaalkrachtige vereniging.^{N87B}

In de 'Nota Kerntaken en raakvlakken in de geriatrie' die de NVvG leden eind 1988 hadden geaccordeerd, werd met deze ontwikkeling nog geen rekening gehouden. In deze nota werd voor het eerst een beeld geschetst van de drie werkvelden in hun onderlinge samenhang. Het geriatrisch model dat in een geriatrisch circuit gestalte zou moeten krijgen, liet de 'werkplaats', de functies en de taken van drie groepen zien. Voor de sociaal gerieters waren dat de ambulante werkzame instellingen waar hun doel 'het handhaven van de patiënt in de eigen omgeving' is. Voor de klinisch gerieters waren het de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, dagobservaties/dagbehandeling en poliklinieken waar hun handelen gericht is op 'cure' en hun interventie kort is. Voor de gerieters in verpleeghuizen waren het uiteraard de verpleeghuizen en dagbehandeling waar hun handelen gericht is op 'care' (zie afbeelding 5). De NVvG werkgroep geriatrie in verpleeghuizen gaf nog als commentaar dat in deze nota de cure-aspecten en de extramuraal taken van de gerieters in verpleeghuizen onvoldoende waren uitgewerkt.

De NVvG wilde met deze nota vooral de aandacht vestigen op het werkveld en op de functie van de klinisch geriater in het ziekenhuis en stuurde het document naar de verschillende academische ziekenhuizen.^{B89B} Hoewel de vereniging al in 1982 een visie op de klinische geriatrie had opgesteld, was deze nog lang geen algemeen goed. Naar buiten toe moest geriatrie nog dikwijls worden uitgelegd. Een handreiking daarbij waren de veertien stellingen die Lies van Kammen-Wijnmalen had opgesteld (zie kader). Zij had die gemaakt voor de cursus 'De bejaarde patiënt' die vanaf 1983 jaarlijks door internist prof. dr. F.W.J. Gribnau (1938-2012) in Nijmegen werd georganiseerd.

HET EIGENE EN BIJZONDERE VAN GERIATRIE (LIES VAN KAMMEN-WIJNMALEN, 1985)

- 1 Geriatrie is de geneeskunde ten behoeve van de bejaarde en vooral hoogbejaarde mens die door een veelvoud van ziekten, uitval van lichamelijke en geestelijke functies en/of een ontregelde sociale situatie een complex ziektebeeld toont.
- 2 Een hoogbejaarde is niet zonder meer een geriatrische patiënt.
- 3 De kans op geriatrische problematiek bij oude mensen neemt toe naarmate de leeftijd hoger is.
- 4 De kwetsbaarheid van oude mensen voor geriatrische problematiek wordt verhoogd door o.a. de volgende aspecten:
 - alleen staan,
 - kortgeleden verweduwd zijn,

- isolement ten gevolge van slecht functionerende zintuigen zoals doofheid en slechthoortheid,
 - gestoorde mobiliteit,
 - wonen in oude ongeriefelijke huizen in achteruitgaande buurten,
 - recente ziekenhuisopname(n),
 - onbekendheid bij de huisarts.
- 5 In het geneeskundig denken dient meer ruimte te komen voor de afwijkende symptomatologie van bekende ziektebeelden bij oude mensen.
 - 6 Bij oude mensen dient men attent te zijn op ernstige ziektebeelden die bij jongere volwassenen slechts onder extreme condities voorkomen; de zeer oude mens is in deze enigszins te vergelijken met het zeer jonge kind.
 - 7 Het monocausale geneeskundige denken is in de geriatrie ontoereikend.
 - 8 De geriatrische werkwijze is multidisciplinair, holistisch en grensoverschrijdend, het laatste ook buiten de geneeskunde.
 - 9 In het therapeutisch handelen dient de arts rekening te houden met omstandigheden van oude mensen die het opvolgen van medische voorschriften belemmeren of vrijwel onmogelijk maken.
 - 10 Aan teveel oude mensen worden teveel geneesmiddelen voorgeschreven.
 - 11 Goede geriatrische zorg bestaat bij de gratie van samenwerking tussen vertegenwoordigers van de drie echelons van de gezondheidszorg waarbij ieder echelon specifieke deskundigheid levert en waaraan de nulde lijn – zo mogelijk – steun verleent.
 - 12 Respect voor oude mensen is essentieel om een goed geriater te kunnen zijn.
 - 13 In het universitaire onderwijs worden aanstaande artsen en arts-assistenten in opleiding voor een klinisch specialisme onvoldoende voorbereid op het herkennen en hanteren van geriatrische problematiek.
 - 14 De in besluit nr. 5/1982 door het Centraal College gebezigde terminologie “somatisch geriatrie” en “psychogeriatric” doet geen recht aan het wezen van de klinische geriatrie.

VERENIGINGSACTIVITEITEN

De nvvG hield tweemaal per jaar een algemene ledenvergadering. In de najaarsvergadering volgden na het huishoudelijke gedeelte twee wetenschappelijke voordrachten waarvan samenvattingen zijn gepubliceerd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* of in het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (TGG).

Het bestuur en de wkg hadden in de jaren tachtig de handen vol met het schrijven van artikelen in *Medisch Contact*, met reacties en verzoeken aan het

ministerie, ouderenbonden, LHV, LSV, KNMG, om maar enkele te noemen. In 1987 was er voor het eerst sinds jaren weer contact tussen de besturen van de NVvG en de NVG waarbij het ging om de opleidingen, de leerstoelen en de Bosschietter Commissie. Bij een volgende bespreking waren ook bestuursleden van de NVVA en van het Nederlands Instituut van Psychologen aanwezig. Dit quadripartite overleg werd in 1988 niet voortgezet. Er is in 1989 vergaderd met de NVVA maar bestuurlijk overleg met de NVG bleef achterwege.

Met de NIV was in 1988 een voorlopig contact naar aanleiding van de wens van de NIV om tot een aandachtsgebied/aantekening geriatrie in de opleiding voor internisten te komen. Om dit te bespreken is in 1989 een commissie ingesteld met klinisch geriater Elly Bruijns en mw. J.F. (Cobi) van Nieuwkerk (*1938) namens de NVvG, en Hoefnagels en Fiolet namens de NIV. De commissie kreeg als opdracht: 'deskundigheidseisen te formuleren ter invulling van het aandachtsgebied/aantekening geriatrie voor internisten; voorstellen te doen omtrent de aard en de duur van de benodigde stages; verschillen en overeenkomsten aan te geven tussen de 2 specialismen.'^{90A}

Leden van de NVvG vertegenwoordigden de vereniging in andere gremia: in de NVG, de LSV, in de redactie van het TGG en in de Bosschietter Commissie. Een lid van de WKG had zitting in de Wetenschappelijke Raad van het CBO (Centrale Begeleidingsorgaan Intercollegiale Toetsing). Met de Belgische Vereniging voor Geriatrie werden de banden aangehaald, zodat de WKG in 1988 kon spreken over een uiterst vruchtbare samenwerkingsvorm. Vanaf 1989 was klinisch geriater Marjan Ornée lid van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (VRO). De VRO was een onafhankelijk adviesorgaan van de regering over onderwerpen die ouderen aangaan. De VRO is na een bestaan van acht jaar in 1996 opgeheven.

De Bosschietter Commissie, waarin de NVVA, NVvG en NVG waren vertegenwoordigd, organiseerde tweemaal per jaar een wetenschappelijke bijeenkomst, in het voorjaar in het St. Jozef Verpleeghuis te Deventer, in het najaar in het Kennemer Gasthuis te Haarlem. Namens de NVvG nam in 1986 J.P.J. (Joris) Slaets (*1953) in deze commissie zitting en volgde daar Sipsma op. Thema's in de jaren tachtig waren: 'Hoofd-zaken in de geriatrie', 'Het laboratoriumonderzoek en het röntgenologisch onderzoek bij bejaarde patiënten', 'Seksualiteit bij bejaarden', 'Het periodiek geneeskundig onderzoek van de oudere mens', 'Mobiliteitsstoornissen bij bejaarden', 'Duizeligheid', 'Cardio-pulmonaire aandoeningen bij ouderen', 'Aan weerskanten van een verouderend maagdarmkanaal', 'Oud geworden en verward geraakt', 'Endocrinologische vraagstukken bij de hoogbejaarde'. De bijeenkomsten werden aangekondigd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* waarin ook korte samenvattingen van de gehouden voordrachten werden opgenomen. In de jaren negentig was De Fockert de stuwende kracht van de Bosschietter Commissie die traditiegetrouw een voor- en een najaarssymposium bleef organiseren.

Een plan, dat al in 1986 op tafel lag, om een ledenbulletin uit te brengen, is in 1988 gerealiseerd door Slaets, de initiatiefnemer. Het ledenbulletin was bedoeld voor informatieoverdracht en discussie. De PR-nota van Hupkens diende als leidraad voor de PR van de vereniging. In 1989 zocht de NVvG met succes de pers op naar aanleiding van de dreigende inkrimping van het aantal opleidingsplaatsen. Radio, televisie en een groot aantal dagbladen hebben aandacht aan de situatie besteed.

VERENIGING VOOR ARTS-ASSISTENTEN KLINISCHE GERIATRIE

Op 27 maart 1986 werd tijdens een minisymposium over vergeetachtigheid de eerste stap gezet tot oprichting van de Vereniging voor Arts-assistenten Klinische Geriatrie (vAKG). De officiële oprichting vond plaats op 17 oktober van dat jaar met dr. P.A.F. (Paul) Jansen (*1953) als eerste voorzitter. Er waren bij de oprichting acht leden en drie aspirant-leden; een jaar later was het aantal gegroeid naar veertien leden en vijf aspirant-leden. De doelstellingen van de jonge vereniging waren:

- 'het behartigen van de belangen van de arts-assistenten klinische geriatrie;
- het profileren van het specialisme klinische geriatrie;
- het bevorderen van de kwaliteit van de opleiding tot klinisch geriater.'

Hoewel de NVvG zich afvroeg waarom er een aparte vereniging nodig was, stemde men in met een vertegenwoordiger van de vAKG bij het bestuur van de NVvG, bij het Concilium Geriatricum en in de WKG. In het eerste jaar ontwierp de vAKG een ander opleidingsschema - met 1 jaar interne, 2 jaar somatische en 2 jaar psychogeriatric - dat echter niet is gerealiseerd. De vAKG maakte zich zorgen over de opleidingsplaatsen bij interne waar zij door de internisten 'vaak geweerd worden' en over het ontbreken van onderwijs. Om het wetenschappelijk onderzoek te stimuleren werden de leden in de gelegenheid gesteld een wetenschappelijke voordracht te houden. De eerste voordrachten handelden over respectievelijk hypothermie, behandeling van boezemfibrilleren en onderzoek in de psychiatrie.

De vAKG deed moeite om de opleidingsplaatsen in het Slotervaartziekenhuis te behouden en verzocht de directie van Bloemendaal om het aantal opleidingsplaatsen te vergroten. In 1991 waren de twee opleidingsplaatsen in Bloemendaal de enige voor het vereiste jaar psychogeriatric en vormden daarmee een beperking van de totale opleidingscapaciteit. De directie van Bloemendaal kon op zich wel meer assistenten plaatsen maar wilde dat alleen doen tegen een vergoeding van de kosten.^{B91D}

BEHOEFTERAMING

Eind jaren tachtig werd de opleiding in de klinische geriatrie slechts in twee algemene ziekenhuizen (Arnhem en Amsterdam) verzorgd met samen negen opleidingsplaatsen. Er studeerden jaarlijks drie klinisch gerieters af. In 1988 waren er 38 geregistreerde klinisch gerieters in Nederland, van wie er 12 werkzaam waren in een GAAZ, 10 in een GAPZ en 7 op een polikliniek of in een andere instelling; de overigen waren in ruste. Deze gegevens waren voor het ministerie reden om zich te buigen over de capaciteit van de bestaande opleiding gerelateerd aan de te verwachten vraag naar gerieters.^{TK40} Het ministerie van wvc verwachtte dat deze vraag op de korte termijn groter zou zijn dan het aanbod. Er lagen al concrete aanvragen voor zeven functie-eenheden geriatrie in GAAZ'en voor de periode tot 1994. Met de beschikbare opleidingscapaciteit konden er zes gerieters bijkomen. Bovendien kwamen er aanvragen voor een op zichzelf staande geriatrische polikliniek, daar waren ook gerieters nodig. Het ministerie was in overleg met de NVvG om de periode van het eventuele tekort aan klinisch gerieters te overbruggen.^{TK40}

Voor de periode 1992-1995 werd verwacht dat met de bestaande opleidingscapaciteit er 12 nieuw opgeleide gerieters bij zouden komen. En rekening houdend met een toenemende behoefte aan gerieters zou in de maximum variant de vraag 24 gerieters bedragen. Het ministerie concludeerde dat ook op de middellange termijn de opleidingscapaciteit niet volledig aan de behoefte van algemene en academische ziekenhuizen aan gerieters kon voldoen. Op de lange termijn (1995-2000) zou dat een knelpunt blijven, omdat klinisch gerieters ook buiten de GAAZ'en werk zouden kunnen vinden. De conclusie was dat de opleidingscapaciteit moest worden uitgebreid waarbij een universitaire locatie de voorkeur genoot. Voor de uitbreiding van het aantal leerstoelen (psycho-)geriatrie werd op de begroting van het ministerie van wvc een bedrag van f1 miljoen uitgetrokken.

W.H. VAN HAAFTEN

Willem Hendrik (Wim) van Haaften (1911-1965) is door zijn vroege overlijden minder in de schijnwerpers van de geriatrie komen te staan. Hij had geneeskunde gestudeerd in Utrecht en was huisarts in Terborg tot hij zich in 1956 alsnog ging specialiseren in de interne geneeskunde omdat hij geriater wilde worden. Die wens was ontstaan door zijn betrokkenheid bij verpleeghuis Den Ooiman in Doetinchem waar hij de medische verzorging op een hoger plan wilde brengen. Na vier jaar interne volgde hij een stage in Zonnestraat en in Zeeburg, en hij ging op studiereis naar Zweden. Zijn geriatrische kennis heeft hij toegepast bij de nieuwbouw van Den Ooiman die in 1963 als geriatrisch reactiveringscentrum kon worden geopend (Pannekoek, 1965).





VI

DE JAREN NEGENTIG

OUDEREN IN TEL

In de jaren negentig bleef de positie van de klinisch geriater moeilijk. Professor Munnichs, één van de belangrijke voorvechters op het gebied van de ouderenzorg, was in 1990 van mening dat 'zeer vele collega-specialisten zich bedreigd voelen door de gevreesde geriater. Zij vrezen de concurrentie, omdat zij onder hun handen het patiëntenbestand sterk zien verouderen' (Munnichs, 1990). Hij vroeg zich af waarom internisten en andere specialisten niet in overleg gaan met 'dat handjevol geriater' om tot samenwerking te komen. Hij wist waarschijnlijk niet dat er zulk overleg gaande was.

Ondertussen groeide het aantal geriatrische patiënten. Rond 1990 was 25% van de patiënten in de algemene ziekenhuizen ouder dan 75 jaar. Naar schatting zou het in 2000 om 375.000 patiënten gaan. In 1990 waren er nog steeds te weinig geriatrische afdelingen in ziekenhuizen, er waren te weinig bedden en er was geen goede regionale spreiding. Bij het ministerie van wvc was er inmiddels wel actie om de toestand te verbeteren. In oktober 1990 bood minister d'Ancona de nota 'Ouderen in Tel' aan de Tweede Kamer aan. De nota beschreef een interdepartementaal ouderenbeleid voor de periode 1990-1994. Centraal stond de gedachte dat ouderen langer zelfstandig en actief zouden kunnen blijven. In de nota was een lijst opgenomen met GAAZ'en om te laten zien dat de klinische geriatrie binnen algemene ziekenhuizen werd gestimuleerd.

GAAZ'EN

Volgens de bepalingen van het ministerie in 1990 had een GAAZ minimaal 24 bedden en was er de mogelijkheid voor de opvang van onrustige patiënten. Aan het hoofd van een GAAZ stond een klinisch geriater, terwijl het streven was - met het oog op de continuïteit van de zorg - om twee klinisch geriater per GAAZ te hebben. Om in aanmerking te komen voor een GAAZ diende het ziekenhuis bij voorkeur over moederspecialisten en de meest voorkomende deelspecialisten te beschikken, terwijl de aanwezigheid van een psychiatrische afdeling van belang werd geacht. In 1992 waren er elf erkende GAAZ'en en twee afdelingen in universitaire ziekenhuizen (GAUZ'en). Het criterium voor opname was meervoudige specialistische pathologie waarvoor klinisch onderzoek nodig is. Geriatrie afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen waren niet erkend, sommige werkten volgens een wvc-nota.

In het najaar 1990 had de NVvG de 'Nota klinische geriatrie 1990-2000, behoefte-raming en prognose' gepresenteerd. De prognose was dat er in 2000 ruim 80 tot 100 klinisch gerieters nodig zouden zijn. Dat was berekend op de uitbreiding van het aantal GAAZ'en - in elk van de 27 gezondheidsregio's één - waarvoor minimaal 60 klinisch gerieters nodig zouden zijn. De NVvG vond dat in elke gezondheidsregio ook een GAPZ nodig was, dat betekende dus minimaal 30 erbij, en voor de GAUZ'en zouden er nog eens 10 nodig zijn. Het aantal opleidingsplaatsen moest daarbij worden aangepast.

De trage ontwikkeling was een grote zorg voor de NVvG. Bij de opening van de serie over geriatrie in *Medisch Contact* stelde Sipsma de KNMG voor een 'task force' in te stellen en deze op te dragen op korte termijn een deltaplan voor de geriatrie te ontwikkelen (Sipsma, 1993b). Mc hoofdredacteur C. Spreeuwenberg (*1944) was daar zeer negatief over. Hij vroeg zich af 'hoe groot de werkelijke maatschappelijke behoefte aan dit specialisme is.' Het was duidelijk dat de klinische geriatrie niet was gegroeid zoals in 1983 was gehoopt. Volgens Spreeuwenberg hoorde het initiatief bij de klinisch gerieters te liggen. Zij 'zelf zullen hun directies, hun collegae in het ziekenhuis, het verpleeghuis en de thuiszorg, de directies van ziekenhuizen en de verzekeraars moeten overtuigen van hun gelijk. Anno 1994 lukt dit niet meer zonder aangetoonde klinische resultaten en kosten-effectanalyses en het opbouwen van netwerken van relaties. Gerieters, stel uzelf deze taak' (Spreeuwenberg, 1994).

Dat was tegen het zere been van de klinisch gerieters. Klinisch geriater dr. G.J. (Gerard) Ligthart (*1950), die later dat jaar werd benoemd tot bijzonder hoogleraar klinische geriatrie aan de VU te Amsterdam, wees erop dat de ontwikkeling van de klinische geriatrie tot dan toe door het overheidsbeleid was geblokkeerd, door bevrozing van het aantal afdelingen en door onvolwaardige financiering (Ligthart, 1994). De Utrechtse hoogleraar geriatrie prof. dr. S.A. (Sijmen) Duursma (*1935) stelde dat Spreeuwenberg ten onrechte suggereerde dat klinisch gerieters meer gericht waren op het verwerven van een positie binnen het ziekenhuis dan op het samenwerken met andere disciplines (Duursma et al., 1996b).

MOGELIJKHEDEN BUITEN EEN GAAZ?

De ontwikkeling van de GAAZ'en baarde ook het ministerie zorgen, zou de geriatrische zorgverlening misschien anders dan in een GAAZ te organiseren zijn? Daarover vroeg staatssecretaris Simons in 1993 advies aan de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (VRO) die in januari 1995 met een afrondend advies kwam. Naast het VRO advies kon het ministerie beschikken over een referentiekader voor klinische geriatrie dat het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CVZ) in mei 1994 had opgesteld. Bovendien organiseerden het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en het Noordelijk Centrum

voor Gezondheidsvraagstukken in november 1994 een *invitational conference* over de toekomst van de klinische geriatrie. Het cvz adviseerde om alleen geriatrische afdelingen toe te laten als deze gekoppeld werden aan de vorming van een geriatrisch circuit (cvz, 1994). Het was duidelijk dat het cvz het aantal GAAZ'en wilde beperken. Het cvz schatte dat er 90 geriateren en 0,75 bedden per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder nodig zouden zijn. Het aantal klinisch geriateren was echter een probleem.

De vRO kwam tot de conclusie dat de geriatrische afdelingen in ziekenhuizen het meest doeltreffend waren voor geriatrische patiënten, terwijl consultatieve en poliklinische zorg zinvolle aanvullingen konden zijn. De vRO concludeerde echter ook dat het tot dan toe gevoerde beleid onvoldoende effect had gesorteerd en adviseerde een versterking van het stimuleringsbeleid. Hoofdzaken daarvoor waren:

- het tot stand brengen van lokale en regionale netwerken geriatrie, tezamen met
- de verdere ontwikkeling van geriatrische afdelingen in algemene, academische en psychiatrische ziekenhuizen;
- een stimuleringsfonds voor netwerken geriatrie;
- een verplicht beleidsplan voor zorgdisciplines en -instellingen;
- een aparte, kostendekkende, financiering van afdelingen geriatrie;
- uitbreiding van opleidingsmogelijkheden voor klinisch geriateren.^{TK41}

Volgens de vRO ontbraken gegevens over andere vormen van geriatrische zorg. Het Instituut voor Toegepaste Sociologie Nijmegen (irs) kreeg opdracht om de haalbaarheid te bestuderen van 'een onderzoek naar de vraag welke geriatrische patiënten het beste met welke vorm van geriatrische zorg geholpen zijn.' Vws haastte zich te verklaren dat het vakgebied niet ter discussie zou staan, het ging om de beste en meest effectieve organisatievorm van de geriatrie.

BELEID VAN VWS

De vRO had gesteld dat de financiering van de GAAZ'en niet kostendekkend was. Vws was daar niet zonder meer van overtuigd en schreef: 'Het blijkt echter zeer moeilijk, over de kosten van een geriatrische afdeling éénduidig cijfermateriaal op tafel te krijgen. Er zijn ons dan ook geen harde gegevens bekend dat een GAAZ meer kost dan dat er aan budget tegenover staat.' Het idee om geriatrische afdelingen apart te financieren wees vws resoluut van de hand, dat zou ertoe kunnen leiden dat een GAAZ een eilandje in een ziekenhuis werd, terwijl het juist moest gaan om integratie van de geriatrie.

Het advies van de vRO om in elk academisch ziekenhuis op korte termijn een geriatrische afdeling in te richten wilde vws evenmin volgen. Het was voldoen-

de als een aantal academische ziekenhuizen een geriatrie afdeling in huis had. Andere academische ziekenhuizen zouden best kunnen samenwerken met een algemeen ziekenhuis met een GAAZ in de regio.

Vws onderschreef de relatief beperkte opleidingscapaciteit voor klinisch geriateren en vroeg zich af of de 'bestaande mogelijkheden voor opleiding van (bijna) internisten tot klinisch geriater en de omzetting van de registratie van internist tot klinisch geriater op basis van artikel 1018 van het Centraal College beter benut kunnen worden.' Het aantrekken van buitenlandse geriateren behoorde ook tot de mogelijkheden die vws wilde onderzoeken.

Voor de klinische geriatrie was het van belang dat er ruimte was voor het inrichten van meer geriatrie afdelingen. Daarvoor was wel overheidssturing nodig. Met ingang van 1996 was de gedetailleerde planning van bedden en functie-eenheden door vws losgelaten en de verantwoordelijkheid voor het capaciteitsbeleid vooral bij de veldpartijen gelegd. Klinische geriatrie hoorde tot de speciale functies die gestimuleerd moesten worden en daarvoor bleef een overheidsregulering bestaan.^{TK42} Per gezondheidsregio moest worden bepaald in welk ziekenhuis een geriatrie afdeling van een algemeen ziekenhuis en/of polikliniek voor geriatrie patiënten aanwezig was of zou worden ontwikkeld. Daarbij moest rekening worden gehouden met de bevolkingsomvang en -opbouw binnen een gezondheidsregio. In sommige gevallen zouden tussenvormen meer passend zijn dan een GAAZ. Het ministerie gaf een overzicht van de provinciale plannen voor het instellen van een GAAZ. De bevestiging van de bestaande situatie werd opgeheven, zodat uitbreiding mogelijk werd. De discussie over de GAAZ'en leidde bovendien tot een grotere bewustwording ten aanzien van de geriatrie zorgverlening en het geriatrie circuit.

GEZONDHEIDSRÉGIO'S EN GERIATRISCHE NETWERKEN

Volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen die dateerde uit 1971 en een aantal malen was herzien en aangevuld, waren er in 1997 27 gezondheidsregio's. Het beleid van het ministerie van vws was erop gericht om in elke regio één GAAZ tot stand te brengen: 'De ziekenhuizen waar een GAAZ is of komt moeten in elk geval over de functie geriatrie beschikken en de afdeling moet een omvang van minimaal 24 bedden hebben.'^{TK43} Tegelijk zou de noodzakelijke netwerkvorming gestimuleerd en versneld worden. Daartoe kregen twee regio's extra middelen voor netwerkvorming om zo ervaring te kunnen opdoen met de samenstelling, taken, werkwijze en het functioneren van geriatrie netwerken. De regio's werden geselecteerd op basis van 'de aanwezigheid van een geriatrie afdeling en de aanwezigheid van een draagvlak bij de deelnemers van het beoogde netwerk.' Het streven was dat de projecten per 1 januari 1996 van start zouden gaan. Het Stimuleringsprogramma Geriatrie Netwerken is echter geen succes geworden. De netwerken boden geen duurzame oplossingen, tenzij

er al aandacht voor geriatrische problematiek in een regio bestond. Zonder structurele overlegvormen en reguliere middelen om de zorg voor ouderen te financieren veranderde er weinig (Romijn & van Weert, 1997).

Hoe de situatie in 1997 was gerealiseerd is te zien in tabel 3 (Mc, 1997). Er waren daarnaast elf algemene psychiatrische ziekenhuizen waaraan klinisch geriateren verbonden waren. Het ging de goede kant op, de spreiding was zodanig gevorderd dat rond het jaar 2000 klinisch geriatrische expertise binnen het bereik kwam van alle patiënten met geriatrische problematiek in Nederland (Janzen et al., 1997).

ziekenhuis	aantal bedden	ziekenhuis	aantal bedden
Medisch Centrum Leeuwarden	24	Slotervaartziekenhuis Amsterdam	24
Scheper Ziekenhuis Emmen	11	Groene Hart Ziekenhuis Gouda	8
Twenteborg Ziekenhuis Almelo	12	AZR Dijkzigt Havenziekenhuis, Rotterdam	24
Rijnstate Ziekenhuis Arnhem	24	Merwede Ziekenhuis Dordrecht	8
Academisch Ziekenhuis Nijmegen	22	Streekziekenhuis Walcheren, Vlissingen	12
Academisch Ziekenhuis Utrecht	24	Twee Steden Ziekenhuis Tilburg	24
Eemland Ziekenhuis Amersfoort	24	Bosch Medicentrum Den Bosch	24
Ziekenhuis Gooi-Noord Blaricum	24	Elkerliek Ziekenhuis Helmond	22
Streekziekenhuis Hilversum	22	St Maartens Gasthuis Venlo	24
Medisch Centrum Alkmaar	20	Maasland Ziekenhuis Sittard	26
Kennemer Gasthuis Haarlem	18	Academisch Ziekenhuis Maastricht	8

Tabel 3. Ziekenhuizen met een afdeling geriatricie (1997)

BEHOEFTERAMING

Het ministerie van vws had eind 1995 in één keer een flinke uitbreiding van het aantal functie-eenheden klinische geriatrie gerealiseerd. Veel ziekenhuizen hadden, na de afschaffing van het erkenningensysteem voor medische specialisten, functie-eenheden klinische geriatrie aangevraagd en gekregen. Begin 1996 waren 32 klinisch gerieters werkzaam in algemene en academische ziekenhuizen. Een aantal functie-eenheden werd bezet door internisten en er waren ongeveer 15 vacatures. In 1996 kon D66-minister mw. dr. E. Borst-Eilers (1932-2014), die in 1994 tot minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was benoemd, meedelen dat alle aanvragen van de achttien ziekenhuizen voor functieplaatsen geriatrie gehonoreerd waren. Dit had als gevolg dat er toen meer functieplaatsen dan gerieters waren, zodat de opleidingsmogelijkheden voor gerieters moesten worden vergroot. Vanaf eind 1997 zouden jaarlijks tien extra gerieters afstuderen 'die onmiddellijk aan het werk kunnen', aldus de minister. Daarnaast gaf zij subsidie aan een project met geriatrie op liaison-basis. Tenslotte kwam er een onderzoek naar het functioneren van psychogeriatrische teams.^{TK44} Minister Borst-Eilers heeft in de bijna acht jaar van haar ministerschap grote invloed gehad op het volksgezondheidsbeleid. Na minister Stuyt had opnieuw een arts de leiding over het ministerie en dat was te merken.

Bij de bepaling van de behoefte aan klinisch gerieters ging het ministerie in 1996 uit van een formatie van gemiddeld 1,6 geriater per GAAZ en 1 à 2 functie-eenheden per gezondheidsregio ten behoeve van de netwerkfunctie. Dan zou er rond 2005 een behoefte aan circa 90 gerieters in de algemene en academische ziekenhuizen zijn. Per 1 januari 1996 waren er voor 50 functie-eenheden klinische geriatrie erkenningsbeschikkingen afgegeven. Dit betekende dat er tot 2005 nog circa 40 functie-eenheden gerealiseerd dienden te worden, wat neerkwam op een uitbreiding van 4 à 5 op jaarbasis. Voor de periode 1997-2000 was dat een toename van 16 tot 20 gerieters.

Volgens de minister was het realiseren van extra instroom van gerieters primair een verantwoordelijkheid van het veld zelf, maar zij wilde dat proces wel stimuleren.^{TK45} Het tekort aan gerieters zou alleen op de korte termijn spelen, want op langere termijn zou de behoefte aan extra gerieters op jaarbasis overeenkomen met de jaarlijkse uitstroom van de opleiding. De minister wilde dus het aantal opleidingsplaatsen niet extra uitbreiden. Zij noemde de volgende, andere mogelijkheden om het tekort aan gerieters op te heffen:

- omscholen van internisten in een periode van twee jaar tot klinisch geriater; maar de belangstelling van zittende internisten was daarvoor gering;
- herregistratie van medische specialisten op basis van werkervaring tot klinisch geriater; er waren ongeveer 14 internisten die daarvoor in aanmerking kwamen;

- het aantrekken van buitenlandse gerieters; maar dat was geen optie omdat er geen overschotten in het buitenland waren en de taal een probleem vormde;
- het bieden van een intensief bij/nascholingspakket aan internisten en andere verwante specialisten.

De conclusie was dat het oplossen van het tekort aan gerieters niet gemakkelijk was. De minister wilde in november 1996 hierover verder overleggen met de beroepsgroep om tot een concrete oplossing te komen. Uiteindelijk is de minister teruggekomen van het standpunt om het aantal opleidingsplaatsen niet extra uit te breiden. In 1998 is het aantal opleidingsplaatsen met 6 toegenomen van 27 naar 33. Jaarlijks gaf het ministerie daarvoor een structurele subsidie van 450.000 gulden. Inmiddels was ook het streefgetal per 2005 van 90 omhoog gegaan naar 150 klinisch gerieters. Dit aantal was gebaseerd op advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen.^{TK46} De minister vond het hoog nodig om meer artsen voor de opleiding geriatrie te interesseren. Zij ergerde zich aan de discussies tussen internisten, gerieters en verpleeghuisartsen over wie nu wat moest doen en schreef: 'Ik heb al tegen enkele hoogleraren gezegd dat daar niet al te lang over gekibbeld moet worden [...] Hoofdzaak is dat er voldoende dokters met die speciale kennis komen.'^{TK47}

VROEGDIAGNOSTIEK EN CONSULTATIEBUREAUS



6. Mw. dr. E. Borst-Eilers,
minister van vws (1994-2002)

Minister Borst-Eilers was directeur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht geweest en had zelf duidelijke opvattingen over de gezondheidszorg. Zij dacht bijvoorbeeld mee over het ontwikkelen van een systeem van vroegdiagnostiek van bedreigende ouderdomsziekten en presenteerde in 1999 als volgt haar ideeën aan de Tweede Kamer. 'Ik heb hierover enige keren gesproken met een hoogleraar geriatrie, prof. Duursma. Hij

is een collega van prof. Ligthart die in Buitenhof optrad. Prof. Duursma is het ten principale helemaal met zijn collega eens, maar hij stelt een andere uitvoering voor. Hij wil niet iets nieuws creëren, maar meer aansluiten bij bestaande structuren. Ook wil hij de centrale positie van de huisarts intact laten. Tegelijkertijd is het de bedoeling dat de huisarts ontlast wordt op het punt van het zeer tijdrovende onderzoek van hoogbejaarden met meerdere problemen.

Zijn gedachte is dat de eerste signalering van mogelijk medische problemen kan geschieden door vrijwillige ouderenadviseurs. Zij zullen aanvullend worden getraind gedurende tien dagdelen. [...] Als de huisarts meent dat nader onderzoek nodig is, moet hij de patiënt verwijzen naar een bepaald adres. Dit hoeft geen consultatiebureau te zijn. Het kan een polikliniek zijn waar een arts en een geriatrisch verpleegkundige beoordelend onderzoek verrichten. Zo'n polikliniek kan verbonden zijn aan één van de verpleeghuizen in de regio. Op deze wijze wordt gebruik gemaakt van een bestaande voorziening. De poli kan worden bemenst door een verpleeghuisarts, waarvan wij er in Nederland bijna duizend hebben, en een geriatrisch verpleegkundige. In Nederland zijn er 250 geriatrisch verpleegkundigen die klinisch geriateren bij hun werk ondersteunen. Als tijdens het onderzoek iets wordt gevonden, wordt naar de huisarts teruggekoppeld zodat deze eventueel de begeleidende behandeling kan overnemen. Als een ingewikkeld probleem wordt geconstateerd, belandt men bij de afdeling geriatrie. Wij kennen een structuur waarin 27 gezondheidsregio's een soort gaas spannen. Zij beschikken ieder over 24 bedden en worden ondersteund door een of twee klinisch geriateren. Deze gedachte ligt dicht tegen die van prof. Ligthart aan. Het is ons voornemen, nader te verkennen of een dergelijke aanpak mogelijk is, waarna wij hierop bij de Kamer terugkomen.^{7TK48}

EEN CONSULTATIEBUREAU VOOR OUDEREN

Ligthart had in het tv-programma Buitenhof van 10 oktober 1999 zijn idee voor een consultatiebureau voor ouderen geponeerd. Later zei hij daarover: 'Ik ben altijd een voorstander geweest van een consultatiebureau voor ouderen. Een aantal jaar geleden heb ik dat eens voorgesteld aan de minister, maar mevrouw Borst vond het te duur. Wat natuurlijk onzin is, want volgens mij bespaar je er miljoenen mee. Kijk, het idee is heel simpel. Bij de consultatiebureaus voor zuigelingen blijkt 97% van de ouders met jonge kinderen terecht te komen. Wat een enorm hoog percentage is. En dat komt omdat het een soort logisch onderdeel van de standaard gezondheidszorg is gaan uitmaken. Dat zou ook moeten kunnen bij ouderen. Eerste afspraak als je vijftig wordt. Onderzoeken, de

mogelijkheid om vragen te stellen. In het begin kom je eens in de vijfjaar, later eens per jaar en tegen het eind eens per zes maanden' (van Teeseling, 2002).

De eerste concrete initiatieven zijn in 2002 ontwikkeld in Leiden door een thuiszorgorganisatie en in Zeeland door de GGD waarbij de nadruk lag op preventief gezondheidsonderzoek (Kiers, 2003). In een discussie over consultatiebureaus voor ouderen in 2007 schreef Ligthart dat hij het idee nog steeds steunde, maar hij maakte zich ook 'grote zorgen over het screenen van alles en nog wat zonder dat de doelmatigheid goed is onderzocht. [...] Schade door onnodig onderzoek, ongerustheid en medicalisering liggen op de loer' (Ligthart, 2007).

Anno 2015 zijn er vele consultatiebureaus voor ouderen die meestal zijn opgericht op initiatief van een GGD, thuiszorginstelling, verpleegtehuis of gemeente.

ONDERZOEK EN ONDERWIJS

Onderzoek bij ouderen kent een aantal methodologische problemen die lange tijd een rem vormden voor onderzoekers om zich op dit terrein te wagen. Een overzicht van historische mijlpalen op dit onderzoeksgebied noemt als de karakteristieke eigenschappen van de geriatrische patiënten de geringe belastbaarheid, de frequent voorkomende comorbiditeit, het gelijktijdig vóórkomen van problemen op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein en de grote interindividuele verschillen (Olde Rikkert et al., 1998). Stimulering van onderzoek was noodzakelijk. Daartoe ging in 1990 het Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek (NESTOR) van start. Het secretariaat van NESTOR was gevestigd bij het NIG in Nijmegen.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK: NESTOR

NESTOR stelde in 1990 een Verkenningscommissie Klinische Geriatrie in om te adviseren hoe het onderzoek aan de universiteiten vorm moest krijgen. De commissie bestond uit prof. dr. P. Brakman (voorzitter), prof. dr. W.J.A. van den Heuvel, prof. dr. A. Hofman, prof. dr. E. Mandema, prof. dr. A. Querido en prof. dr. W. van Tilburg. Geen van deze hooggeleerden had een klinisch geriatrische achtergrond. Brakman was verbonden aan het Gaubius Instituut en specialist op het gebied van vaat- en bindweefselonderzoek. Van den Heuvel was hoogleraar sociale geneeskunde, Mandema (1921-2010) en Querido (1912-2001) waren internisten. Hofman (*1951) was epidemioloog en projectleider van het Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek (ERGO) dat in 1990 was gestart. Van Tilburg (*1942) tenslotte was hoogleraar psychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amster-

dam. De NVvG werd uitgenodigd om met de commissie te komen praten over de stand van zaken en ontwikkelingen in de klinische geriatrie.^{B90D} Namens de NVvG zijn voorzitter mw. C. (Carla) Thijssen (*1939), secretaris Paul Jansen, voorzitter van de WKG Elly Bruijns, Jap de Fockert en dr. G.N. (Gerard) de Ruijter (*1955) naar de NESTOR commissie gegaan.^{B90E} Er is geen verslag van wat er is besproken, wel vroeg Brakman later de NVvG om de toegezegde ‘Nota Klinische geriatrie 1990-2000’ met informatie over de behoefteraming aan klinisch geriaters. De nota werd in november afgerond en is aan de commissie toegestuurd.

Het overleg is in zoverre positief geweest dat de commissie heeft geadviseerd om een academische afdeling de kans te geven ‘tot een volwaardig en goed centrum uit te groeien dat een voorbeeldwerking kan krijgen’ (NESTOR, 1990). Een programmacommissie stelde een onderzoeksprogramma klinische geriatrie op en er werden opleidingsbeurzen beschikbaar gesteld. De NESTOR-subsidie werd toegekend aan de KU Nijmegen om daar een afdeling klinische geriatrie te ontwikkelen. In het interview met Willibrord Hoefnagels is te lezen dat dit succesvol is geweest. Tischa van der Cammen vertelt in haar interview dat de EUR ook in de race was voor de NESTOR-subsidie (zie verder de interviews op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie)).

Op het NESTOR-beurzenbeleid bleek wel wat aan te merken. Uit de reactie van de NVvG aan de NESTOR-commissie blijkt hoe de kaarten lagen: ‘De vereniging is het beslist niet eens met Uw conclusie, dat kadervorming is voorbehouden aan bekwame internisten, die voor aanvullende scholing in het buitenland in aanmerking komen. Ook ervaren of veelbelovende klinisch geriaters zouden voor een stimuleringsprogramma in aanmerking moeten komen. Een gedegen kennis van en ervaring in de klinische geriatrie is immers ook een van de voorwaarden om goed wetenschappelijk onderzoek op geriatrich gebied te kunnen verrichten.’^{B91E} Dat was geen onbelangrijke kwestie omdat het ministerie van wvc voor de bevordering van de deskundigheid in de klinische geriatrie alleen middelen in het kader van het NESTOR-programma had gereserveerd. De NVvG zou daar meer invloed op willen hebben.

ONDERWIJS: LEERSTOLEN IN UTRECHT, GRONINGEN, NIJMEGEN EN AMSTERDAM

In een voortgangsnota kon minister d’Ancona melden dat de stimulering van leerstoelen geriatrie succesvol was. Zeven van de acht universiteiten hadden een subsidie ontvangen voor het versterken van het onderwijs aan artsen in opleiding. Verder gaf de opening van een tweede academische locatie voor een klinisch geriatrie afdeling mogelijkheden voor uitbreiding van de opleiding binnen de academische setting, aldus de minister.^{TK49} D’Ancona doelde daarmee op de activiteiten aan de universiteit in Utrecht waar sinds 1990 onderwijs werd gegeven in het blok Geriatrie/Gerontologie en waar wetenschappelijk

onderzoek plaatsvond naar verouderingsprocessen. Dat vormde een basis voor een afdeling klinische geriatrie en gerontologie die in het AZU 32 bedden zou krijgen onder leiding van een fulltime hoogleraar. Hiervoor wilde de universiteit de bijzondere leerstoel in de gerontologie herbezetten. Daarover schreef de decaan abusievelijk een brief aan de NVvG in plaats van aan de NVG.^{B90 A EN C}

UTRECHT

Op de leerstoel klinische geriatrie en gerontologie werd Duursma benoemd. In het AZU kwamen 24 bedden voor somatische en somatische/psychogeriatrische patiënten en in de Willem Arntsz Stichting een afdeling voor 12 patiënten met psychogeriatrische stoornissen. Dr. J.A. (Janthony) Raymakers (*1940) werd chef de clinique en er was plaats voor enkele geriateren en een klinisch psycholoog. Op verzoek van het AZU wees de NVvG klinisch geriater Elly Bruijns aan als adviseur.^{B91B} In zijn inaugurele rede *Hoe wilt U oud worden?* zei Duursma dat het haar verdienste was dat 'de geriatrie in Utrecht zijn plaats in de Nederlandse geriatrie kan innemen' (Duursma, 1992).

In Utrecht kregen de derdejaars medische studenten 20 uur college over veroudering en er bestond de mogelijkheid van een keuze-coassistentenschap geriatrie waarvoor ruime belangstelling bestond. In de eerste 28 maanden volgden al 24 coassistenten dit keuze-coassistentenschap, variërend van 3 tot 10 weken (Hilte-Olde Scheper & Duursma, 1995). Slechter was het gesteld met de onderzoeksmogelijkheden. Duursma klaagde al in zijn oratie dat nog geen jaar na het instellen van zijn leerstoel medewerkers van het researchlaboratorium moesten worden ontslagen. Alleen dankzij geld van het vsvb-fonds konden zij het nog een jaar volhouden. Dat nam niet weg dat het éénjarig bestaan van de afdeling met cabaret werd gevierd (zie kader).

EVALUATIE (REFREIN)

Kent u het AZU, dat is kolossaal,
vooral dat nieuwe deel met vierentwintig bedden;
men vroeg zich af of we het werkelijk zouden redden,
maar 't resultaat spreekt duidelijke taal!

Al ben je tachtig en je wilt nog even blijven,
kom naar het AZU, blijf niet zitten waar je bent;
ze gooien zo wat geriateren op je lijf
en honderd worden is een fluitje van een cent...

*Uit: Eén jaar Geriatrie in het Academisch Ziekenhuis Utrecht.
Tekst Annemiek Franken; melodie 'Als ik de baas zou zijn van
het journal' Kinderen voor Kinderen.*

De problemen rond de financiering van het onderzoek bleven echter bestaan. Duursma schreef samen met de voorzitter van de Raad van Bestuur van het AZU aan de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid dat door de voortdurende bezuinigingen de RU Utrecht geen middelen voor een minimale infrastructuur voor wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie kon garanderen. ‘De twee medewerkers die uit bijdragen van particulieren tijdelijk konden worden aange-steld hebben noodgedwongen ontslag aangezegd gekregen’, aldus Duursma.^{B94B} Meer details over de geriatrie in Utrecht zijn te lezen in de interviews met Sijmen Duursma en met Paul Jansen op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenis-boekgeriatrie).

Verder was er in 1993 een initiatief van de Alzheimer Stichting, de Vereniging voor Psychogeriatric en de NVvG om een bijzondere leerstoel Sociale Geriatric aan de RU Utrecht in te stellen.^{B93A} Daar zat weinig schot in, zeker toen de Vereniging voor Psychogeriatric liet weten dat voor deze leerstoel misschien beter geen medicus in aanmerking zou moeten komen.^{B94E} Deze leerstoel is van 1993 tot 2003 bezet door psychiater mw. dr. T.J. (Thea) Heeren (*1955).

GRONINGEN

In Groningen was Sipsma in 1991 benoemd tot hoogleraar klinische geriatrie. In zijn inaugurele rede *Klinische geriatrie, een medische odyssee*, vertelde hij over zijn ervaringen met geriatriche patiënten en over de klinische geriatrie. Over de ‘eindeloze stoet van ontregelde en soms verdwaasde mensen’ die hij in de afgelopen 25 jaar aan zich had voorbij zien trekken. Hij beschreef de specifieke geriatriche syndromen, de *geriatric giants* zoals ze in de Angelsaksische literatuur worden genoemd: de groene draak, de struikelende senior, de mentale ontregeling, de progressieve sociale incompetentie, de natte schaamte. Zijn beschrijving van het syndroom van de groene draak komt in de klinisch geriatriche literatuur regelmatig terug. Daarom hier de volledige tekst (zie kader).

HET SYNDROOM VAN DE GROENE DRAAK (SIPSMa, 1993A)

Vele jaren geleden werd ik door een huisarts om een spoedconsult gevraagd. Het ging in zijn verhaal over een zeer agressieve, hoogbejaarde man die bij zijn kleindochter in woonde. De politie was inmiddels ook reeds door hem gewaarschuwd. Vergezeld van twee dienders besteed ik drie trappen in een oud huis in de binnenstad van Leeuwarden. Een huilende vrouw, die de kleindochter bleek te zijn, leidde ons naar een zolderkamer. Toen ik alleen binnentrad, ik had de dienders gezegd zich op de achtergrond te houden, zag ik in een kleine kamer een oude man zitten op de rand van een divanbed, getooid met schipperspet en in zijn hand een wandelstok met verzilverde knop. De kamer was een onbe-

schrijfelijke puinhoop. Overal lagen glasscherven, een omgevallen tafel, een plas koffie op het smoezelige vloerkleed, bezaaid met scherven van wat eens een koffiepot was. De man keek mij wazig aan. Met luider stem vroeg ik wat er was gebeurd. De kleindochter had mij reeds verteld, dat hij slechthorend en slechtiend was. De kamer had slechts een schuin raam, waardoor naast de wolkenhemel nog een klein stukje van een kerktoeren was te zien. Hij vertelde mij, dat hij door het raam een glibberige groene draak met vlamme tongen had zien binnenglijden. Hij was erg angstig geworden en had met zijn wandelstok geprobeerd het ondiep te vernietigen. De man was in het geheel niet agressief, maar wel angstig, gedesoriënteerd in de tijd en ook zijn inprentingsfunctie liet te wensen over. De kleindochter wenste opa na dit incident niet langer in huis te houden. Hij werd opgenomen op de toen nog bestaande afdeling van een verzorgingstehuis. Na enkele dagen reeds werd hij actiever en belangstellend, hij was minder angstig en bleek zeer tevreden met zijn nieuwe situatie.

Het kenmerkende van dit beeld is dat er altijd sprake is van verminderd zintuigelijk functioneren, onvoldoende zintuigelijke input vanuit gezicht, gehoor en bewegingsgevoel. [...] Het betreft hier een proces van sociale en zintuigelijke deprivatie.

NIJMEGEN

In december 1992 was de KU Nijmegen de procedure gestart om de leerstoel klinische geriatrie te bezetten. De NVvG werd gevraagd om namen van geschikte kandidaten.^{B92D} De NVvG stuurde daarop een lijst van alle geregistreerde klinisch gerieters aangevuld met de namen van vier leden van de werkgroep klinische geriatrie die nog niet geregistreerd waren.^{B92E} Hoefnagels, die op deze leerstoel is benoemd, was net in oktober geregistreerd.

LEIDEN

Weinig gelukkig was het besluit in 1994 van het faculteitsbestuur in Leiden om Medische Gerontologie op te heffen, omdat 'de uitstraling van de groep beneden de verwachtingen blijft.' Volgens gerontoloog prof. dr. D.L. (Dick) Knook (1941-2012), die de leerstoelhouder was, was dat onzin; hij wees op het handboek dat in 1993 was verschenen, en de vele keren dat hij op het nos-journaal was. Alle universiteiten versterkten hun verouderingsonderzoek juist. Knook was in 1986 gestart met het 'Peilstation voor Ouderen'. Dit was een langlopend bevolkingsonderzoek van ouderen (85+) in Leiden en omgeving. Het feit dat de financiering van het Peilstation voor Ouderen, waarvan Ligthart projectleider was,

eind 1994 af zou lopen, speelde ongetwijfeld een rol bij de universitaire plannen. Ligthart schreef namens Knook een brief aan de NVvG met informatie over de beoogde opheffing van het Peilstation en een verzoek om steun.^{B94A} De NVvG reageerde met een brief aan het College van Bestuur van de RU Leiden.^{B94D} Op vragen van het CDA-Tweede Kamerlid F.J. van der Heijden (*1938) antwoordde minister d'Ancona, dat het Peilstation 85+ mogelijk in afgeslankte vorm verder zou kunnen gaan. Zij wees erop dat de zwaartepunten van het onderzoek naar ouderen waren vastgesteld in het NESTOR-programma, dat voor de helft door vws werd gefinancierd. Het Peilstation 85+ vormde volgens de minister 'een klein, maar niet onbelangrijk deel in de realisatie van de doelstelling met het gerontologisch onderzoek.'^{TK50} De gegevens uit Peilstation 85+ gaven inzicht in determinanten van gezond ouder worden en oorzaken en beloop van verouderingsproblemen bij hoogbejaarden. Uit het onderzoek bleek onder meer dat de meest voorkomende chronische ziekten bij ouderen hart- en vaatziekten, dementie en gewrichtsslijtage waren. In 1999 is een deelstudie verschenen onder de titel 'Succesvol oud worden', een onderzoek naar de zelfredzaamheid en sociale activiteiten van ouderen.

AMSTERDAM

Op 19 juni 1991 hield dr. M.W. Ribbe (*1947), die aan de vU was benoemd tot hoogleraar in de verpleeghuisgeneeskunde, zijn oratie *Wegen in de verpleeghuisgeneeskunde*. Ribbe was in 1992 de voorzitter van de benoemingscommissie voor een bijzonder hoogleraar (klinische) geriatrie aan de vU.^{N92} In Amsterdam bestonden aan de vU al sinds 1987 plannen voor een bijzondere leerstoel klinische geriatrie en een klinisch geriatriesch centrum in samenwerking met het Slotervaartziekenhuis.^{B90B} De NVvG maakte zich zorgen over de haakjes rond het woord 'klinische' en schreef dat de plaats moest worden bezet door een klinisch geriater.^{B92B} In 1994 is De Ruijter tot bijzonder hoogleraar (algemene) geriatrie benoemd^{B94F} en Ligthart tot bijzonder hoogleraar klinische geriatrie, beiden aan de vU te Amsterdam.

De titels van hun oraties laten de verschillen in hun zienswijzen zien: De Ruijter sprak over *Van lappendeken naar netwerk Geriatrie* en Ligthart gebruikte de titel *Ouder dan Methusalem? De bijdrage van de geriatrie aan een gezonde oude dag*. De visie van De Ruijter sloot niet aan bij de praktijk, hij legde na korte tijd zijn functie neer. In 1997 volgde Ligthart hem op als opleider in het Slotervaartziekenhuis. Ligthart bezette zijn leerstoel tot 2004, maar was vanaf 2001 door ziekte niet meer bij de universitaire activiteiten betrokken (Bruijns, 2015). In 2002 vertelde hij hoe hij drie jaar daarvoor een burn-out kreeg: 'Iedere trap tegen de geriatrie was een trap tegen mij. [...] En elke keer als ik een ziekenhuis binnenging en zag hoe er met ouderen werd omgegaan, werd ik bozer. De desinteresse, het defaitisme, cynisme, de ondeskundigheid. Er was zoveel te doen dat ik bijna verzoop.' Daarna werd hij freelancer (van Teeseling, 2002).

VOLDOENDE LEERSTOELEN?

Samenvattend waren er in 1996 volgens minister Borst-Eilers vijf leerstoelen geriatrie (Duursma, De Ruijter, Ligthart, Hoefnagels, Sipsma), een leerstoel ouderenspsychiatrie (prof. dr. P. Eikelenboom (*1946) aan de vU), een leerstoel psychogeriatric (mw. Heeren aan de Universiteit Utrecht) en twee leerstoelen verpleeghuisgeneeskunde (Ribbe aan de vU en prof. dr. H.J.M. (Herman) Cools (*1944) aan de RU Leiden). Zij wilde het daarbij laten, want uitbreiding zou tot versnippering leiden en liever zag zij versterking van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg bij deze locaties, zodat een aantal hiervan kon uitgroeien tot kenniscentra.

EEN LEERBOEK

Het belang van goede informatie over wat geriatrie inhield, moet niet onderschat worden. Bij de behandeling van het ouderenbeleid (1990-1994) putte het ministerie daarvoor uit het *Leerboek geriatrie* van C. Leering uit 1989 om de kenmerken van geriatrische patiënten uit te leggen.^{TK51} Dat waren dan:

- multiple pathologie, meestal van 1 of 2 langdurige ziekten, gepaard met enkele kleine kwalen en afwijkingen;
- multiple kwetsbaarheid (van lichamelijke en geestelijke aard) van ogenschijnlijk gezonde organen, systemen en functies;
- validiteitsstoornissen en hulpbehoevendheid;
- zwak sociaal draagvlak voor de hulpverleners;
- specifieke ouderdomsziekten;
- veranderde wijze van klachtenpresentatie;
- een eigen manier van disfunctioneren;
- een ander ziektebeloop van acute aandoeningen en een verlengd ziektebeloop van langdurige en reeds bestaande ziekten.

Patholoog prof. dr. F. (Frits) Eulderink (*1934), voorzitter van de geriatricommissie van de RU Leiden, vond het echter tijd voor een nieuw leerboek waarvoor hij in 1988 een oproep deed. Een dergelijk boek zou bijdragen aan overeenstemming over de stof die in de medische faculteiten werd behandeld, en richtinggevend zijn voor de uitbreiding van het onderwijs in gerontologie en geriatrie. Eulderink begon met een inventarisatie.^{B88} Van verschillende collega's kreeg hij aarzelende reacties. Het boek moest zeker geen 'duplicatuur' worden van leerboeken over interne geneeskunde, neurologie, psychiatrie en chirurgie. Eulderink slaagde er desondanks in met zijn collega's Thea Heeren, Knook en Ligthart een redactie te vormen van het te schrijven boek *Inleiding in de gerontologie en geriatrie* waarvan de eerste druk in 1993 is verschenen. Een verzoek om subsidie voor het boek werd door de NVvG afgewezen.^{B91A}

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GERIATRIE

DE ORGANISATIE (1990 T/M 1995)

Eind 1990 telde de NVvG 180 leden die werkzaam waren in onder andere GAAZ'en, GAPZ'en, verpleeghuizen en RIAGGS. Tot en met de herstructurering in 1995 bleven de werkgroepen klinische geriatrie, sociale geriatrie en geriatrie in verpleeghuizen bestaan. In 1990 kon de NVvG een nieuw logo van de vereniging presenteren (zie afbeelding 7), een informatiefolder voor ledenwerving en een vernieuwd ledenbulletin waarvan Hupkens redacteur was geworden. Het bestuur had een nieuwe PR-nota en een nota over klinische geriatrie in voorbereiding. In hetzelfde jaar werden de huishoudelijke reglementen van de Wetenschapscommissie en de Onderwijscommissie vastgesteld, de Wetenschapscommissie onder voorzitterschap van Ligthart werd geïnstalleerd. Installatie van de Onderwijscommissie volgde in 1991. Daarnaast werd er een commissie van deskundigen voor de sociaal gerieters geïnstalleerd die criteria moest opstellen voor het verenigingsregister sociaal-geriatisch geneeskundigen en zich vervolgens moest buigen over aanvragen voor inschrijving in het register.



7. Logo van de NVvG 1990.

Het Concilium Geriatricum had nu naast de erkenning en registratie van klinisch gerieters vooral een taak bij het bewaken van de kwaliteit van de opleidingen en het visiteren. Het CG werd door verschillende universiteiten benaderd om hulp te bieden bij het opstarten van geriatrie afdelingen in universitaire ziekenhuizen, de GAUZ'en, met daaraan verbonden leerstoelen klinische geriatrie.

EEN AANDACHTSGEBIED GERIATRIE VOOR INTERNISTEN?

De commissie die in 1989 was ingesteld om de mogelijkheid voor het aandachtsgebied c.q. aantekening geriatrie voor internisten te onderzoeken, kwam in 1990 met een rapport. Inmiddels had de SRC de mogelijkheid tot aantekening verlaten, dus die optie verviel. Een aandachtsgebied was de verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke vereniging, maar iemand kon slechts op één aandachtsgebied specialist zijn. Alles overwegende besloot de commissie dat

het op dat moment niet mogelijk en wenselijk was om een aandachtsgebied geriatrie voor internisten in te stellen. Argumenten waren:

- ‘de klinisch geriater en internist-geriater zullen (uiteindelijk) dezelfde taak en functie gaan uitoefenen;
- het creëren van een “dubbelspecialisme” werkt kwaliteit verlagend voor het vakgebied geriatrie;
- logistiek is een opleiding tot internist-geriater op korte termijn niet te realiseren.^{1990c}

Dat was een tegenvaller voor de internisten die al gedetailleerde opleidings-eisen voor het aandachtsgebied hadden opgesteld. Hun plan - Hoefnagels, die toen nog internist was, vond het een goed initiatief - kwam voorlopig in de ijskast te liggen (Hoefnagels, 1990). Het NVvG bestuur besprak in 1991 het advies met het bestuur van de NIV. Geconcludeerd werd dat de tijd niet rijp was voor een aandachtsgebied. Daarmee was niet het laatste woord gezegd. In 1992 voerde de NVvG samen met de NIV overleg met het CC naar aanleiding van het verzoek van de NIV om een aandachtsgebied geriatrie in te stellen. De NVvG wees een aandachtsgebied af maar wilde wel de mogelijkheid bieden voor stageplaatsen klinische geriatrie voor andere specialismen. Uiteindelijk besloot het CC in 1993 dat het aandachtsgebied er niet zou komen, maar dat zou slechts voorlopig blijken te zijn. In 2004 kwam er toch een aandachtsgebied ouderengeneeskunde bij de interne geneeskunde.

DE WETENSCHAPSCOMMISSIE

De Wetenschapscommissie kreeg als opdracht te adviseren over wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geriatrie en de gerontologie en dit onderzoek te stimuleren. Als eerste stuurde de commissie in 1990 een enquêteformulier aan alle leden om het lopend geriatrisch onderzoek te inventariseren. Deze enquête is in 1993 herhaald. De resultaten van beide onderzoeken over de periode 1990-1993 zijn vastgelegd in het rapport ‘Inventarisatie Wetenschappelijk Onderzoek in de Geriatrie verricht door de leden van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie’ (1993) en samengevat in een artikel in *Medisch Contact* (Ligthart et al., 1993). De conclusie was dat de klinische geriatrie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek een grote achterstand had op andere langer bestaande specialismen. Dat lag niet zo zeer aan het feit dat het specialisme pas tien jaar bestond, maar vooral aan de ontwikkeling van het specialisme buiten de academische ziekenhuizen. Hoewel het aantal projecten aan de universiteiten was toegenomen van 50 projecten in 1990 naar 55 in 1993, was het aantal nog steeds zeer bescheiden. Infrastructuur voor wetenschappelijk onderzoek was nergens voldoende aanwezig en zonder betere financiering zag de toekomst er somber uit.

In een behoefte voorzag de eerste Wetenschapsdag op 27 november 1991 die de Wetenschapscommissie in combinatie met de najaarsvergadering organiseerde. In voorgaande jaren waren er altijd al enkele voordrachten gehouden aansluitend aan de algemene ledenvergadering, maar de Wetenschapsdag was bedoeld voor zowel leden als niet-leden. De Wetenschapsdag is nog een paar maal gehouden, maar niet in 1993 omdat toen het lustrum van de NVvG werd gevierd. Vanaf 1995 is de Wetenschapsdag voortgezet als Geriatriedagen waar presentaties van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en nascholing werden gegeven.

Leden van de Wetenschapscommissie leverden een bijdrage aan de organisatie van het Europees Congres voor Gerontologie dat in 1995 in Nederland werd gehouden. Tenslotte was de commissie betrokken bij het TGG waar de vertegenwoordiging vanuit de NVvG een voortdurende bron van zorg was.

GERIATRIEDAGEN

In oktober 1994 had de secretaris van de NVvG, Marja Jellesma-Eggenkamp, een bespreking met mensen van het congresbureau SCEM om te komen tot een contract voor de organisatie van de eerste Geriatriedagen in juni 1995. De doelgroep bestond uit sociaal geriater, klinisch geriater, verpleeghuisartsen, artsen werkzaam in de sociale geriatrie en arts-assistenten in opleiding. De eerste dag was voor onderwijs met parallelsessies voor klinische en sociale geriatrie, de tweede dag was gereserveerd voor presentaties van wetenschappelijk onderzoek. Er was een parallelprogramma voor verpleegkundigen en verzorgenden.^{95A} Hoewel de evaluatie nogal wat organisatorische problemen vermeldde, was de NVvG toch wel tevreden over het niveau en het aantal van 109 deelnemers. De afspraken met SCEM werden aangescherpt en de taken tussen NVvG bestuur en congrescommissie beter verdeeld. In de daarop volgende jaren verliep de organisatie beter, mede dankzij het feit dat de NVvG inmiddels een betaalde ambtelijk secretaris had in de persoon van mr. drs. P.J.F. van der Kooij.

De Geriatriedagen zijn een jaarlijks terugkerend multidisciplinair congres geworden over het onderwerp geriatrie waarbij medische en verpleegkundige zorg voor ouderen centraal staat. Artsen die deze nascholing gevolgd hebben, krijgen accreditatiepunten. De congrescommissie wordt tegenwoordig gevormd door vertegenwoordigers van de NVKG, de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie NVG-KNOWS, de v&vn Geriatrie Verpleegkunde en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie. De organisatie is nu in handen van Congress Care (<http://www.geriatriedagen.nl/>).

HET TIJDSCHRIFT VOOR GERONTOLOGIE EN GERIATRIE

Het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (TGG) werd uitgegeven door de Stichting Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. Naarmate de klinische geriatrie meer gestalte kreeg groeide de onvrede binnen de NVvG over de inhoud van het tijdschrift. Ligthart schreef in 1991 aan het NVvG bestuur dat het tijdschrift in 'de huidige vorm niet toegankelijk is voor geriatrisch wetenschappelijk werk en dat de huidige redactie in te bescheiden mate is voorzien van de nodige knowhow op geriatrisch gebied.'^{B91C} Het voorstel was om de redactie van TGG uit te breiden met minstens drie geriaters en als dat niet mogelijk zou zijn, een eigen tijdschrift op te zetten.

In oktober 1991 vond een gesprek plaats tussen de leden van de NVvG Wetenschapscommissie, Ligthart, De Ruijter en Jansen, en redactieleden van het TGG. Het was echter een ongelukkig moment om tot afspraken met het TGG te komen. Het tijdschrift verkeerde in een bestuurlijke crisis sinds het beheer van het tijdschrift was overgegaan naar het NIG.^{B92A} In 1992 werden voorstellen gedaan om een nieuw stichtingsbestuur van het TGG te vormen waarin Sipsma namens de NVvG zitting zou nemen. Hij woonde op 28 oktober 1992 de eerste vergadering van het nieuwe stichtingsbestuur bij dat de bedoeling had om de banden van het TGG met het NIG te verbreken. Het bleef onduidelijk wat de inbreng van de NVvG in de redactie zou zijn, maar Sipsma was ervan overtuigd dat het TGG nooit een verenigingsblad voor de NVvG zou worden en hij vroeg zich af wat de NVvG nu eigenlijk met het blad wilde.^{B92C} Er bleven structurele problemen bij het TGG omdat het stichtingsbestuur geen formele zeggenschap had over het tijdschrift, die lag voor de inhoud bij de NVG, terwijl het NIG de financiële verantwoordelijkheid had. Juist het geld was het knelpunt. Het NIG had altijd subsidie van vws gekregen voor de hoofdredacteur, maar deze subsidie was beëindigd.

In de loop van 1993 werden diverse voorstellen voor een nieuwe structuur gedaan. Er lag een voorstel voor statutenwijziging van de Stichting Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, de NVvG zou twee redactieleden leveren en het tijdschrift zou gekoppeld worden aan het lidmaatschap van de wetenschappelijke verenigingen. Sipsma had zijn bedenkingen over de mogelijke inbreng van de NVvG met name omdat nergens in de statuten geriatrie werd genoemd.^{B93B} Eind 1994 kon Sipsma echter melden dat na een roerige periode waarin het tijdschrift van uitgever was veranderd, er nieuwe statuten lagen waarin 'geriatrie' in artikel 2 was toegevoegd. Het ging er nu om een nieuwe hoofdredacteur te vinden die het werk onbezoldigd zou moeten doen. Het TGG werd vanaf 1994 uitgegeven door het NIG.

Ondertussen had uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum het plan opgevat om een *Tijdschrift voor Geriatrie* op te richten in samenwerking met de NVvG.^{B94C} Dit plan bleef enige tijd liggen totdat in 1996 bleek dat het stichtingsbestuur het uitgeven van het TGG door het NIG 'onvoldoende professioneel' achtte en van de

verantwoordelijkheid voor het tijdschrift afwilde.⁸⁹⁶ Uiteindelijk is het TGG vanaf 2005 uitgegeven door Bohn Stafleu Van Loghum, nadat in 2000 de uitgave was overgegaan naar NIZW, Kenniscentrum Ouderen. In 1998 is een collectief abonnement voor het tijdschrift ingevoerd.

DE ONDERWIJSCOMMISSIE

Een breed samengestelde Onderwijscommissie onder voorzitterschap van klinisch geriater Elly Bruijns was in de loop van 1991 geïnstalleerd. De commissie hield zich bezig met het formuleren van eindtermen geriatrie voor de basisartsopleiding. Eindtermen moesten worden geformuleerd volgens de richtlijnen van het project 'Herziening Tweede Fase Artsenopleiding', waarvan prof. dr. J.C.M. Metz (*1939) coördinator was. Hiervoor werd een subsidie van het ministerie van wvc ontvangen. De Onderwijscommissie van de NVvG werkte samen met de universitaire onderwijscoördinatoren.^{TK52} De hoogleraren geriatrie constateerden dat het onderwijs in de geriatrie aan de universiteiten heel mager was (Duursma & Hoefnagels, 1994), zeker wanneer rekening werd gehouden met de demografische ontwikkelingen en de te verwachten behoefte aan geneeskundige zorg voor ouderen. Tijdens de opleiding tot arts zou dus meer aandacht moeten worden gegeven aan de specifieke problemen van de geneeskunde voor ouderen. In het Raamplan 1994 met de eindtermen en opleidingseisen voor de toekomstige Nederlandse artsopleiding zijn echter voor de geriatrie geen afzonderlijke, disciplinegebonden eindtermen opgenomen (Metz et al., 1994). De commissie Metz noemde als reden daarvoor dat de ziektebeelden van de oudere mens op zich niet specifiek zijn, hoewel ze wel een specifieke benadering vereisen. Het Raamplan verwees verder naar de 'Eindtermen voor het onderwijs in de geriatrie en gerontologie voor de artsopleiding' die de Onderwijscommissie van de NVvG had opgesteld, waarin de geriatrie werd gezien als een integratie van verschillende disciplines. Zo expliciet had de Onderwijscommissie dat echter niet geformuleerd. In de rapportage stond dat er 'geen specifieke ziektebeelden in de geriatrie' bestaan zodat de Onderwijscommissie had afgezien van het maken van een overzicht van ziektebeelden, maar een verplicht coassistentschap geriatrie beschouwde de Onderwijscommissie als onmisbaar. De student moet zich het klinisch handelen in de geriatrie in de praktijk eigen maken (attitudevorming, kennis van zorgverlenende instanties, opname en ontslagbeleid) evenals theoretische kennis over farmacotherapie, *geriatric giants*, besluitvormingsprocessen, beoordelingschalen en gebruik van hulpmiddelen.^{N93B}

Eind 1993 organiseerde de Onderwijscommissie een eerste werkconferentie waarin het eindtermendocument werd besproken en waar een aantal sprekers voordrachten gaf over het onderwijs in de geriatrie aan de diverse universiteiten. In de discussie kwam onder meer naar voren dat geriatrieonderwijs aan het

eind van het curriculum voordelen heeft omdat de student dan al ruime basis-kennis heeft en zich kan richten op het aanleren van de 'geriatrie werkwijze'. Over het geheel waren er naast overeenkomsten toch ook de nodige verschillen in aard en inhoud van de programma's.^{N93c} In een tweede conferentie op 16 november 1995 is daarover doorgepraat. De Onderwijscommissie kwam met een zestal aanbevelingen die waren gericht op inventarisatie van onderwijsmateriaal en nog bestaande lacunes, en op coördinatie tussen de universiteiten.^{N96c}

Met subsidie van het ministerie van vws konden in de daarop volgende jaren onderwijscoördinatoren worden aangesteld in het kader van het project 'Landelijke Coördinatie Geriatrie Onderwijs'. Bij dit project waren alle medische faculteiten in Nederland betrokken met uitzondering van de Universiteit van Amsterdam omdat die in het curriculum geneeskunde geen aandacht besteedde aan geriatrie. In het project is de inventarisatie van het geriatrieonderwijs en de onderwijsmaterialen uitgevoerd zoals die in 1995 nodig werd geacht. De conclusies over het onderwijs waren niet erg hoopgevend. Het aanbod was beperkt en sterk wisselend, gemotiveerde studenten hadden weinig mogelijkheden meer op het gebied van geriatrie te doen en studenten zonder belangstelling hadden geen mogelijkheden een interesse te ontwikkelen. Aanbevolen werd om in ieder geval geriatrie als kerndiscipline op te nemen in het Raamplan.^{N98d}

COMMISSIE KWALITEITSBEVORDERING KLINISCHE GERIATRIE

Sinds 1988 functioneerde binnen de NVvG de commissie Kwaliteitsbevordering. De commissie beoogde het vastleggen van kwaliteitsstandaarden en intercollegiale toetsing ter verhoging van de kwaliteit van het medisch handelen van geriaters. G.C.H.M. (Geert) van der Aa (*1952) was aanvankelijk voorzitter en secretaris van deze commissie, hij werd in 1993 als voorzitter opgevolgd door mw. dr. T.J.M. (Tischa) van der Cammen (*1947). De hoofdtaak van deze commissie betrof het opstellen van een model medische status waarin de hoofdpunten van het geriatrisch onderzoek werden vastgesteld en toegelicht. Dit project kwam na vele jaren in 1994 tot een afronding. In 1995 werd de Modelstatus ingevoerd en het beleid hiervoor vormgegeven aan de hand van de 'Notitie kwaliteitsbeleid'.

Via deze commissie was de NVvG onder meer betrokken bij consensusactiviteiten over bijvoorbeeld 'Beleid bij niet-reanimeren'(1991), 'Onderzoek paraproteïnemie' (1991), 'Consensus osteoporose' (1992), 'Decompensatio cordis' (1994). Contacten met de Geneeskundige Hoofdinspectie, de LSV en het CBO over kwaliteitsbevordering liepen via deze commissie. Bij de herstructurering in 1996 werd de commissie omgedoopt in Commissie Kwaliteitszaken sectie Klinische Geriatrie.

VERENIGINGSACTIVITEITEN

CONTACTEN MET ANDERE VERENIGINGEN EN ORGANISATIES

De NVvG onderhield geregelde contacten met de ouderenbonden (COSBO, later CSO), de Alzheimerstichting, de Directie Ouderenbeleid van het ministerie van WVC, NESTOR, de LSV, de NVvP, de Belgische Vereniging voor Geriatrie, de NIV en de NVVA. Daarbij was de relatie met de verpleeghuisartsen beter dan die met de internisten. Met de NVVA bereidde de NVvG een beleidsnota voor die in alle openheid met de leden werd besproken. De NVvG werkgroep Geriatrie in de Verpleeghuizen zag een taak in het geven van een bijscholingscursus voor geriatrie in verpleeghuizen. Er was overleg met professor Ribbe over de opleiding. In samenwerking met de NVVA publiceerde de werkgroep een nota 'Raakvlakken geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde' die verscheen op het moment dat de werkgroep werd opgeheven.⁹⁷ Het rapport gaf een overzicht van thema's waarover gemeenschappelijke nascholingsactiviteiten georganiseerd zouden kunnen worden.

Enigszins overvallen voelde het bestuur zich door de overeenkomst tussen het COSBO en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) waarover de NVvG niet was geïnformeerd. Geheel in de geest van de nota 'Ouderen in Tel' vonden de ouderen en de voor hen belangrijkste zorgaanbieders, de huisartsen, elkaar in een intentieverklaring, die namens het COSBO was opgesteld door Welten. Deze was op zich niet ten nadele van de klinisch geriater. Gesteld werd dat klinische geriatrie een universitaire discipline moet zijn met aan elke universiteit voldoende onderwijscapaciteit en een aantal goed toegeruste onderzoekscentra. De huisarts had behoefte aan de functie geriatrie als specialisme in de tweede lijn; internisten, psychiaters en neurologen waren onvoldoende toegerust om vanuit een geïntegreerde visie op ouderenproblematiek de meest aangewezen hulp te verlenen, aldus het COSBO (Welten, 1992).

De WKG begon in 1992 een overleg tussen geriater werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen en psychiaters werkzaam in de ouderenpsychiatrie. Een knelpunt was de plaatsing van psychogeriatrische patiënten. De NVvP kende sinds 1981 een Sectie Psychiatrie voor Ouderen en ouderenpsychiatrie was al onderdeel van het basiscurriculum (Duursma et al., 1996a). De ouderenpsychiater behandelde naast patiënten met dementie, oudere psychiatrische patiënten bij wie de veroudering invloed heeft op de psychiatrische stoornis. Het specifieke karakter van een GAPZ werd door NVvG leden in de regio Noord-Limburg beschreven. Zij lieten zien dat bij patiënten, aangeboden voor opname in een GAPZ, een meer of minder omschreven psychisch disfunctioneren altijd het belangrijkste probleem is. Toch kwamen zulke patiënten ook in een GAAZ omdat sommigen opname in een GAPZ weigerden vanwege het stigma van een psychiatrisch ziekenhuis (Klijnsma & Golüke-Willemsse, 1993).

REGISTRATIE VAN PATIËNTEN

Wie dacht dat 'kwaliteit' en 'participatiemaatschappij' begrippen uit 2014 zijn, komt bij het lezen van de resultaten van het project 'Vernieuwing epidemiologische informatie geriatrie' uit 1993 tot de ontdekking dat twintig jaar geleden de gezondheidszorg ook al werd gestuurd op basis van 'de terugtrekkende overheid, terug naar de kerntaken, eigen verantwoordelijkheid, decentralisatie, vernieuwing en modernisering, soberheid en kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid.' Voor de bewaking van de volksgezondheid bestond een toenemende behoefte aan gegevens, niet alleen over ziekte en sterfte, maar ook over levensduur, consumptie van medische en andere zorg, functiestoornissen enzovoort. Hieraan leverde de WKG een belangrijke bijdrage.

De WKG had al sinds eind 1983 patiëntengegevens geregistreerd zodat over de periode 1983-1989 ongeveer 8500 formulieren beschikbaar waren. Bij het onderzoek naar de GAAZ'en door het NZI in 1985 was van de registraties gebruik gemaakt.^{N90B} Met behulp van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG), voorheen de Stichting Medische Registratie, kon in 1990 worden gewerkt aan een gemeenschappelijk registratieformulier om alle patiënten op geriatrische afdelingen in Nederland uniform in kaart te brengen. Naar verwachting zou de registratie in 1991 worden geoperationaliseerd. SIG beheerde en bewerkte de Landelijke Medische Registratie, één van de informatiesystemen binnen de gezondheidszorg. Alle algemene, academische en een groot aantal categorale ziekenhuizen in Nederland namen deel aan deze registratie, die betrekking had op medische en administratieve gegevens per opname.

De SIG registratie vroeg in de daarop volgende jaren regelmatig aandacht. De aanvankelijk geweigerde subsidie voor het project 'Vernieuwing epidemiologische informatie geriatrie' werd in 1992 alsnog toegezegd. Voor SIG was de klinische geriatrie een proeftuin. De overheid had in toenemende mate behoefte aan gerichte informatie over de kwaliteit van zorg. De uitdaging was om te zien of bestaande registraties konden worden gebruikt voor het kwantificeren van de kwaliteit van zorg. SIG was positief over de bereikte resultaten. Men zag mogelijkheden om een geïntegreerd landelijk informatiesysteem te realiseren dat gebruikmaakte van verschillende landelijke gegevensverzamelingen. Aanvullingen met gegevens over kenmerkende geriatrische problematiek waren gewenst, zoals de *geriatric giants*, geestelijke achteruitgang, vallen, immobiliteit en incontinentie. Om het gestelde doel, inzicht in aard en omvang van geriatrische zorgverlening, te bereiken, was dit een eerste stap (de Buck, 1992). Ter afsluiting van het project is een workshop gehouden om de resultaten in bredere kring te bespreken. Een dertigtal betrokkenen, onder wie de nodige managers, wisselden van gedachten over de mogelijkheden en onmogelijkheden van registratie. In het algemeen bestond de mening dat registratie bijdroeg aan de kwaliteit van zorg.^{N93A}

BEROEPSBELANGEN

De Beroepsbelangen Commissie (BBC) van de NVvG boog zich vanaf 1991 over tarieven. De geriatrie had een buitengewone positie omdat tarieven ontbraken. De BBC begon aan tariefstelling te werken. In het daaropvolgende jaar werden de productiegegevens uit de vier voorafgaande jaren geïnventariseerd en bewerkt. Aan de klinisch werkzame geriater werd gevraagd om met behulp van tijdschrijfformulieren hun activiteiten vast te leggen. Een normpraktijk van een geriater in een algemeen ziekenhuis bestond in 1993 uit: '73 nieuwe poli patiënten, 223 oude poli patiënten, 84 consulten en 104 opnames.' Het gemiddelde aantal ligdagen per patiënt bedroeg vijftig dagen (Jaarverslag, 1994).

Op basis van deze gegevens kon het bestuur een voorstel voor tariefonderhandeling doen. De vraag was of een andere honoreringsstructuur in plaats van de loondienstsituatie mogelijk was. Er was sinds het verschijnen van het rapport 'Gedeelde zorg, betere zorg' van de Commissie Biesheuvel (de commissie modernisering curatieve zorg) in 1994 veel discussie over de honoreringsstructuur van medisch specialisten. Om daarover verder te onderhandelen werd op initiatief van staatssecretaris Simons het 'Platform curatieve zorg' opgericht. Voor deelname in het platform, dat de aanbevelingen van de commissie Biesheuvel nader moest uitwerken, nodigde Simons de organisaties van ziekenhuizen, huisartsen, verzekeraars, patiënten en specialisten uit. De BBC nam actief deel aan het overleg binnen de LSV en kon in 1995 melden dat werd gewerkt aan het tot stand komen van diagnosebehandelcombinaties (DBC's).

COMMUNICATIE

In 1992 constateerde de NVvG met tevredenheid dat ten gevolge van een gericht communicatiebeleid de NVvG een bekende vereniging was geworden 'die in medische en politieke discussies niet meer wordt overgeslagen: de ideeën van de vereniging zijn bij velen gemeengoed geworden en de vereniging speelt een belangrijke en constructieve rol in de ontwikkeling van de gezondheidszorg voor ouderen.'^{93A} Contacten met de wvc-directie waren zeer opbouwend en stimulerend. De toenmalige directeur ouderenbeleid van het ministerie, drs. P.H.B. Pennekamp (*1951), lichtte in de voorjaarsvergadering van 1992 de wvc-nota 'Ouderen in Tel' toe (die in het jaarverslag wordt geschreven als 'Ouder en in tel', *what is in a name*).

De PR van de vereniging was tot in 1994 in handen van Hupkens, hij voerde ook al die jaren de eindredactie van het *Ledenbulletin* dat de leden uitgebreide informatie bood over lopende zaken en informatie gaf over wetenschappelijke ontwikkelingen, visies en standpunten. Een opvolger voor Hupkens werd niet meteen gevonden. In 1998 hield het *Ledenbulletin* op te bestaan. Het verenigingsnieuws werd in de daarop volgende jaren gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. Als reden werd het gebrek aan kopij genoemd. Con-



8. De viering van het tienjarig bestaan van het specialisme klinische geriatrie (1993). Op de voorste rij H.M. Koningin Beatrix met naast haar prof. dr. D.H. Sipsma en mw. H. d'Ancona, minister van wvc. Geheel rechts mw. dr. E. Bruijns met aan haar rechterhand J.A. de Fockert.

tactpersoon en eindredacteur van de NVVG verenigingspagina werd sociaal geriatr K. Kamperman.⁹⁹⁷

HET TIENJARIG BESTAAN

De viering van het tienjarig bestaan van het specialisme klinische geriatrie zou niet ongemerkt voorbijgaan. Begin 1991 werd de congrescommissie geïnstalleerd met Sipsma als voorzitter. Eind 1991 kon een voorstel voor de viering aan het bestuur worden overhandigd. Besloten werd een tweedaags internationaal congres in Amsterdam te organiseren. Als thema was gekozen 'de prognostiek', dat zowel sloeg op de prognosestelling bij geriatrische patiënten als op de prognose van het specialisme. De uiteindelijke titel werd 'Perspectives in Geriatric Medicine'. De congrescommissie verwachtte 350 deelnemers, het werden er ruim 200. In het programma waren plenaire lezingen, parallelsessies en een

postersessie gepland. *Announcements* en *Call for abstracts* werden in 1992 ruim verspreid in binnen- en buitenland. Door middel van een artikelenreeks in *Medisch Contact* wilde de NVvG rond het tijdstip van het congres een exposé geven voor de medische wereld van de ontwikkeling van de NVvG als vereniging en de geriatrie als vak.

Het was de eerste keer dat de NVvG een zo grootschalig evenement organiseerde, dat algemeen als een succes is beschouwd. Het congres werd geopend door de minister van wvc d'Ancona in aanwezigheid van H.M. Koningin Beatrix (zie afbeelding 8 en 9). De minister sprak over het overheidsbeleid ten aanzien



9. Omslag van het NVvG Jaarverslag 1993. H.M. Koningin Beatrix wordt verwelkomd door de voorzitter van de NVvG mw. C. Thijssen, naast haar de voorzitter van de lustrumcommissie prof. dr. D.H. Sipsma.

van de ontwikkeling van de geriatrie. Zij vroeg zich af of het specialisme zijn taak naar behoren kon vervullen in ziekenhuizen, verpleeghuizen en poliklinieken. Haar antwoord was dat dat alleen mogelijk zou zijn in netwerken voor ouderenzorg waarin de patiënt verzekerd was van een geïntegreerde benadering. Zij wees er ook op dat de geriatrie een taak had bij de scholing van toekomstige werkers in de gezondheidszorg. Uiteraard noemde zij de inspanningen van haar ministerie om in elke regio een geriatrische afdeling met 24 bedden te realiseren, de inrichting van geriatrische afdelingen in universiteitsziekenhuizen en de verruiming van de opleidingscapaciteit voor klinisch gerieters. Wel vond zij dat slechts langzaam vooruitgang werd geboekt en dat 'binnen andere specialismen de geriatrische methodieken nog niet die waardering krijgen die ze verdienen.'⁹⁴

BELEIDSPLAN 1993-1995

In het NVvG 'Beleidsplan 1993-1995' werd gewezen op de verschillende prioriteiten voor de drie werkvelden waaruit de vereniging was samengesteld. Het zwaartepunt lag bij de klinische geriatrie waar de spreiding van de GAAZ'en, GAUZ'en en GAPZ'en speelde, het bevorderen van het onderwijs en het verbeteren van het geriatrisch handelen. Standaardisering, protocollering, gemeenschappelijke registratie van patiëntengegevens en wetenschappelijk onderzoek stonden daarbij op de lijst van aandachtspunten. Voor de sociaal gerieters had de NVvG een register geopend waar inmiddels een twintigtal sociaal gerieters stond ingeschreven. De betekenis van de NVvG voor de verpleeghuisartsen was klein. De meeste verpleeghuisartsen, ca. 750, waren lid van de NVvA die ook hun wetenschappelijke vereniging was. De NVvG telde onder de leden ongeveer vijftig gerieters die in een verpleeghuis werkten. In 1990 opende de toenmalige Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC) het register voor verpleeghuisartsen. Verpleeghuisartsen met meer dan vijf jaar ervaring werden volgens een 'generaal pardon' zonder opleiding geregistreerd. De NVvG had alleen nog een functie bij de geriatrische scholing en bijscholing van verpleeghuisartsen.

Het belang van het 'geriatrisch circuit' werd benadrukt: het flexibele organisatie-model dat aan regionale omstandigheden kan worden aangepast en waarin de drie werkvelden nauw samenwerken. De gemeenschappelijke visie om te werken aan de kwaliteit van de geriatrische taakuitoefening moest het bindend element in de vereniging zijn. Dat leek voor de eerstvolgende jaren een bruikbaar uitgangspunt, al gaf de invulling van het belang van de NVvG voor de verschillende werkvelden al aan waar het mis zou gaan. Immers de belangen van de drie werkvelden lagen behoorlijk uit elkaar:

- ‘Voor de klinisch geriater is de NVvG de wetenschappelijke vereniging.
- Voor de sociaal geriater voert de NVvG het register voor sociaal geriatrisch geneeskundigen en stimuleert zij het tot stand komen van een definitieve opleiding en registratie.
- Voor de verpleeghuisarts behartigt de NVvA de beroepsbelangen. De NVvG is hierbij, zo nodig, ondersteunend.’

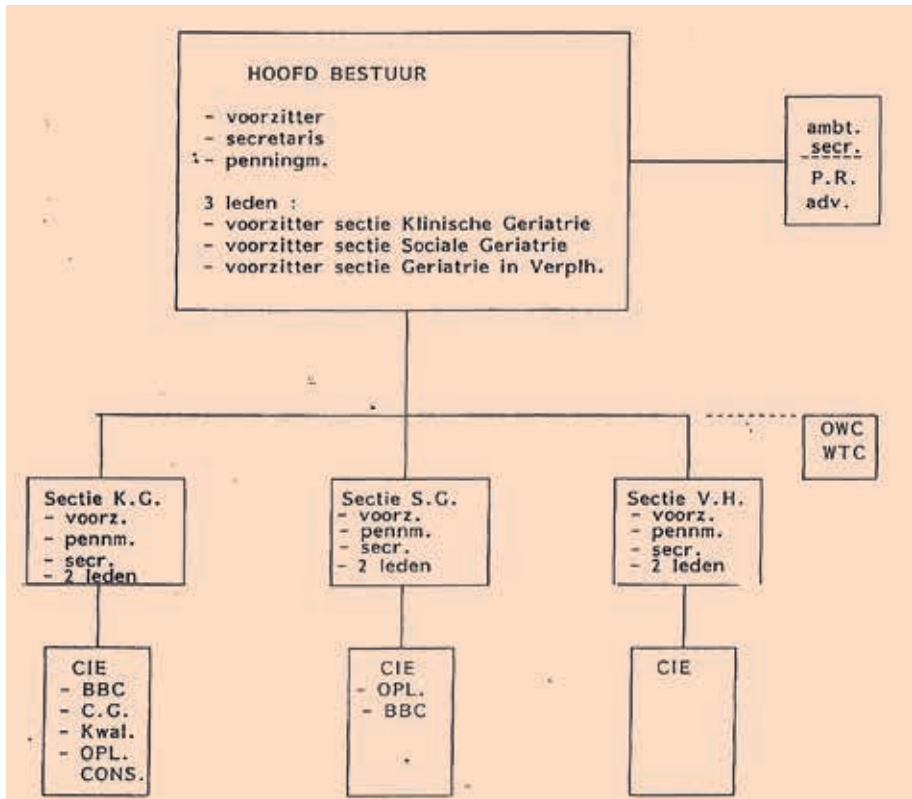
Naar buiten toe wilde de vereniging streven naar goede contacten met andere belanghebbenden en zorgen voor een representatieve beeldvorming. Men vroeg zich af ‘hoe de beeldvorming in de massamedia te beïnvloeden is.’

HERSTRUCTURERING

In vervolg op de bespreking van het ‘Beleidsplan 1993-1995’ in de ledenvergadering besloot het bestuur om de structuur van de NVvG te wijzigen. Als reden voor de noodzaak van herstructurering noemde de NVvG onder andere de groei van het ledenaantal van 70 in 1983 naar 196 in 1993 met daarbij de toename van het aantal commissies, werkgroepen en vertegenwoordigers die door het bestuur niet meer efficiënt te behandelen was. ‘Het bestuur is niet meer in staat de voortgang te bewaken [...] en de interne afstemming binnen de vereniging begint tevens problematisch te worden.’ Nadelen van de oude structuur waren de overbelasting van de bestuursleden, de geringe slagvaardigheid en het feit dat de drie beroepsgroepen onvoldoende hun eigen identiteit herkenden.

In het raamwerk dat het NVvG bestuur in het najaar van 1993 aan de leden voorlegde waren de drie werkvelden ondergebracht in drie zelfstandige secties, ieder met een eigen bestuur (zie afbeelding 10). Het hoofdbestuur zou moeten bestaan uit: voorzitter, secretaris, penningmeester en drie leden: de voorzitters van de secties Klinische Geriatrie, Sociale Geriatrie en Geriatrie in Verpleeghuizen.

In maart 1994 vormde het bestuur een projectwerkgroep herstructurering met Marja Jellesma-Eggenkamp als voorzitter. De werkgroep moest het raamwerk nader uitwerken en daarover in het najaar van 1994 aan de leden rapporteren. Een belangrijke wijziging waarmee de vergadering akkoord ging, was de introductie van een ambtelijk secretaris. Het secretariaat was dermate tijdrovend geworden dat het niet langer op vrijwillige basis door een klinisch geriater kon worden gevoerd. De taken van de ambtelijk secretaris zouden onder meer bestaan uit de coördinatie van secretariële werkzaamheden, het bijwonen van bestuursvergaderingen van hoofdbestuur en secties, de verslaglegging en het voorbereiden van stukken. Marja Jellesma-Eggenkamp onderzocht de mogelijkheden. Zij werd geadviseerd om het secretariaat te huisvesten in Domus Medica in Utrecht en de kosten van het secretariaat te laten sponsoren door het bedrijfsleven.



10. Voorstel voor de nieuwe structuur van de NVvG (1993).

De voorstellen van de projectwerkgroep werden in het algemeen in de verschillende werkgroepen goed ontvangen. De vAKG schreef een kritische brief en stelde voor om de onderwijs- en wetenschapscommissies binnen de secties te laten functioneren, dan waren ze meer slagvaardig. Een ander punt was dat de plaats van de vAKG in het NVvG bestuur in de nieuwe structuur kwam te vervallen. Bovendien vroeg de vAKG zich af wat het tijdpad van de herstructurering zou zijn. Op 23 november 1994 heeft de ledenvergadering zich over de voorstellen gebogen. De herstructurering werd uitvoerig bediscussieerd en kreeg groen licht.

KANSEN EN RISICO'S

Op het risico van de nieuwe structuur was al in een vroeg stadium gewezen. In een commentaar op een van de concepten is te lezen: 'Divisiestructuur is gevaarlijk. Kan snel leiden tot totale afsplitsing van de vereniging' en 'organiseer veel activiteiten die de drie secties raken om de gemeenschappelijkheid te blijven benadrukken. Het gevaar is groot dat de NVvG zich splitst in 3 delen en de synergie gaat dan verloren. Komt ook nooit meer terug. Heel goed afspraken

maken wat ontwikkeld wordt in de sectie en wat in de commissies. Als de leden alleen de sectie kennen gaat de NVvG verloren.'

Dat waren geen loze woorden. Een aantal klinisch geriaters dacht inderdaad over afsplitsing: 'In de aanloop naar de ledenvergadering van 29 november 1995 was het zittende bestuur al reeds opgelopen tegen het feit dat met name binnen de werkgroep klinische geriatrie de wens tot verdere verzelfstandiging was uitgesproken. De kandidaat-voorzitter [Duursma] maakte zijn kandidaatstelling onlosmakelijk verbonden met de intentie om te komen tot een opsplitsing in twee verenigingen. Dit ging het bestuur te ver.'^{N95B} Wel werd in deze vergadering de statutenwijziging aangenomen volgens welke de vereniging uit twee secties bestond: klinische en sociale geriatrie, de sectie geriatrie in verpleeghuizen kwam te vervallen.

Het bestuur had tijdelijk geen voorzitter, want afgetreden waren voorzitter F.M.E. (Frans) van Schendel (*1955), secretaris Marja Jellesma-Eggenkamp, penningmeester W.L.M. (Wim) Claessens (*1943) en lid L. (Leo) Boelaarts (*1959). De vergadering besloot om eerst een discussie over de toekomst van de vereniging te voeren en daarna zou een voorzitter worden gekozen. Hupkens werd als tijdelijk voorzitter gekozen, J.A.L. (Jan) de Keijzer als secretaris, Paul Jansen en D. (Dick) Verburg als sectievoorzitters. Zij bereidden een extra ledenvergadering voor op 28 februari 1996.

In een besloten conferentie op 30 januari 1996 met een tiental geriaters onder wie Elly Bruijns, Paul Jansen, mw. P.J.E. (Petra) Klijnsma (*1958), Cobi van Nieuwkerk, Marjan Ornée en M.G.M. (Marcel) Olde Rikkert (*1962), werd de situatie besproken. Tijdelijk voorzitter Hupkens verzuchtte: 'De NVvG was de afgelopen twee jaar in een slag gewikkeld om een nieuwe structuur en statuten. Deze zijn nauwelijks goedgekeurd of een deel van de vereniging lijkt zich nu af te willen splitsen.' Grote afwezige was Duursma. Hij had wel een stuk gestuurd waarin hij zijn standpunt uiteenzette. Hij schreef dat het gewenst was om 'een federatief verband aan te gaan tussen sociaal geriaters, ouderenpsychiaters, verpleeghuisartsen, klinisch geriaters en geriatrieverpleegkundigen.' Hij vond dat er zelfstandige verenigingen moesten komen voor sociale en klinische geriatrie. Een geriatrie-federatie bood volgens hem op vele terreinen meer mogelijkheden. Het resultaat van de bespreking was dat men eerst meer ervaring wilde opdoen met de nieuwe sectiestructuur.

Zo is het ook aan de leden gepresenteerd. Het bestuur van de NVvG sprak zich uit voor een voortzetting van de verenigingsstructuur waarin samenwerking tussen de sectie klinische geriatrie en de sectie sociale geriatrie een belangrijk uitgangspunt bleef. Er werd afgesproken om gedurende twee jaar ervaring op te doen met het werken in de twee secties. Duursma bleef voorstander van het vormen van een federatief verband met alle disciplines betrokken bij de geneeskundige zorg van geriatrische patiënten.^{N96A} Echter ook binnen de klinische ge-

riatrie waren de meningen verdeeld. Volgens Slaets was de coördinerende en regulerende rol van de geriater belangrijker dan de behandelingsrol. Klinisch geriater S.P.C. (Simon) Groen (*1950) schreef vervolgens over de 'verslaetsing' van de klinische geriatrie waar hij weinig mee op had.^{N96B}

WERKEN MET TWEE SECTIES (1996-1998)

In de loop van 1996 kreeg de nieuwe verenigingsvorm structuur met een hoofdbestuur en twee sectiebesturen. Tot 22 mei 1996 functioneerde een interim-bestuur met Paul Hupkens als voorzitter. Voorzitter van het hoofdbestuur werd Geert van der Aa, Jan de Keijzer secretaris en mw. M.E. (Monique) Belinfante-van Gelder penningmeester. Paul Jansen werd als voorzitter van het bestuur van de Sectie Klinische Geriatrie vervangen door Marjan Ornée. Dick Verburg bleef voorzitter van de Sectie Sociale Geriatrie. Het hoofdbestuur benadrukte dat het voornamelijk een coachende, begeleidende en toetsende taak had, het zwaartepunt van het besturen van de vereniging lag bij de secties. De afspraak was dat na twee jaar geëvalueerd zou worden of de nieuwe structuur werkte. Bovendien had het hoofdbestuur de taak om de mogelijkheden van een federatief verband met verpleeghuisartsen, ouderenpsychiaters en andere groeperingen werkzaam in de geriatrie te onderzoeken. Men wilde ook de samenwerking met de nvG intensiveren.^{N97} Een aantal activiteiten werd op dezelfde voet voortgezet. De Geriatriedagen werden georganiseerd samen met de nvva. Het jaarlijks overleg met de ouderenbonden, met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, met het ministerie van vws en anderen bleef onder het hoofdbestuur ressorteren.

DE SECTIE KLINISCHE GERIATRIE

De Sectie Klinische Geriatrie (SKG) werd formeel opgericht op 10 mei 1996. Daarvoor was uitvoerig gediscussieerd over de communicatie tussen het sectiebestuur en de sectieleden, over wie er lid van de sectie kon worden en wat de taken en verantwoordelijkheden van de commissies werden. De Beroeps Belangen Commissie (BBC), de Commissie Kwaliteitszaken (CKZ) en het Concilium Geriatricum (CG) zetten hun werkzaamheden voort, een nieuwe Commissie Opleiding en Wetenschap (COW) werd ingesteld. De CKZ publiceerde in 1997 in *Medisch Contact* een serie over de kwaliteitsbevordering (van der Aa et al., 1997). De CKZ maakte de 'Modelstatus klinische geriatrie' definitief en een eerste begin werd gemaakt met het verzamelen van informatie over de opzet van een systeem van accreditatie van nascholingsactiviteiten. De CKZ voerde verder visitaties uit bij niet-opleidingsafdelingen in Vlissingen, Almelo en Haarlem.

Het CG visiteerde een zestal ziekenhuizen waaronder het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam. De Ruijter, die toen opleider in het Slotervaartziekenhuis

was, had ambitieuze plannen en daartoe een aantal veranderingen doorgevoerd. Hij bouwde in het Slotervaartziekenhuis aan het Amsterdams Geriatrisch Netwerk waarin hij wilde samenwerken met ziekenhuizen in de regio, met huisartsen, thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Het aantal bedden in het Slotervaartziekenhuis zou worden beperkt, poliklinische geriatrische functies, geriatrische dagbehandeling en consulten zouden taken van andere ziekenhuizen worden (Idenburg, 1994). In een overeenkomst met de verzekeraars heeft De Ruijter inderdaad bedden ingeleverd en daarvoor in de plaats kwam een grote dagkliniek waar patiënten in één dag helemaal in kaart werden gebracht. Dat was op zich een geslaagde, nieuwe aanpak die later ook door andere ziekenhuizen in het land is overgenomen. Voor de opleiding had De Ruijter echter te weinig aandacht, daarover kwamen klachten van de aios bij het cg. Uit de visitatie door het cg kwam naar voren dat de opleiding onvoldoende was. Er is echter nooit een rapportage gekomen omdat De Ruijter de uitslag niet heeft afgewacht en is vertrokken. De opleiding is tijdelijk gestopt en de toen daar werkzame arts-assistenten, onder wie mw. C.R. (Linda) Tulner (*1964) en J.P.C.M. (Jos) van Campen (*1960), moesten hun opleiding elders afmaken. In het interview dat wij met Linda en Jos hebben gehouden, vertellen zij meer over deze roerige periode (zie nvkg website www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

De opleiding in het AZU werd met vijf jaar verlengd en in Nijmegen werd in 1996 de opleiding toegekend. Bovendien nam de skg het initiatief om te komen tot uitbreiding van de capaciteit van de opleiding tot klinisch geriater. Voor het onderzoek was financiële steun van het ministerie van vws verkregen. In nauw overleg met de Directie Ouderenbeleid van het ministerie slaagde de skg erin om subsidie voor opleidingsplaatsen te krijgen. Zoals op pagina 82 is beschreven ging het om een bedrag van f450.000. De skg berekende echter dat de extra financieringsbehoefte zou oplopen van f600.000 in 1999 tot f2.400.000 in 2002. Het was nog onzeker waar dat geld vandaan moest komen. Volgens de skg werden de loon- en opleidingskosten van extra aios niet gecompenseerd door extra budgetopbrengsten en opleidingsinstellingen of zorgverzekeraars waren niet bereid om die kosten uit hun budgets te financieren.^{N98c}

EEN FEDERATIE

Na twee jaar moest de nvvg erkennen dat het werken met de beide secties niet optimaal was. In de voorjaarsvergadering van 17 juni 1998 werd besloten om twee nieuwe verenigingen op te richten.^{N98a} Het bestuur wilde 'slagvaardiger kunnen optreden in de snel veranderende markt voor ouderenzorg' en had daartoe een plan gemaakt om de vereniging om te zetten in een federatie (Verenigingsnieuws, 1998). In de federatie zouden de klinisch geriateren en sociaal geriateren hun samenwerking verder gestalte kunnen geven in de twee nieuwe verenigingen. Met het oog op de uitbreiding van de activiteiten en de differentia-

tie van de belangen van de twee bloedgroepen leek dat de beste aanpak. Het idee was dat ook andere verenigingen die actief waren in de ouderenzorg tot de federatie zouden kunnen toetreden. In de ledenvergadering van 9 december 1998 moest een en ander worden beklonken.

**NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OUDERENGENEESKUNDE:
MEER DAN EEN NAAM ALLEEN**

De voorgestelde nieuwe naam: Nederlandse Vereniging voor Ouderengeneeskunde is vooral bedoeld om actiever en offensiever de nieuwe missie gestalte te geven en om aan een breder publiek het bestaan en de activiteiten van het specialisme kenbaar te maken. [...] De voorgestelde naam geeft [...] beter weer wat het vak is gaan inhouden. Een andere belangrijke reden voor een nieuwe missie en een nieuwe naam is dat de vereniging zich meer naar buiten moet richten op de doelgroep [...]. De nieuwe vereniging streeft naar meer bekendheid onder het publiek en een grotere stem in politieke en beleidszaken op landelijk niveau.

Conceptnotitie van het skg bestuur ten behoeve van de ledenvergadering van 6 november 1998.

De secties was gevraagd om te overleggen over de naamgeving. Het skg bestuur wilde gaan voor de naam Ouderengeneeskunde of eventueel Klinische ouderengeneeskunde. Vereniging voor Klinische Geriatrie was voor het bestuur acceptabel, maar met de naam 'ouderengeneeskunde' zou een nieuwe weg worden ingeslagen, dat vond men belangrijk. De nieuwe vereniging moest immers een nieuwe missie krijgen, niet alleen belangenbehartiging van klinisch geriaters, maar ook verbetering van de gezondheid van de oudere mens, en dat zou een nieuwe naam - Nederlandse Vereniging voor Ouderengeneeskunde - beter tot uitdrukking brengen.^{98B} Er waren diverse voorstellen van leden binnengekomen. Olde Rikkert pleitte bijvoorbeeld voor de naam 'Nederlandse Vereniging voor Ouderengeneeskunde'. De federatie zou dan de naam 'Federatie voor artsen werkzaam in de ouderenzorg' krijgen.^{98A} Zijn collega Groen, klinisch geriatr in het Kennemer Gasthuis, was voor de naam Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.^{98B} Na stemming door de leden is gekozen voor de naam Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). De ledenvergadering besloot de NVvG om te vormen tot Nederlandse Federatie voor Gezondheidszorg voor Ouderen. Dit is geëffectueerd op 8 januari 1999. De skg heette vanaf dat moment NVKG. De Sectie Sociale Geriatrie ging verder als Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie die in november 2005 is gefuseerd met de NVVA. In 2009 ging de NVVA verder onder de naam Verenso.

PLANNEN VAN DE EERSTE VOORZITTER VAN DE NVKG G.J. LIGTHART (1999)

PATIËNTENZORG

- Discussie over de kwantitatieve uitbreiding van de klinisch geriatrie zorg: een afdeling geriatrie per gezondheidsregio (standpunt overheid) versus een afdeling geriatrie per (middel-groot) algemeen ziekenhuis (standpunt ouderenbonden en Ligthart zelf);
- Discussie over geriatrie als zelfstandig specialisme versus onderdeel van de interne geneeskunde (deze discussie kan niet langer uit de weg worden gegaan);
- Betere typering en kanalisering van patiëntenstromen in de geriatrie voor een optimale inzet van de beschikbare geriatrie deskundigheid en beheersing van de in- en uitstroom;
- Landelijke ontwikkeling van behandelprotocollen in de geriatrie;
- Optimale medewerking aan de financiële (re)organisatie van de patiëntenzorg (producttypering, budgettering);
- Meer aandacht voor preventie van geriatrie problemen (consultatiebureau voor ouderen);

OPLEIDING EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

- Blok geriatrie in alle medische faculteiten, toetreding tot kernvakken (geriatrie verplicht coschap voor alle artsen);
- Uitbreiding van de opleidingscapaciteit in verhouding tot de kwantitatieve uitbreiding van de klinisch geriatrie zorg;
- Verhoging van de kwaliteit van de opleiding en de nascholing (landelijk onderwijs, verscherping van de visitatie);
- Op korte termijn de accreditatieregeling van de nascholing gereed hebben;

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

- Samenwerking stimuleren, multicenter studies opzetten, fondsen verwerven, meer publiceren, meer promoties in de geriatrie;
- Geriatrie onderwerpen benadrukken;

PR

- Zowel voor interne als externe PR een pragmatisch plan opstellen waaraan ieder lid zijn/haar bijdrage kan leveren;
- Ouderen zelf meer inlichten en mobiliseren;
- Meer betrokkenheid tonen bij belangrijke thema's die ouderen aangaan;
- Coalities sluiten (vooral huisartsen en verpleeghuisartsen, sociaal geriaters en geronto-psychiaters);

- Nieuw logo, website voor de vereniging opzetten, meer publiciteit, meer fondsen werven, PR is een inspanning van alle leden;
- Internationale contacten: banden formaliseren / aanhalen met de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, the British Geriatrics Society, the American Geriatrics Society, Association Française de Gérontologie, EUMS...

Verenigingsnieuws, *TGG* 1999;30:51.

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KLINISCHE GERIATRIE (1999)

In de eerste ledenvergadering van de NVKG op 8 januari 1999 droeg Petra Klijnsma de voorzittershamer over aan Gerard Ligthart. Zij bleef secretaris en R.A.M. (Richard) de Jonckheere (*1960) bleef penningmeester. Als leden werden gekozen Geert van der Aa, Leo Boelaarts, R.W.M.M. (René) Jansen (*1956) en J.B. (Joost) Sanders (*1963). Ligthart formuleerde de vier gebieden waarop de NVKG actief zou moeten zijn: patiëntenzorg, opleiding en deskundigheidsbevordering, wetenschappelijk onderzoek, en PR. Zijn zorg was hoe de kleine groep actieve leden het ambitieuze programma zou kunnen waarmaken: 'Juist nu is de inzet van veel meer leden onontbeerlijk. Ik heb mij voorgenomen mijn voorzittersrol na één jaar te evalueren. Als het mij dan niet gelukt is om méér leden actief bij de inspanningen te betrekken [...] zal ik de conclusie trekken dat een ander dan ik deze doelstelling beter kan bereiken en zal ik de functie ter beschikking stellen' (Verenigingsnieuws, 1999a).

Ligthart noemde een waslijst aan activiteiten (zie kader). Opvallend daarin is de genoemde noodzaak van een discussie over het zelfstandig blijven van het specialisme. Bij het ontstaan van een nieuwe vereniging voor klinisch gerieters zou men niet verwachten dat dat bovenin de lijst met plannen zou staan. In de tweede vergadering van de jonge vereniging in mei 1999 kwam dit punt niet expliciet aan de orde. Wel deed het bestuur verslag van activiteiten in het kader van de opbouw van de vereniging. Het ging daarbij om het beleidsplan, het PR-plan, het secretariaat, de website, de eindredactie van het verenigingsnieuws in het TGG en het logo. Voor de leden waren de kwaliteit van herregistratie en het reglement voor visitatie van niet-opleidingspraktijken de belangrijkste aandachtspunten (Verenigingsnieuws, 1999b). De redacteur voor het verenigingsnieuws werd gevonden in de persoon van C.J. (Kees) Kalisvaart (*1958) (Verenigingsnieuws, 1999c). Vol onbeantwoorde vragen ging de NVKG het volgende millennium in.

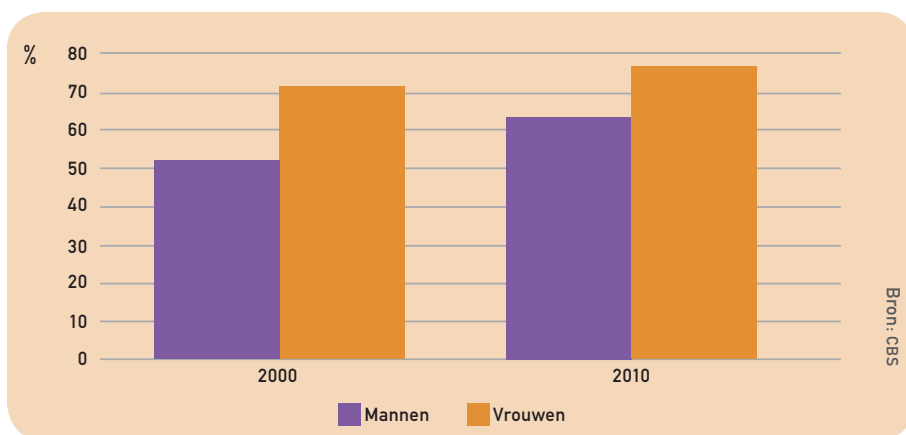


VII

DE EENENTWINTIGSTE EEUW

DUBBELE VERGRIJZING

Volgens alle prognoses zal de vraag naar gezondheidszorg voor ouderen in de eenentwintigste eeuw sterk toenemen. In 2011 bereikten de eersten van de babyboomgeneratie uit 1946 en volgende jaren de leeftijd van 65 jaar. De komende decennia neemt de grijze druk sterk toe; van 27% in 2012 naar 51% in 2040. De grijze druk geeft de verhouding aan tussen het aantal 65-plussers en de potentiële beroepsbevolking (20-64-jarigen). In 2012 zijn er nog vier potentieel werkenden op elke oudere, in 2040 is dit afgenomen naar twee potentieel werkenden voor iedere 65-plusser. Na 2040 stabiliseert de grijze druk zich tot 50% in 2060. De kans van een 65-jarige om 80 te worden is het afgelopen decennium sterk gestegen. Dankzij de lagere sterfterisico's bedroeg deze kans voor mannen 63% in 2010. Tien jaar eerder was dat slechts 52%. Bijna een op de vijf mannen van 65 jaar mag verwachten 90 jaar of ouder te worden, dat was een op de negen in 2000. Bij vrouwen is de toename minder sterk, maar hun kans om 80 te worden is nog steeds beduidend groter dan die van mannen (zie afbeelding 11). Met de overlijdensrisico's van 2010 haalt driekwart van de 65-jarige vrouwen de 80 en een derde van de 65-jarige vrouwen kan 90 jaar of ouder worden. Tien jaar geleden was dit nog een kwart (CBS, 2011). Wat betekent dit voor de geriatrie?



11. Kans van een 65-jarige om ten minste 80 jaar te worden (CBS).

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3511-wm.htm>.

Bij het ingaan van de eenentwintigste eeuw ontbrak een gezamenlijke visie van professionals op de ouderenzorg. Met enige regelmaat werd de wens geuit om de gezondheidszorg ingrijpend te veranderen, maar de vraag was hoe? Volgens de Amsterdamse hoogleraar anesthesiologie dr. A. Trouwborst (1949-2004) was en is een belangrijk punt 'de verkokering van de zorg, de superspecialisatie, de verzuiling. Transmurale medische afdelingen met multidisciplinaire teams, verwijderen van schotten tussen cure en care, een andere financiering, zo zou het in de toekomst georganiseerd moeten zijn' (Trouwborst, 2000).

Er waren wel plannen voor alternatieve vormen van behandeling van ouderen. Duursma pleitte voor het onderbrengen van de functies voor de klinische geriatrie en ouderenpsychiatrie in één ziekenhuis in de regio als Acute Geriatrie & Ouderenpsychiatrie. In de overige ziekenhuizen van de regio kon volgens hem worden volstaan met een consultatieve dienst. De sociale geriatrie en de verpleeghuisgeriatrie zouden moeten worden samengevoegd en uitgebreid met een poliklinische functie tot eerstelijnsgeriatrie of Chronische Geriatrie & Reactivering (Duursma, 2000).

OVERHEIDSBELEID

POLIKLINIEKEN EN CONSULTATIEBUREAUS

Het ministerie van vws volgde eerst Duursma's ideeën over geriatrische poliklinieken en liet de mogelijkheden van de oprichting van zulke poliklinieken bij verpleeghuizen onderzoeken. PVDA-staatssecretaris mw. A.M. Vliegenthart (*1958) kon vervolgens meedelen dat er in het veld, om uiteenlopende redenen, geen draagvlak bestond voor geriatrische poliklinieken bij verpleeghuizen. Een belangrijke reden was dat een polikliniek een dermate voorzieningenniveau zou vereisen dat situering in een ziekenhuis uit bedrijfsmatig oogpunt de voorkeur genoot. Wel was er behoefte aan versterking van de poliklinische functie van de geriatrie, maar de opvattingen over de wijze waarop liepen uiteen. De staatssecretaris zou daarover met de beroepsgroepen in gesprek gaan.^{TK53}

Volgens de Algemene Rekenkamer was er behoefte aan consultatiebureaus voor geriatrie met name om informatie over dementie te geven. Geconstateerd werd dat het kennisniveau over dementie bij huisartsen nogal verschilde, met een consultatiebureau zou de voorlichting over dementie te verbeteren zijn. Volgens de staatssecretaris was het noodzakelijk om de samenhang in de taken en verantwoordelijkheden van de geriatrie in Nederland te verbeteren. Daarvoor werd beleid in gang gezet.^{TK54} In de loop van 2003 kwam er echter een nieuw kabinet en een nieuwe minister. Op vragen uit de Tweede Kamer naar het tijdspad met betrekking tot het inrichten van een consultatiebureau voor geriatrie, antwoordde vvd-minister J.F. Hoogervorst (*1956) dat hij daar voorlopig vanaf zag. Er kwam wel een Landelijk Dementie Programma waarin in 2004 een aan-

tal pilots in een beperkt aantal regio's was gepland.^{TK55} In 2005 stonden de consultatiebureaus toch weer op de agenda en kwam het kabinet met plannen voor onderzoek of consultatiebureaus eraan bijdragen dat ouderen langer gezond blijven.^{TK56} Deze vraag werd onderdeel van een ZonMw-programma over ouderenzorg, dat in 2008 werd gelanceerd. Ook de vraag naar de effectiviteit van deze consultatiebureaus moest worden onderzocht.

VERZILVER DE TOEKOMST

Uit onvrede met het kabinetsbeleid inzake de ouderenzorg stelde de Tweede Kamer in 2003 een Themacommissie Ouderenbeleid (TCOB) in. Deze commissie kreeg als taak de toekomstige politieke, maatschappelijke en economische vragen, gerelateerd aan de vergrijzing van de samenleving, in samenhang te inventariseren en te behandelen. De themacommissie zou in elk geval de behandeling van de notitie over het intersectorale ouderenbeleid, die de regering voor het eind van het jaar 2003 had aangekondigd, voor haar rekening nemen. De meest opvallende activiteit van de themacommissie was het organiseren van een Generatieforum 'Verzilver De Toekomst' in 2005. Daar is gedebatteerd over het toekomstige ouderenbeleid aan de hand van vijf thema's: werk en inkomen, wonen en woonomgeving, zorg, welzijn en de integrale aanpak van het ouderenbeleid.^{TK57}

De themacommissie was van mening dat er een minister voor Ouderenbeleid nodig was om vorm te kunnen geven aan een geïntegreerd beleid. Aanbevelingen betreffende de geriatrie waren gericht op deskundigheidsbevordering binnen en buiten het ziekenhuis en aandacht voor geriatrische onderwerpen in opleidingen van bijvoorbeeld huisartsen en welzijnswerkers. Maar ook de positie van het specialisme geriatrie moest worden versterkt. In het generatieforum was aan de orde gekomen dat de geriatrie een duidelijke plaats zou moeten krijgen tussen de andere gevestigde medische gremia. Dit om te voorkomen dat behandeling en medicatie niet op elkaar aansluiten. De commissie pleitte ervoor om ouderen vaker te betrekken bij klinisch wetenschappelijk onderzoek.^{TK58}

NATIONAAL PROGRAMMA OUDERENZORG

Hoewel in de Troonrede bij de begroting voor 2003 al was gesproken over het uitbrengen van een integrale visie op het ouderenbeleid is het kabinet door de politieke ontwikkelingen pas in april 2005 met een beleidsvisie gekomen getiteld 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing'. Na het verschijnen van het rapport van de themacommissie formuleerde cda-staatssecretaris mw. C.I.J.M. Ross-van Dorp (*1957) in 2007 een aantal actiepunten waaronder het starten van een programma ouderenzorg. Doel van dit programma was de samenhang in de ouderenzorg te stimuleren en kennis te vergaren en te verspreiden. Het zou vooral aandacht geven aan ketenzorg voor ouderen met meer-

dere aandoeningen en voor mensen met dementie, naast versterking van de eerste lijn door verbinding tussen huisartsen en verpleeghuisartsen.^{TK59} Heel snel ging het allemaal niet. In 2008 constateerde Tweede Kamerlid mw. dr. A.C. Kant (*1967) dat de Kamer een jaar lang had moeten wachten op het debat over het ouderenbeleid. Onderzoek was dringend gewenst. Zij verwees daarvoor naar de oratie van hoogleraar klinische geriatrie Olde Rikkert die vaststelde dat ‘de zorg voor kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen wetenschappelijk gezien nattevengerwerk is en onder de maat.’ Zij vond dat geriatrie een vast onderdeel moest worden van de opleidingen in de zorg en dat er meer geriateren moesten komen. En zij vroeg naar de voortgang van het ZonMw Programma Ouderenzorg.^{TK60} Inmiddels was er weer een nieuw kabinet en een nieuwe staatssecretaris, ditmaal van de PvdA in de persoon van mw. dr. M. Bussemaker (*1961).

Het ministerie voor vws baseerde de aanvraag voor het Programma Ouderenzorg op adviezen van de RGO en de Gezondheidsraad (GR). De RGO adviseerde om het onderzoek te richten op *frailty*, co-morbiditeit en beperkingen, op de wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen voor medici en verpleegkundigen en op de organisatie van de geriatrische zorg. De GR constateerde dat de gezondheidszorg in Nederland onvoldoende is ingericht op de medische en verpleegkundige zorg voor ouderen met multimorbiditeit. Om dat te verbeteren was tijdige signalering, betere regie over de behandeling en zorg, specialistisch advies door de tweede lijn en toepassing van geriatrische kennis in de kliniek gewenst.

In het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) zijn vervolgens drie kern-elementen opgenomen: effectievere diagnostiek, experimenten om geriatrische zorg vorm te geven en ontwikkeling van kennis en brede verspreiding van deze kennis.^{TK61} Het kabinet stelde 80 miljoen euro voor het NPO ter beschikking. Het was de bedoeling dat de acht UMC's geriatrische netwerken zouden opzetten waarbinnen zorgexperimenten konden plaatsvinden die tot vernieuwing zouden leiden. Uit het veld kwamen direct al kritische geluiden. In *Medisch Contact* werd erop gewezen dat het eerdere Stimuleringsprogramma Geriatrische Netwerken uit 1996 op niets was uitgelopen en dat alleen ‘als alle (veld)partijen hun belangen ondergeschikt maken, streven naar samenwerking in plaats van marktwerking’ innovatie een kans zou maken (Koopmans & Schers, 2008).

In het kader van het NPO is desalniettemin een groot aantal projecten uitgevoerd. Bijvoorbeeld in Nijmegen heeft het project Zorg voor Ouderen en Welzijn Netwerk Nijmegen (ZOWEL NN) gelopen (2008-2011). Hoogleraar klinische geriatrie Olde Rikkert was projectleider en penvoerder. Van belang voor het welslagen was dat er al samenwerking bestond in de regio Nijmegen. Het ZOWEL netwerk kon voortbouwen op het Regionaal Netwerk Dementie Nijmegen, wat

organisatie, probleemformulering, inspraak van de doelgroep en projectvoorbereiding vergemakkelijkte. Meer details over de afdeling geriatrie in het Radboud UMC zijn te lezen in het interview met Marcel Olde Rikkert op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

VALPREVENTIE

Het kabinet was vooral bezorgd over het toenemen van de kosten van de gezondheidszorg. Het vallen van ouderen werd als een belangrijke kostenpost gezien. Om te zien of er wat aan de kosten te doen was, liet het ministerie van vws in 2004 een onderzoek uitvoeren naar de kosteneffectiviteit (doelmatigheid) van een aantal preventieve interventies waaronder de preventie van een heupfractuur door het dragen van heupbeschermers. Verwacht werd dat zo'n interventie binnen vijf jaar kosteneffectief of zelfs kostenbesparend zou kunnen zijn. Het onderzoek werd uitgevoerd door het RIVM dat als volgt over valincidenten rapporteerde, gebruikmakend van de Richtlijn valpreventie van de NVKG (Vijgen et al., 2005).

OMVANG VAN HET GEZONDHEIDSPROBLEEM

Heupfracturen vormen, vooral bij ouderen, een groot gezondheidsprobleem met hoge kosten. In Nederland breken jaarlijks ongeveer 15.000 ouderen een heup, meestal ten gevolge van een val. Hiervan overlijdt bijna 25% binnen een jaar na het oplopen van de fractuur en nog eens 25% blijft permanent invalide. In 1999 overleed 6,5% van de vrouwen en 11,1% van de mannen tijdens de ziekenhuisopname na een heupfractuur (CBO, 2002). Als gevolg van de vergrijzing zal het aantal valincidenten en daarmee het aantal heupfracturen in de toekomst in absolute zin toenemen.

INTERVENTIE

Er zijn verschillende strategieën om het aantal heupfracturen te verminderen: het voorkómen van vallen, het versterken van botten (door middel van hormonen of supplementen) en het verminderen van de druk op de heup bij een val (door middel van externe heupbeschermers). Er zijn twee vormen van externe heupbescherming mogelijk, de 'harde' (energieomleidende) heupbeschermer en de 'zachte' (energie-absorberende) heupbeschermer. Het is aangetoond dat de externe heupbeschermer een effectieve interventie is om heupfracturen te voorkomen.

VOORLICHTING

Volgens het kabinet moest preventie mogelijk zijn door aandacht voor de leefomgeving en door risicobewustzijn bij ouderen zelf. Met een aantal gerichte campagnes, zoals «Halt u Valt», wilde het kabinet de preventie verbeteren. De individuele gezondheidswinst van preventie is immers groot.

*Bron: Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 29 389, nr. 5.
NVKG (2004). Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen.
Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications B.V.*

DE POSITIE VAN DE KLINISCHE GERIATRIE

De positie van de klinische geriatrie binnen het zorgbestel was zwak en onduidelijk, ondanks de spilfunctie van de klinisch geriater in de medische behandeling van oudere patiënten. In het algemeen was het specialisme onvoldoende bekend bij verwijzers en beleidsmakers in de ouderenzorg en als er iets over in de media kwam, was dat vaak negatief. De voorzitter van de cso, J. Sturkenboom, ventileerde bijvoorbeeld als zijn mening dat de territoriumdrift tussen de verschillende disciplines in de geriatrie een goede netwerkvorming belemmerde (Verschuur, 2003). Een brief van de NVKG om dat te weerleggen, waarin de NVKG schreef dat het beleid erop gericht was om samenwerking te zoeken met de partners in de ouderenzorg (ook om een betere onderhandelingspositie te bereiken tegenover overheid en zorgverzekeraars), maakte weinig indruk.⁶⁰³ Cso constateerde dat ouderengeneeskunde nauwelijks op de politieke agenda stond, alles draaide om de mondige en vitale oudere, het 'Zwitserlevengevoel'.

Professor Sipsma beaamde dat de verschillende geriatrische netwerken in elkaar waren gezakt, samenwerken was lastig, daarbij speelden ook problemen met vergoedingen. Volgens hem had vws het erbij laten zitten: 'er gebeurde niets, ondanks alle toezeggingen [...]. In elke regio zou laagdrempelige zorg komen, met een geriatrische afdeling in een groter ziekenhuis. Van al die afspraken is vrijwel niets gerealiseerd' (Verschuur, 2003). De geringe samenwerking tussen de medische beroepsgroepen in de ouderenzorg - verpleeghuisartsen, sociaal geriater, klinisch geriater en ouderenpsychiater - was bekend bij het ministerie van vws. In de nota 'Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid' deelde de staatssecretaris van vws mee dat zij het initiatief had genomen tot een gezamenlijk gesprek over de taakinvulling. Van de medische beroepsgroepen werd gevraagd om een plan te maken hoe te komen tot een samenhangend pakket aan medische geriatrische zorg.^{TK56}

Met name de hoogleraren Slaets en Westendorp uitten in de pers regelmatig

hun ongenoegen over de organisatie van de ouderenzorg en de rol van de klinisch geriater daarin. Slaets was sinds 1999 hoogleraar Ouderengeneeskunde aan de ru Groningen en prof. dr. R.G.J. (Rudi) Westendorp (*1959) bekleedde sinds 2000 deze leerstoel in Leiden. In zijn oratie had Slaets al gesteld dat de specialistische medische zorg voor oude mensen verbeterd moest worden. Volgens hem vereiste dat een andere manier van werken en denken, waarbij geriaters over de grenzen van hun eigen specialisme moeten heenkijken. Hij bekritiseerde de situatie waarin volgens hem al gedurende vijftien jaar strijd was gevoerd over 'de bedden' voor oudere patiënten in ziekenhuizen (Slaets, 1999).

Westendorp zag oude mensen als de eerste slachtoffers van het gezondheidszorgsysteem van de 21e eeuw dat werd opgezet rond (super)specialistische beroepsbeoefenaren. Daarin pasten klachten als vallen of verwardheid niet. Het resultaat was dat tegelijkertijd allerlei diagnostische en behandeltrajecten werden ingezet waarbij onduidelijk was bij wie van de artsen de eindverantwoordelijkheid lag (Westendorp, 2006). Een schrijnend voorbeeld uit de praktijk beschreef verpleeghuisarts A.A. (Bert) Keizer (*1947), het was de opname van zijn 87 jaar oude vader. In de twaalf dagen dat zijn vader in het ziekenhuis lag, was hij gezien door vijf verschillende specialisten en was hij van een oude zieke man veranderd in een lichamelijk en geestelijk wrak. Keizer liet zijn vader overplaatsen naar een ander ziekenhuis met een geriatrische afdeling. De geriater 'deed mijn vader zijn gebit in, ging op zoek naar zijn bril, maakte de glazen schoon, nam de moeite zijn gehoorapparaat in positie te frommelen, ging bij hem zitten en vroeg hem wat hij eigenlijk wilde. Mijn vader zei dat hij met rust gelaten wilde worden. Hij kreeg wat morfine tegen de benauwdheid en stierf drie dagen later in alle rust' (Keizer, 2006).

Recent wordt echter nog steeds opgemerkt dat veel medische problemen die kwetsbare oudere mensen thuis ervaren, een gevolg zijn van de versnippering van de medisch specialistische zorg of van onvoldoende voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis (Huijsman, 2013). Professor Olde Rikkert noemt het 'de behandelstand' van de artsen. Hij zegt: 'Het gaat er om dat je meer naar mensen moet willen kijken. Sommige specialisten denken nog steeds dat ze ouderen wel integraal zelf kunnen behandelen. Maar zij stellen niet de vraag "zou je wel echt starten met die behandeling", zij zitten nog in de sfeer van "wij zijn er om levens te redden"' (Olde Rikkert, 2014).

De woorden van prof. dr. G.J. Blauw (*1959), de in 2014 in Leiden benoemde hoogleraar Ouderengeneeskunde, in zijn oratie zijn in deze niet bemoedigend. Hij vraagt zich af waarom 'de specialistische behandeling van mensen boven een arbitraire leeftijdsgrens' primair in handen zou moeten liggen van geriaters. Hij stelt dat 'ook oude en heel oude mensen recht hebben op hoog gespecialiseerde medisch specialistische zorg van bijvoorbeeld nefrologen, neurologen, cardiologen, reumatologen, orthopeden, oncologen, hartchirurgen' maar dan

wel in een multidisciplinaire benadering. Zijn argument was dat het onmogelijk is 'om het gehele gebouw van de moderne geneeskunde op specialistisch niveau te overzien, ook of zeker wanneer de patiënt oud is en aan meerdere aandoeningen tegelijk lijdt' (Blauw, 2014). De vraag is dan hoe de multidisciplinaire benadering georganiseerd zou moeten worden, komt de klinisch geriater er dan aan te pas? Men kan niet voorbijgaan aan de feiten dat oudere kwetsbare patiënten tijdens een ziekenhuisverblijf een verhoogde kans hebben op complicaties zoals infectie, ondervoeding, delier, doorligwonden, een valpartij of bijwerkingen van medicatie.

SENIORVRIENDELIJK ZIEKENHUIS

Van alle opgenomen oudere patiënten gaat 15-50% het ziekenhuis slechter uit dan ze er in kwam, dat gaat om 50.000-165.000 mensen per jaar (Huijsman, 2013). Hetzelfde zei Kalisvaart, klinisch geriater in het Kennemer Gasthuis in Haarlem, in een uitzending van het tv-programma Zembla (Zembla, 2014). De belangrijkste risico's voor oudere patiënten in het ziekenhuis zijn het krijgen van een delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen. Na een delier overlijden patiënten sneller en een patiënt heeft 12x zo veel kans om dement te worden. Het is dus belangrijk om bij elke patiënt op tijd te herkennen hoe groot de risico's zijn en passende acties te ondernemen. Kalisvaart is in 2005 gepromoveerd op het voorkómen van delier. Hij heeft in zijn ziekenhuis een eenvoudige methode ontwikkeld om het delierrisico in kaart te brengen. Goede zorg, frequente controle en lichte medicatie met Haldol kan de kans op delier doen afnemen tot nog maar 20%. Het kan, maar het gebeurt nog te weinig. Kalisvaart zelf schreef: 'nu mijn studie is afgerond, is er in het ziekenhuis [Medisch Centrum Alkmaar] geen geld meer voor die extra zorg. Ik deed het in mijn vrije tijd, en de verpleegkundige is nu op een andere plek ingezet. Nu we zijn gestopt, zien we het aantal delieren weer omhoog gaan. Het is weer minstens twee keer zo veel' (Kalisvaart, 2005).

Om kwaliteit van zorg te bevorderen hebben in 2013 verschillende ouderenbonden het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis ontwikkeld voor ziekenhuizen die zijn aangepast aan de wensen en behoeften van ouderen. De ziekenhuizen moeten voldoen aan een vijftiental criteria op het gebied van organisatie van zorg, beleid en fysieke omgeving. Tot de criteria behoort de inzetbaarheid van een geriatrieteam dat minimaal bestaat uit een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, een geriatrieverpleegkundige en op consultbasis een geriatrie-fysiotherapeut (de Booys et al., 2013). Bovenaan de lijst met vijftien kwaliteitsaspecten staat 'Screening op geriatrische problemen' waaronder (verhoogd risico op) delirium, (verhoogd risico op) vallen, (verhoogd risico op) ondervoeding en bestaande fysieke beperkingen. Het aantal ziekenhuizen in Nederland met het keurmerk neemt snel toe.

GEHEUGENPOLIKLINIEKEN

In 1986 zijn door psychiater prof. dr. F.R.J. (Frans) Verhey (*1955), de latere hoogleraar Ouderenpsychiatrie en Neuropsychiatrie aan de Universiteit Maastricht, geheugenpoliklinieken opgericht in Maastricht en Tilburg. Voor die tijd was het model al bekend uit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië (van der Cammen et al., 1987). Tischa van der Cammen vertelt in het interview dat wij met haar hadden, hoe zij in Londen in 1983 de eerste *memory clinic* ter wereld opzette. Toen zij in 1987 in Rotterdam kwam werken, startte zij in het Dijkzigt ziekenhuis een geheugenpoli.

Vanaf het begin was de belangstelling van patiënten voor de geheugenpoli groot en het aantal geheugenpoli's nam toe. In 1998 waren er twaalf, in 2004 was het aantal al gestegen tot veertig. Het aantal patiënten is in die periode vervijfvoudigd van 1700 in 1998 tot 8000 in 2004. Bij 62% van hen werd de diagnose dementie gesteld. Anno 2015 geeft de website <http://www.geheugenpoli.com/> 119 adressen van geheugenpoli's.

Geheugenpoli's zijn verbonden aan een algemeen of academisch ziekenhuis. Kenmerk van een geheugenpoli is het multidisciplinaire team dat zich bezighoudt met de vroege diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met cognitieve stoornissen, vooral de vroege stadia van dementie. Kerndisciplines van de geheugenpoli zijn neurologie, klinische geriatrie, psychiatrie en neuropsychologie. Met de introductie van antidementie-middelen in 1998 kwamen er medicamenteuze mogelijkheden om symptomen van geheugenstoornissen en bijkomende klachten een periode lang te stabiliseren of te verminderen. Tegelijkertijd kwam er behoefte aan een grotere uniformiteit in gehanteerde diagnostische criteria en beoordelingsschalen (Verhey, 2000). Het in 2000 door het College voor Zorgverzekeringen gepubliceerde behandelprotocol voor de ziekte van Alzheimer heeft daaraan bijgedragen en de groei van het aantal geheugenpoli's gestimuleerd (Verhey et al., 2007).

Klinisch geriaters zijn steeds actief betrokken geweest bij het onderzoek naar dementie en de bijdrage die geheugenpoli's leveren aan de behandeling van patiënten. Ervaringen op de geheugenpoli van het Doetinchemse Slingelandziekenhuis lieten al in 2000 het grote belang zien van een duidelijke diagnose en gerichte adviezen. Betrokkenen kunnen geheugen- en gedragsproblemen dan beter begrijpen hetgeen de acceptatie bevordert. Als er therapeutische mogelijkheden zijn, kunnen die in een vroeg stadium worden ingezet (Schölzel-Dorenbos, 2000). Op de Nijmeegse afdeling geriatrie van het Radboud UMC en

het Radboud Alzheimer Centrum is dementie een speerpunt. Zij werken samen met een groot aantal klinisch gerieters in de wijde regio. Uit recent door deze groep gepubliceerd onderzoek komt naar voren dat geheugenpoli's belangrijk zijn bij het stellen van de diagnose, maar dat in het vervolgtraject de patiënt even goed door de huisarts als door de geheugenpoli kan worden behandeld en begeleid (Meeuwssen et al., 2013).

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Onderzoek van ouderen moest een speerpunt worden in het eerste decennium van de eenentwintigste eeuw. De RGO constateerde dat onderzoek van enige omvang naar de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor ouderen en de organisatie van de zorg ontbrak en deed de volgende vier aanbevelingen:

- 'Includeer, waar mogelijk, ouderen in "regulier" klinisch onderzoek;
- stimuleer en ondersteun initiatieven tot onderzoek in de praktijk;
- concentreer het onderzoek op de volgende drie onderzoeksterreinen: de medische zorg aan kwetsbare ouderen met multiple problematiek, richtlijnen voor aandoeningen bij ouderen, organisatie van zorg;
- concentreer het onderzoek in samenwerkingsverbanden van praktijk- en onderzoeksinstituten' (RGO, 2004:8).

Om dit te realiseren noemde de NVKG een aantal punten: vorm academische expertisecentra voor geriatrie met een vaste kern van stafleden voor de coördinatie van het onderzoek met daaromheen een netwerk van perifere geriatrische klinieken, zodat de kwetsbare ouderen toch in een ziekenhuis dichtbij huis kunnen worden behandeld. De onderzoeksagenda zou samen met de NVKG moeten worden opgesteld. De aanwezigheid van hoogleraren klinische geriatrie in de universitaire medische centra was eveneens van essentieel belang voor de opleiding. In de basisopleiding van artsen moest aandacht aan de medische zorg voor ouderen worden besteed en elke arts zou een coschap geriatrie moeten hebben gevolgd.^{NO7A}

Behalve de RGO bracht ook de Gezondheidsraad een rapport uit getiteld *Ouderdom komt met gebreken; geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* (2008) waarin 'de beroepsbeoefenaren binnen een bepaalde regio (w.o. huisartsen, verpleeghuisartsen, klinisch gerieters, internisten ouderenzorg, ouderenspsychiaters) én de organisaties (ziekenhuizen, apothekers, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, GGZ-afdelingen ouderenzorg) werden opgeroepen om samen met elkaar en met de verzekeraars tot regionale

afspraken te komen over de inhoud en organisatie van zorgtrajecten voor ouderen met complexe problematiek' (Schols, 2008:30).

STERKE MEDISCHE ZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN

Onder leiding van de KNMG werd een stuurgroep medische zorg voor ouderen gestart.^{no8} Bij het KNMG project 'Toekomst Medische Ouderenzorg' was de NVKG uitgebreid betrokken. Regelmatig vroeg het bestuur om actieve leden voor dit en 'nog vele andere projecten waar onze vereniging de belangen van de leden en onze patiënten moet vertegenwoordigen.'^{no9} Onder de titel *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen* heeft de KNMG samen met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen in 2010 een standpunt ouderenzorg geformuleerd (KNMG, 2010; Huijsman & Wesseling, 2010). De ontwikkeling van de ouderengeneeskunde en -zorg kwam daarmee weer volop in de aandacht. In dit stuk staat de huisarts in de eerste lijn centraal en een klinisch geriater of een medisch specialist met aantekening 'ouderengeneeskunde', in de tweede lijn. Critici meenden dat de KNMG een tunnelvisie ontwikkelde, omdat alleen naar de medische kant van de ouderenzorg was gekeken en de verpleeghuisgeneeskundige zorg en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg in het rapport ontbraken (van den Heuvel & Olaroiu, 2010).

Onderzoek van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) naar de visie van huisartsen over de samenwerking met klinisch geriaters leverde de interessante uitkomst dat zij vooral onbegrepen achteruitgang in de gezondheid, delier, cognitieve stoornissen, mobiliteitsproblemen en combinaties van deze problemen als belangrijke indicaties zien voor verwijzing naar een klinisch geriater. Huisartsen zien de meerwaarde van het geriatrisch model en waarderen de multidisciplinaire werkwijze en coördinatie van de klinisch geriater. Zij willen wel zelf, zowel vóór als na een ziekenhuisopname, het centrale aanspreekpunt en de hoofdbehandelaar zijn voor de kwetsbare ouderen. Mantelzorgers waarderen het dat er één contactpersoon is in het ziekenhuis en dat klinisch geriaters gericht zijn op het behoud of herstel van de zelfredzaamheid (Schepman & Heiligers, 2009; Schepman et al., 2011).

INS&OUDS

Bij wetenschappelijk onderzoek op het gebied van ouderen gaat het steeds meer om een geïntegreerde aanpak. De laatste jaren is het aantal onderzoeken, publicaties en promoties flink gegroeid. Dat is mede de aanleiding geweest dat in 2013 de NVKG een nieuw tijdschrift, *Ins&Ouds, Tijdschrift voor Geriatrie*, heeft gelanceerd met als doel de klinisch geriater en de aios klinische geriatrie te informeren over het wetenschappelijk werk van Nederlandse geriaters. *Ins&Ouds* verschijnt viermaal per jaar en besteedt verder aandacht aan onderwijs, kwaliteit, historie en congressen.

WETENSCHAP EN KWALITEIT

Begin 2014 is een werkgroep van klinisch geriateren en internisten ouderengeneeskunde gestart met het project 'NVKG - Wetenschap en kwaliteit'. Doel van dit project is het opstellen van een wetenschapsagenda met een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten en een plan van aanpak om die via wetenschappelijk onderzoek in te vullen. Een inventarisatie waarbij onder andere leden van de NVKG, de NIV Sectie Ouderengeneeskunde, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars onderwerpen konden aanleveren, resulteerde in circa 135 onderwerpen waarvoor meer wetenschappelijk onderzoek zou kunnen leiden tot effectievere zorg. Na prioritering op onderzoekbaarheid/haalbaarheid, relevantie (ernst, prevalentie, kosten), urgentie en de impact op vakgebied en maatschappij kan onderzoek worden opgezet.

BEHOEFTERAMING

Behoefteramingen medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en de daarbij behorende instroom behoort vanaf 1999 tot de taken van het Capaciteitsorgaan dat destijds werd opgericht door veldpartijen in de zorg. Eind 2000 bracht het Capaciteitsorgaan voor het eerst adviezen uit. Er bestonden toen over een brede linie (grote) tekorten aan specialismen.

Voor klinische geriatrie werd voor 2003 een instroom geadviseerd van 14 aios bij een verwachte uitstroom van eveneens 14 aios. De verwachting was dat voor een evenwicht in vraag en aanbod rond 2020, nog tot ongeveer 2015 geen instroom in de opleiding nodig zou zijn. Het Capaciteitsorgaan gaf daarvoor als verklaring dat het een relatief jong specialisme is qua leeftijdssamenstelling met een groot aantal aios tegelijk in opleiding. Maar 'omdat het specialisme nog sterk in ontwikkeling is', werd toch aangeraden de instroom van de voorgaande jaren aan te houden (Capaciteitsorgaan, 2003). In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de cijfers van het Capaciteitsorgaan.

	1985	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010	2013
Geregistreerde klinisch geriateren (% vrouwen)	18	54	86					137 (61)	174 (64)	210 (69)
Werkzame klinisch geriateren			79					107		
Instroom aios			11	0	19	13	19			26-30
Totaal aantal aios			63	62	64	69	64	71		

Tabel 4. Overzicht klinisch geriateren en aios

In opdracht van de NVKG voerde het NIVEL een behoefte­raming klinisch geriaters uit voor de periode 2004-2015/2020. Hieruit bleek dat er grote regionale verschillen bestonden en dat de geriatri­sche behandel­methode slechts in 60% van de ziekenhuizen beschikbaar was. Afhankelijk van het gebruikte model was een geringe (29) tot forse (468) uitbreiding van het aantal klinisch geriaters nodig, met als aannemelijke uitkomst 391 werkzame klinisch geriaters in 2020. Bij de bestaande vraag en op basis van de demografische ontwikkeling zou sprake zijn van een groei van 22% in 2015. Uitgaande van een scenario waarbij meer huisartsen patiënten naar een geriater verwijzen, werd verwacht dat de vraag met 50% zou gaan stijgen. Er was dus veel meer opleidingscapaciteit nodig. Deze getallen zijn gebruikt om bij het Capaciteitsorgaan uitbreiding van het benodigde aantal opleidingsplaatsen te beargmenteren.^{N05-06}

Overigens wees de Themacommissie Ouderenbeleid in haar rapport 'Lang zullen we leven!' erop dat het niet per se noodzakelijk was dat elk ziekenhuis een geriater heeft. Belangrijk was deskundigheidsbevordering en meer aandacht voor geriatrie in opleidingen van andere beroepsgroepen.^{TK62}

Voor de klinische geriatrie werd in 2005 besloten de instroom voorlopig op 19 te handhaven, waarmee het specialisme met 43% zou toenemen. Bij een instroom van 19 zouden er zowel in 2010 als in 2015 92 aios in opleiding zijn. Dat was eigenlijk te weinig, want de raming was dat er in 2016 199 fte's klinisch geriaters nodig zouden zijn, terwijl er naar verwachting 188 fte's beschikbaar kwamen. In 2020 zou het tekort zijn opgelopen tot 26 (benodigd 242 fte's - beschikbaar 216 fte's). Het was een 'voorlopig' besluit, want het Capaciteitsorgaan veronderstelde dat 'de komende jaren de positionering van het vak duidelijker zal worden' en wees op de ontwikkeling van klinische geriatrie in relatie tot interne geneeskunde (aandachtsgebied ouderengeneeskunde) en andere specialismen, die sterk in omvang toenamen (Capaciteitsorgaan, 2005).

In 2005 werd geconstateerd dat het totaal aantal werkzame specialisten voortdurend toenam en het aantal 'jongere' specialisten, waaronder klinische geriatrie, een sterke relatieve groei vertoonde. Vws had behoefte aan een samenhangende beleidsvisie en heeft onderzoek laten doen. De onderzoekers meenden dat meer dan een vijfde van de instroomcapaciteit op termijn niet langer nodig zou zijn. Dat zou betekenen dat de instroom klinische geriatrie met 24% kon afnemen. Dit zou consequenties hebben voor het aantal erkende opleidingsinstellingen waarvan de klinische geriatrie er 15 had per augustus 2006 (Varkevisser et al., 2006). Dit advies heeft voor de klinische geriatrie geen gevolgen gehad. In de periode 2000-2007 nam het totaal aantal medisch specialisten toe met 2.600. Dit was een toename van 20%, ofwel van 3% per jaar. De klinisch geriaters groeiden met 76%. Het Capaciteitsorgaan verwachtte dat het specialisme de daaropvolgende jaren sterk zou blijven groeien, want 'het is aannemelijk bevonden dat de klinisch geriaters gaan voorzien in de behoefte aan goede

diagnostiek en advisering ten behoeve van de huisarts' (Capaciteitsorgaan, 2008:274).

Het Capaciteitsorgaan vroeg zich af hoe de medische ouderenzorg zich zou gaan ontwikkelen. Van verschillende kanten kwamen er ideeën en nieuwe modellen. De verpleeghuisartsen stelden in een strategisch plan dat zij de doelgroep wilden gaan bedienen ongeacht de locatie (NVVA, 2008). De huisartsen wilden op landelijk niveau de regie nemen en de internisten hadden in 2004 het aandachtsgebied ouderengeneeskunde ingesteld. In opdracht van het Capaciteitsorgaan is vervolgens een scenariostudie uitgevoerd getiteld *Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden* (STG, 2007). Deze studie liet specialismen als klinische geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde binnen bepaalde scenario's verdwijnen, dan wel in een nieuwe gedaante herrijzen. Volgens het Capaciteitsorgaan waren dat soort ontwikkelingen bepaald niet denkbeeldig. De medische ouderenzorg was duidelijk sterk in beweging.

Een nieuwe inventarisatie door het NIVEL in 2008 liet zien dat uitbreiding van de opleiding klinische geriatrie nodig bleef. Het NIVEL-rapport *Arbeidsmarkt Klinisch Geriaters* adviseerde in 2010 de opleidingscapaciteit uit te breiden naar 30 aiOS per jaar. In het nieuwe meerjarenplan van het Capaciteitsorgaan werd het aantal instroomplaatsen voor de klinische geriatrie gesteld op een minimum van 27 en een maximum van 31. Werving en behoud van goede aiOS werd daarmee nog belangrijker. De NVKG wilde de bekendheid en kwaliteit van de opleiding vergroten en constateerde dat de uitval van aiOS minder leek indien er tevoren een coschap of anios-schap was gevolgd.^{N10}

Het aantal ziekenhuizen met klinische geriatrie nam rond 2010 sterk toe. Mede door het VMS Veiligheidsprogramma programma 'Kwetsbare ouderen' werd een duidelijk ouderenbeleid voor alle ziekenhuizen belangrijk. Er ontstond een groot aantal vacatures voor klinisch geriaters in algemene ziekenhuizen. Wel nam het aantal geriaters werkzaam in de GGZ relatief af. Een van de redenen van deze afname was de onduidelijkheid rond financiering. Over de ontwikkelingen in de GGZ heeft Carien van Rijn een stuk geschreven dat is te lezen op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

Het Capaciteitsorgaan hield rekening met een sterke toename van wat heet de 'demografische verandering in de zorgvraag', die voor klinisch geriaters tussen 2012 en 2022 elke vijf jaar met 10% zou groeien. Ook het aantal specialisten ouderengeneeskunde zou moeten toenemen, maar het Capaciteitsorgaan stelde vast dat er sinds 2010 nauwelijks specialisten ouderengeneeskunde bij waren gekomen. De geadviseerde instroom in de opleiding was sinds 2006 niet meer gerealiseerd door gebrek aan inschrijvingen. De opleidingsinstellingen, opleidingsinstituten, KNMG en Verenso wilden dit gaan verbeteren (Capaciteitsorgaan, 2013). Het aantal opleidingsplaatsen voor klinisch geriaters nam toe van 23 in 2011 naar 31 in 2012. Met de nieuwe erkenning van het Catharina Zie-

kenhuis en GGZ Eindhoven waren er in 2012 twaalf opleidingsinstellingen voor somatische geriatrie, waarvan drie academisch. Voor het onderdeel geriatrie in de GGZ / ouderenspsychiatrie waren dertien instellingen erkend.

In 2013 behoorde klinische geriatrie samen met kindergeneeskunde, obstetrie en gynaecologie, klinische genetica, radiotherapie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde tot de 7 (van de 27) specialismen met meer dan 50% geregistreerde vrouwen.

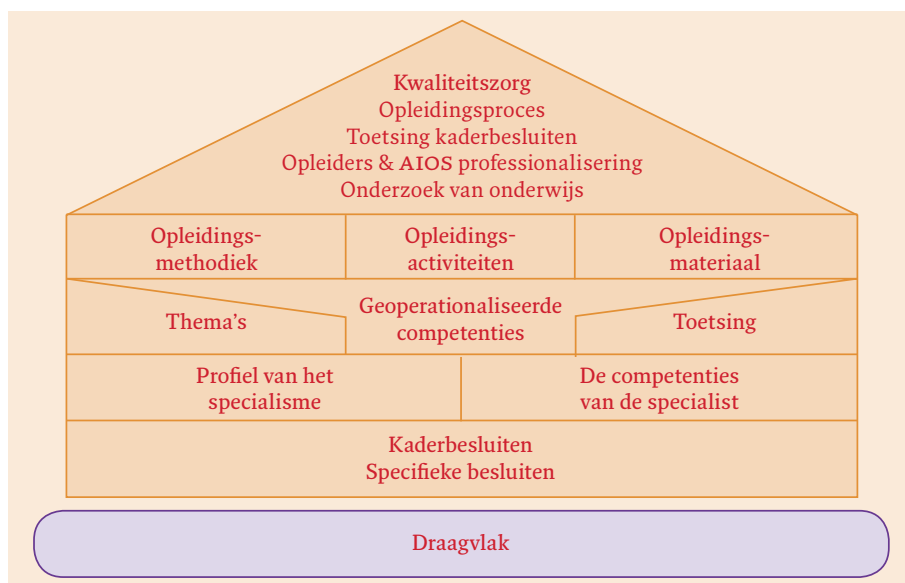
DE OPLEIDING

Dankzij subsidie van het ministerie van vws konden jaarlijks zes extra opleidingsplaatsen worden bekostigd. In 2004 ontving de NVKG subsidie van 34.033,52 euro per opleidingsplaats in zes ziekenhuizen (UMC Utrecht, UMC Rotterdam, Jeroen Bosch Ziekenhuis, GGZ regio Oss, PCN Maria Mackenzie Nijmegen en Altrecht Zeist).^{BO4}

In 2006 waren er 130 geregistreerde klinisch geriaters en 100 arts-assistenten die de vijfjarige opleiding volgden. Het nog jonge aandachtsgebied 'ouderengeneeskunde' bij de interne geneeskunde bestond twee jaar en telde toen vier opleiders, twintig retrograad erkende internist-ouderengeneeskundigen en acht arts-assistenten die de zesjarige opleiding volgden (MC, 2006a).

Het bleek nodig om de opleiding voor klinisch geriaters onder de loep te nemen want relatief veel aios stopten vroegtijdig met hun opleiding. In het overzicht van uitvalspercentages per specialisme stond de klinische geriatrie op 19,4 %. Uit een enquête van de VAKG onder acht aios die in 2006 en 2007 de opleiding verlieten, kwamen zeer uiteenlopende antwoorden. De VAKG pleitte voor een verplicht coassistentschap klinische geriatrie, zodat meer bekendheid met het vak kon ontstaan en de keuze voor deze opleiding gegrond kon worden gemaakt (Boompkamp-Snoeren & Hamaker, 2009). De vernieuwing werd een taak voor de Projectgroep Opleidingsvernieuwing Klinische Geriatrie (POKG) die in 2008 een goedgekeurd vernieuwd opleidingsplan kon presenteren. De POKG had het plan gemaakt onder verantwoordelijkheid van de Commissie Onderwijs en Wetenschap (COW) en het Concilium Geriatricum, in opdracht van het bestuur van de NVKG. De aios hadden er commentaar op kunnen geven. Vaststelling vond plaats na consultatie van de VAKG en van de ledenvergadering van de NVKG op 28 september 2007. Afbeelding 12 is een schetsmatige weergave van het opleidingsplan.

In het nieuwe opleidingsplan werd de opleidingsduur als volgt omschreven: 2 jaar vooropleiding interne geneeskunde, 1 jaar geriatrie in de GGZ /Ouderenspsychiatrie en 2 jaar somatische geriatrie. Binnen de 3-jarige vervolgopleiding is ruimte voor 6 maanden stage die de aios, binnen aangegeven grenzen, naar eigen voorkeur kan invullen. De aios begint de opleiding met ten minste 12 maan-



12. Schetsmatige weergave van het opleidingsplan (2008).

den algemene interne geneeskunde of 12 maanden klinische geriatrie, gevolgd door het resterende deel van de opleiding.

De opleiding werd inhoudelijk opgedeeld in tien thema's waarin de aios zich voldoende dient te bekwamen. Onderscheid is gemaakt tussen aandoeningen met een acuut karakter, een chronisch karakter en psychiatrische aandoeningen. Kijkend naar deze aandoeningen én naar de wijze waarop het vak in de praktijk geordend is (met valpoliklinieken, geheugenpoliklinieken e.a.), is voor deze thema-indeling gekozen. De POKG beschouwde de thematische ordening vooral als een onderwijskundige methodiek om de aios in staat te stellen zich in verschillende fases te bekwamen in het brede kennis- en vaardighedendomein van de klinische geriatrie.

De projectgroep koos voor een transparant, cyclisch en stapsgewijs implementatieplan. Dat betekende dat in 2008 werd begonnen met een aantal workshops voor opleiders en aios om te leren werken met het nieuwe opleidingsplan en de nieuwe toetsingsvormen. In de daarop volgende jaren moesten de Bekwaamheidsverklaringen en de Landelijke Kennistoets worden geïmplementeerd.

De opzet van de POKG is gerealiseerd en terug te vinden in het Besluit klinische geriatrie. Hiervan is op 1 januari 2013 het laatst gewijzigde besluit van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) betreffende de opleidings- en erkenningseisen voor het medisch specialisme klinische geriatrie van kracht geworden. Klinische geriatrie wordt in dit besluit gedefinieerd als 'het specialisme dat zich richt op het voorkomen, herkennen en behandelen van lichame-

lijke en psychische aandoeningen van kwetsbare ouderen, rekening houdend met hun sociale context.' Belangrijk is dat de opleiding gericht is op het bereik van competenties, waarbij de specialisme gebonden competenties in een bijlage bij het besluit zijn opgenomen. De duur en inrichting van de opleiding is conform het NVKG opleidingsplan. De tien thema's zijn eveneens overgenomen uit het opleidingsplan: acute geriatrie; chronische geriatrie; mobiliteitsstoornissen; cognitieve stoornissen; probleemgedrag; functionele psychiatrie; gerontofarmacologie; palliatieve zorg; ethiek, recht, management, onderwijs; wetenschap. Er zijn drie mogelijkheden voor een opleidingsschema klinische geriatrie:

- twee jaar interne geneeskunde en daarna drie jaar klinische geriatrie (2-3);
- één jaar klinische geriatrie en daarna twee jaar interne geneeskunde en vervolgens twee jaar klinische geriatrie (1-2-2);
- één jaar interne geneeskunde en daarna één jaar klinische geriatrie, vervolgens één jaar interne geneeskunde en ten slotte twee jaar klinische geriatrie (1-1-1-2).

Hiermee wordt versnippering van de opleidingsonderdelen voorkomen en gewaarborgd dat de aios het eerste jaar opleiding volgt bij één opleider zodat de aios goed gevolgd en beoordeeld kan worden (CCMS, 2013). Toch bleek uit een enquête van de JNVKG dat relatief weinig studenten voor het specialisme klinische geriatrie kiezen. Een reden kan zijn dat er maar twee faculteiten zijn waar het een verplicht coschap is (Keijsers et al., 2013).

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KLINISCHE GERIATRIE

HET BELEID (2000-2006)

Na de verzelfstandiging van de NVKG leek het aanvankelijk rustig in de vereniging. De hoogleraren Duursma en Sipsma werden in mei 2000 tot ereleden benoemd, er was heugelijk nieuws dat Van der Aa in het Catharina Ziekenhuis kon starten met de functie geriatrie, er werd een symposium in Alkmaar gehouden. Maar het was stilte voor de storm. De discussie over de relatie klinische geriatrie en interne geneeskunde tijdens een ledenvergadering in 2000 gaf te denken. Ligthart had bij zijn aantreden als voorzitter al aangegeven dat de zelfstandigheid van het specialisme op de agenda moest komen. Men wilde nu 'een brede werkgroep' samenstellen om de meningsvorming verder te ontwikkelen. Werd dit een herhaling van zetten? Immers in 1989 was er ook al een commissie ingesteld om dit te onderzoeken. Daarvan had onder andere Elly Bruijns deel uitgemaakt. Zij gaf op deze ledenvergadering een inleiding op het onderwerp. De

andere inleiders waren H.J.J. (Harald) Verhaar (*1959) en Slaets wiens voorkeur voor samengaan met de internisten inmiddels wel bekend was (Verenigingsnieuws, 2000).

De voortgang van de plannen stagneerde echter in 2001 doordat Ligthart overspannen raakte, zelfs het *Verenigingsnieuws* had er onder te lijden. Na enige stilte in 2001 werd mw. C.A. (Carien) van Rijn (*1955) de contactpersoon voor het nieuws. Zij kon berichten dat in 2001 een nieuwe werkgroep was ingesteld, de Werkgroep Klinisch Gerieters in de Psychiatrie (κGiP). H. (Henk) Kruithof (*1960) vertegenwoordigde deze werkgroep in het nvkg bestuur (Verenigingsnieuws, 2002a). Er bestond binnen deze werkgroep behoefte aan een gemeenschappelijke visie. Het ontbreken van een degelijk beleidsdocument werd niet alleen daar, maar ook in het nvkg bestuur als een gemis ervaren. Het was dringend noodzakelijk om een helder beleidsplan te hebben ten einde de positie als gesprekspartner in het zich uitbreidende vakgebied te versterken. Concrete aanleiding voor het formuleren van het beleidsplan was de voorbereiding van een aandachtsgebied ouderengeneeskunde door de niv.

BELEIDSPLAN

In 2002 gaf het nvkg bestuur Plexus Medical Consult de opdracht om ondersteuning te geven bij de visievorming, hetgeen resulteerde in een document dat op 18 juni 2002 in de bestuursvergadering is besproken en op 27 september aan de ledenvergadering is voorgelegd.^{no2} Het rapport van Plexus was gebaseerd op gesprekken met een aantal hoogleraren en klinisch gerieters. De hoogleraren Hoefnagels, Slaets en Westendorp vonden dat de tijd rijp was om 'binnen de interne geneeskunde een academisch opleidingstraject geriatrie' in te richten. Zij hadden daarover al in 2001 een brief geschreven aan het Concilium van de niv, omdat zij zich zorgen maakten over het achterblijven van de academisering van de klinische geriatrie terwijl het aantal geriatrie patiënten tegelijkertijd explosief toenam (Hoefnagels et al., 2001). Vervolgens peilden Slaets en Westendorp in 2002 de interesse van de eur voor geriatrie als aandachtsgebied binnen de opleiding interne geneeskunde. De universiteiten van Groningen en Leiden hadden voor dat model gekozen en er lag al een concept opleidingsschema (Slaets, 2002). Deze hoogleraren zagen vele voordelen van het samengaan met de niv.

De conclusie van het Plexus rapport was duidelijk: 'Plexus adviseert de nvkg om zich aan te sluiten bij internisten. Dit advies is gebaseerd op de zwaarwegende criteria van patiëntenzorg, onderzoek en strategie. [...] Het bestuur van de nvkg adviseert haar leden om, het advies van Plexus overwegende, vergaande samenwerking met de interne geneeskunde te onderzoeken op alle gebieden gedurende de komende periode van 5 jaar. Dit zou kunnen resulteren in een aandachtsgebied klinische geriatrie binnen de inter-

ne geneeskunde mits de identiteit van de klinische geriatrie gewaarborgd is.'

Op de ledenvergadering was de opkomst overweldigend, bijna alle stemgerechtigde leden (91) waren aanwezig. Er werd intensief 'soms zelfs hartstochtelijk' gediscussieerd over het plan. Het was een 'historische bijeenkomst' (Verenigingsnieuws, 2002b). Het resultaat was dat de NVKG besloot om overleg met de NIV te starten om mogelijkheden tot samenwerking te onderzoeken. Volgens de NVKG zou de ouderenzorg binnen het ziekenhuis niet gediend zijn als er twee verschillende ouderenspecialisten werkzaam waren. In ieder geval zou het nodig zijn om daar de taken op elkaar af te stemmen. 'Voor de duidelijkheid willen we benadrukken, dat de uitkomst van de besprekingen geenszins vaststaat', aldus het bestuur. Een belangrijk punt was de functie van de klinische geriatrie in de psychiatrische ziekenhuizen die zich volgens de NVKG krachtig moest profileren. Een ander aandachtspunt was de voorgenomen Federatie die nog niet was gerealiseerd en die steeds verder uit het zicht raakte. De NVKG sprak nu nog alleen over gewenste formele samenwerking met partners in de ouderenzorg (Verenigingsnieuws, 2002c).

TOEKOMSTSCENARIO'S

In dezelfde periode begon het ZonMw-onderzoek 'Toekomstscenario's voor klinische geriatrie in Nederland'. Dit was één van de drie deelprogramma's van het programma 'Ouderenzorg' (1999-2002) dat in 1999 door ZonMw was opgezet met als doel het ondersteunen van activiteiten die een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven voor de oudere mens via een goede kwaliteit van zorg. In het deelprogramma 'Klinische geriatrie' ging het oorspronkelijk om een kosteneffectiviteitsonderzoek naar alle geriatrische interventies met als centrale vraag: met welk type interventies zijn welke geriatrische patiënten het beste (kosteneffectief) geholpen? Deze opzet bleek niet haalbaar, waarop het instituut Beleid en Management (iBMG) van de EUR de opdracht kreeg te inventariseren hoe het specialisme was georganiseerd. Dit onderzoek onder leiding van R. (Robbert) Huijsman (*1962) van het iBMG liep in 2002 en 2003.

Hoewel dit onderzoek onafhankelijk van de NVKG werd uitgevoerd, is wel samengewerkt en is het conceptbeleidsplan van Plexus gebruikt. In het ZonMw-onderzoek is een enquête opgesteld die in juli 2002 aan de NVKG leden is voorgelegd. Zij kregen een groot aantal vragen te beantwoorden over onder andere de zelfstandigheid van de vereniging, over *evidence based* handelen, over de plaats van de klinische geriatrie in het zorgbestel, over samenwerking binnen of buiten het ziekenhuis, over de financiële positie van de vakgroep klinische geriatrie. Huijsman kon in september 2002 berichten dat hij 78 enquêtes had verwerkt.³⁰² De eerste resultaten van het ZonMw-onderzoek zijn in 2003 gepubliceerd, zie afbeelding 13 (Huijsman & Zanen, 2003). In 2005 verscheen een boek onder de titel 'Toekomst-scenario's klinische geriatrie'. Vier toekomst-

<p>“Kleine pion”</p> <p>Smalle erkenning & Klinische geriatrie als zelfstandig specialisme</p> <p>Kwadrant 1 (14 %)</p>	<p>“Stevige speler”</p> <p>Brede erkenning & Klinische geriatrie als zelfstandig specialisme</p> <p>Kwadrant 2 (27 %)</p>
<p>Kwadrant 3 (30 %)</p> <p>“Klein familiedid”</p> <p>Smalle erkenning & Samenwerking of aansluiting met andere disciplines</p>	<p>Kwadrant 4 (24 %)</p> <p>“Krachtig teamlid”</p> <p>Brede erkenning & Samenwerking of aansluiting met andere disciplines</p>

13. Toekomstscenario's klinische geriatrie (in procenten de verdeling van respondenten) (Huijsman & Zanen, 2003).

scenario's werden gepresenteerd die 'een bijdrage leveren aan de bezinning op de toekomstige positie van de (klinische) geriatrie als een van de dragende elementen in de ouderenzorg.' De auteurs deden 'een beroep op alle betrokkenen om een gezamenlijke visie op en aanpak van de (klinische) geriatrie te ontwikkelen' (Huijsman & Zanen, 2005).

In hetzelfde jaar is een 'Enquête samenwerking ouderenspsychiaters en klinisch geriater' onder de leden uitgezet. Deze enquête werd gehouden onder verantwoordelijkheid van Henk Kruihof en Carien van Rijn samen met de sectie ouderenspsychiatrie van de NVvP. De uitslag van deze enquête was dat ouderenspsychiaters en klinisch geriater vonden dat hun werkgebied niet te strikt moest worden afgebakend. Zowel de psychiater als de klinisch geriater kunnen volgens hen aan de slag bij bijvoorbeeld de vroege detectie van dementie en de verdenking van cognitieve stoornissen (MC, 2003).

HET EERSTE LUSTRUM

In al het geweld rond het beleid en de mogelijke fusie met de NIV raakte het eerste lustrum van de NVKG bijna op de achtergrond. Op 12 november 2004 werd toch feestgevierd 'omdat de klinische geriatrie volwassen is geworden.' Onder de titel 'Lang zullen we leven' hield de NVKG een lustrumcongres in Noordwijk aan Zee. De congrescommissie vond het tijd om stil te staan bij wat was bereikt. Naast de voordrachten over de visie op de klinische geriatrie, onderwijs en op-

leiding, en wetenschappelijk onderzoek, bood het middagprogramma alle ruimte voor vrije voordrachten. Die gingen over nieuwe of bijzondere initiatieven, ontwikkelingen in de afdelingen of in de regio, waarover men ideeën kon uitwisselen en van elkaar leren. Feest was het 'omdat we nu zo groot zijn als vereniging dat we echt iets voor de ouderenzorg gaan betekenen.'^{NO4}

WELKE VORM VAN SAMENWERKING – INTEGRATIE?

In maart 2003 maakten bestuursleden van de NVKG en van de NIV met elkaar afspraken over een traject van gesprekken waarin onderzocht moest worden welke mogelijkheden tot samenwerking er waren. Een werkgroep zou zich moeten buigen over patiëntenzorg, onderzoek, opleiding, strategie, imago, kwaliteitszorg en nascholing. De gesprekken dienden plaats te vinden zonder voorwaarden vooraf 'conform de recente vergelijkbare gesprekken met reumatologen' (Verenigingsnieuws, 2003). In de delegatie van het NVKG bestuur zaten waarnemend voorzitter Van Campen, beoogd voorzitter H.A.A.M. (Huub) Maas (*1962) en penningmeester Kruithof. Maas vertelde in het interview (zie NVKG website www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie) dat het inderdaad hun insteek was om samen op te trekken met de reumatologen. De werkgroep is in het najaar van 2003 bijeengewees en kwam begin 2004 tot de conclusie dat er op dat moment uitsluitend over de modernisering van de opleiding te spreken viel. Later bleek dat het aandachtsgebied ouderengeneeskunde van de interne geneeskunde in november 2003 officiële status verworven had.

Op de ALV van 22 april 2004 werd vastgesteld dat de instelling van het aandachtsgebied weliswaar tot een nieuwe situatie leidde, maar dat de in 2003 genoemde uitgangspunten onveranderd bleven bestaan. In de zomer van 2004 werd een werkgroep geïnstalleerd die tot doel had een samengaan van klinische geriatrie en het aandachtsgebied ouderengeneeskunde te concretiseren. Daarna zou binnen het bestuur en in de ledenvergadering een oordeel gevormd kunnen worden over een eventueel fusieproces. De werkgroep heeft in mei 2005 een 'Hoofdlijnenakkoord' aan de besturen van NIV en NVKG aangeboden.^{NO5} Het is in een extra ALV op 29 juni 2005 besproken.

PUNTEN UIT HET 'HOOFDLIJNENAKKOORD'

- Er komt een nieuw aandachtsgebied Geriatrie binnen de interne geneeskunde dat specifiek gericht is op oudere patiënten met complexe, meervoudige pathologie. De opleiding daarvoor zal bestaan uit vier jaar algemene interne en twee jaar geriatrie.
- De NVKG wordt omgevormd naar een wetenschappelijke Nederlandse Geriatrie Vereniging die zich ten doel stelt de wetenschappelijke basis van de geriatrie verder te ontwikkelen en te bewaken.

- Er komt een passende overgangsregeling zodat de klinisch geriaters zich kunnen laten registreren als internist.
- Er komt een overgangsregeling voor de aios klinische geriatrie die in opleiding zijn.
- Er komt een passende regeling ter bewaking van de beroepsbelangen van klinisch geriaters die ervoor kiezen zich niet te laten herregistreren als internist-geriater.

Vervolgens hebben drie commissies met afgevaardigden uit beide verenigingen in 2005-2006 vervolgbesprekingen gevoerd, namelijk de Commissie Opleiding, de Commissie Financiering en de Commissie Bestuur. In juni 2006 kon het NVKG bestuur een notitie maken over de voortgang met de bedoeling hierover in het najaar te stemmen op de ALV.^{NO6A} De NIV was akkoord en in de medische pers was het al bijna een gelopen race. *Medisch Contact* schreef: 'Volgens de besturen van de NVKG en de NIV is er een grote overlap tussen beide specialismen en is het onwenselijk dat ze in één ziekenhuis naast elkaar bestaan. Door een fusie worden dergelijke situaties voorkomen en kunnen meer ziekenhuizen een geriater aanstellen. Bovendien, zo denken de verenigingen, kan samenwerking de academisering van het vak bevorderen' (MC, 2006a). In het gedenkboek van de NIV uit 2006 zijn soortgelijke teksten te lezen. De toenmalige voorzitter van de NIV, dr. M.H.H. (Mark) Kramer die in 2008 werd benoemd tot hoogleraar Algemene Inwendige Geneeskunde aan de VU in Amsterdam, zei bijvoorbeeld: 'Zij [de NVKG] willen graag weer terugkeren in de schoot van het moederspecialisme, juist vanuit het argument dat hun wetenschappelijke basis vooral binnen de interne geneeskunde ligt' (Hillen et al., 2006:137).

SAMEN VERDER OF ALLEEN?

Op 10 oktober 2006 organiseerde de NVKG een bijzondere ALV met als titel "'NVKG integratie NIV' tot aandachtsgebied geriatrie van interne geneeskunde'. 'Als NVKG staan we op een kruispunt. Samen verder of alleen?', schreef het bestuur in de uitnodigingsbrief.^{NO6B} Op het programma stonden vier cruciale thema's - Samenwerking lokaal, Opleiding, Samenwerking landelijk, DBC's - die door een groot aantal sprekers van zowel de NVKG als van de NIV werden behandeld. Er kwam kritiek op de voordrachten, volgens sommigen waren er te veel voorstanders aan het woord. Een knelpunt waren de DBC's. Scheidend NVKG voorzitter Maas bevestigde dat afspraken rond financiering en registratie afhankelijk waren van derden, niet van standpunten van NVKG en NIV.^{NO6C}

De bedoeling was dat de leden vervolgens op 2 november zouden stemmen over het al of niet integreren van de Klinische Geriatrie met het aandachtsgebied Ouderengeneeskunde tot aandachtsgebied Geriatrie van Interne Genees-

kunde. Maar op verzoek van de leden volgde op 2 november een tweede bijzondere ALV, waarin een aantal sprekers aspecten belichtte die op 10 oktober nog niet aan bod waren gekomen en met meer ruimte voor discussie. De stemming werd uitgesteld tot 15 december.

Klinisch gerieters uit Leeuwarden, Den Bosch, Arnhem en Helmond brachten voor de ALV van 2 november een discussiestuk in. Zij constateerden 'een informatie achterstand' bij de jonge leden van de NVKG, zij wilden de vraag over integratie verdiepen naar deelvragen en zij gaven aandacht aan wat afwijzing van integratie met de NIV zou betekenen.^{NO6D} Deze ALV werd voorgezeten door NVKG voorzitter dr. P.L.J. (Paul) Dautzenberg (*1958). Maas ontbrak omdat hij in een kettingbotsing zat. Duidelijk werd uit de discussie dat de verschillende standpunten nauw samenhangen met de positie van de verschillende klinisch gerieters. De landelijke en plaatselijke belangen om te komen tot een fusie liepen uiteen. Een fusie zou vooral het belang van de academie dienen, maar nadelig hebben voor de periferie.^{NO6E}

Na deze ALV berichtte *Medisch Contact* dat de fusie voor onbepaalde tijd was uitgesteld en citeerde bestuurslid mw. J.A.M. (Judith) Wilmer (*1964): "Op organisatorisch en financieel gebied is een aantal zaken nog onduidelijk, waardoor het op dit moment te vroeg is voor een fusie. [...] Wij willen dat alle geregistreerde klinisch gerieters zonder meer een registratie als internist-ouderengeneeskundige krijgen. En daarnaast moet er een oplossing komen voor de klinisch gerieters in opleiding. [...] Een ander heikel punt is de toekomstige financiering van de geriatrie" (MC, 2006b). De NVKG leden ontvingen van voorzitter Dautzenberg een brief met uitleg over dit gewijzigde standpunt, maar sommige leden klaagden wel dat zij het uit de pers moesten vernemen. Dautzenberg schreef onder meer dat 'externe factoren die nader besproken en aangepast moeten worden voor een geslaagde integratie, zoals DBC regeling, academisering, nieu-



14. Marja Jellesma-Eggenkamp spreekt op de ALV van 2 november 2006.

we opleidingseisen, oOR-vorming [vorming van Onderwijs en OpleidingsRegio's], opleidingsbudget etc. niet geregeld kunnen worden in een onderling overleg tussen NVKG en NIV. De overige betrokken partijen konden/wilden ons nog geen uitsluitsel geven vóór december 2006. Voor het maatschappelijk belang van een goede geriatrische zorg lijkt de status van klinische geriatrie als een zelfstandig medisch specialisme voorsnoodzakelijk te zijn. Er lijkt bij integratie nu onvoldoende waarborg te bestaan voor een gewenste invloed van de klinische geriatrie binnen de totale zorg.^{NO6F}

In *Medisch Contact* schreef Slaets nog een laatste pleidooi voor fusie die volgens hem onontbeerlijk was voor een betere verankering van het vakgebied in alle UMC's. Er waren na 25 jaar klinische geriatrie in Nederland nog steeds slechts één hoogleraar-opleider in de klinische geriatrie (Nijmegen) en twee in het aandachtsgebied ouderengeneeskunde (Groningen en Leiden). Volgens hem waren alle hoogleraren, internist of klinisch geriater, al vele jaren voorstander van de integratie van beide specialismen. Hij waarschuwde dat er een schisma zou ontstaan tussen de academische ziekenhuizen met een opleiding in het aandachtsgebied ouderengeneeskunde en perifere ziekenhuizen met een opleiding in de klinische geriatrie (Slaets & Izaks, 2006).

Het bestuur besloot de integratie-overeenkomst NVKG-NIV niet in stemming te brengen en in plaats daarvan te laten stemmen over een bestuursvoorstel om in een overgangperiode samen te werken met de NIV met een tijdspad in concrete stappen. Een definitief besluit zou dan uiterlijk in december 2009 aan de leden worden voorgelegd. Het voorstel was geformuleerd als 'goedkeuring voor het actief ingaan van een traject dat op langere termijn zou moeten leiden tot integratie met het aandachtsgebied Ouderengeneeskunde van de NIV.'^{NO6G} De uitslag van de stemming was als volgt: 117 leden brachten een geldige stem uit, hiervan was 55% voor en 45% tegen. Daarmee was het voorstel, dat 2/3 meerderheid moest halen, verworpen. Het bestuur erkende dat als onvoldoende draagvlak voor integratie en stelde vervolgens de vertrouwensvraag: 'Is de vergadering van mening dat het huidig bestuur in staat is de vereniging te leiden in de komende periode?' Ja, dat vond de ALV van wel, mits het beleid erop werd gericht dat klinische geriatrie vanuit een zelfstandig specialisme zal blijven functioneren.^{NO6H}

DE PIONIERSJAREN VOORBIJ (2007)

Na het veelbewogen jaar 2006 kwam er binnen de NVKG een enorm gevoel van urgentie. Het bestuur trok J.H. (Hans) Schaaf (*1950) als adviseur aan want er was een nieuwe beleidsvisie nodig. Schaaf was oud-directeur van het TweeStedenziekenhuis. Hij had tijdens de fusiediscussie een stuk geschreven in *Medisch Contact* waarin hij betoogde dat de fusie van de klinisch geriater met de

internisten slecht zou uitpakken voor kwetsbare ouderen, omdat daarmee de kenmerkende holistische aanpak van de klinisch geriater en het geriatrisch model verloren zou gaan (Schaaf, 2006). Het nvkg bestuur had hem ook uitgenodigd als spreker op de ledenvergadering van 2 november. Met hem hield het bestuur een 'heidag' en namens het bestuur schreef hij de nota 'De pioniersjaren voorbij' die in maart 2007 is gepubliceerd.

De grondgedachte van 'De pioniersjaren voorbij' was dat sinds de erkenning van het specialisme de inbedding van de klinische geriatrie te wensen over had gelaten waardoor het 'pionieren' was gebleven. Hoewel er inmiddels wel meer klinisch gerieters werkzaam waren, bleven er de nodige hiaten in de zorgverlening. Men verwachtte dat door de vergrijzing van de bevolking de behoefte aan (klinisch) geriatrische zorg snel zou toenemen. Het stuk moest nader uitgewerkt worden, maar het nvkg bestuur zag het document, mits er het benodigde draagvlak voor was, als richtinggevend voor de beleidsagenda van de daarop volgende jaren. Belangrijke punten in de nota zijn:

- samenwerken vanuit een eigen positie;
- de positie in de algemene ziekenhuizen;
- werken volgens het geriatrisch model;
- onderzoek en onderwijs.

De nvkg ging er van uit dat er in de nabije toekomst op het terrein van de eerste lijns ouderengeneeskunde structurele vormen van samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen gingen ontstaan, waarbij de plaats van de klinisch gerieters in academische, algemene en psychiatrische ziekenhuizen was. Geriatrische vakgroepen waren succesvol in het opzetten van marktgerichte initiatieven zoals de geheugenpoli's, de valpoli's en de diagnostische dagcentra voor ouderen. Deze organisatievorm was van belang 'om ten opzichte van de andere specialismen een zodanige onafhankelijke positie te hebben dat met succes een integrerende rol kan worden gespeeld in de zorg voor de kwetsbare oudere patiënt.' In 2007 werkten de klinisch gerieters in dienstverband 'waardoor de financiële prikkels voor iedereen gelijk zijn en het herschikken van taken tussen de verschillende disciplines gemakkelijker is.'^{NO7A}

Verder stelde men vast dat de klinische geriatrie binnen het ziekenhuis gewoonlijk eenzelfde positie innam als ieder ander poortspecialisme. De huisarts/verwijzer beslist naar welk(e) poortspecialisme(n) een (oudere) patiënt wordt verwezen. Concreet betekende dit dat huisartsen en andere verwijzers moesten worden gestimuleerd om kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit voor nadere diagnostiek en behandeling naar de klinisch geriater te verwijzen. Naast de klinisch gerieters zouden ook andere medisch specialisten met affiniteit voor de ouderengeneeskunde, zoals de ouderenpsychiater en de

internist ouderengeneeskunde, tot de vakgroep geriatrie kunnen toetreden. 'Voorwaarde is slechts dat deze specialisten zich het geriatrisch model eigen maken en bereid zijn zich in deze benaderingswijze en werkwijze te voegen.' Het geriatrisch model is gekenmerkt door de integrale holistische benadering die in de klinische geriatrie is ingebouwd.^{NO7A}

WIE IS GERIATER?

Hoewel in 2005 en 2006 veel aandacht was gegaan naar de voorgenomen fusie, speelden er toch nog andere zaken. Een lastige kwestie was de beoogde naamswijziging van de verpleeghuisartsen. Na de fusie tussen NVVA en NVSG stelde de beroepsgroep voor hun specialisme 'algemene geriatrie' te noemen. Vanuit de NVKG bestonden hiertegen ernstige bezwaren, die ook met externe partijen als de Orde van Medische Specialisten en het CCMS werden besproken en werden gedeeld. Na juridisch advies kon deze ontwikkeling in elk geval tijdelijk worden gekeerd.^{NO5-06} Eind 2006 opperde de voorzitter van de NVVA, mw. R. (Roelie) Dijkman om als nieuwe naam voor verpleeghuisartsen de term '1e lijn geriater' in te voeren. Het NVKG bestuur wilde tegelijkertijd de naam 'klinisch geriater' wijzigen in de in de praktijk gebruikte titel 'geriater' en 'klinische geriatrie' naar 'geriatrie'.^{NO7B} Het besluit over de naamswijziging werd in de NVKG aangehouden tot 2008. Uiteindelijk heeft de NVVA de naam gewijzigd in 'specialist ouderengeneeskunde' en de klinisch geriater behielden hun naam. Het probleem van de taakverdeling was hiermee niet opgelost. De NVKG pleitte voor goede onderlinge samenwerking en afstemming.

HET BELEID (2008-2014)

ORGANISATIE

De NVKG werd in toenemende mate betrokken bij activiteiten en projecten op het gebied van ouderenzorg. Op verzoek van het ministerie van VWS werkte de NVKG mee aan een toekomstscenario gezondheidszorg voor ouderen samen met NVVA, NVvP en NVSG. Dit proces heeft geresulteerd in het stuk 'Visie op de inhoud van de toekomstige geriatrische zorg. Een visienotitie van de gezamenlijke beroepsgroepen' dat in 2006 aan VWS is aangeboden.^{NO5-06} Er was geregeld overleg met diverse zusterverenigingen, de KNMG, de Orde, de LAD, met de ouderenbonden en met VWS over de ontwikkeling van de klinische geriatrie en de medische zorg voor ouderen. In 2007 werd de NVKG een categoriale vereniging van de LAD en in 2008 lid van de koepel van (bio)medische verenigingen Federa.

Een belangrijke verandering was de integratie van VAKG en NVKG in 2010 tot één vereniging waarbij de VAKG de naam JNVKG kreeg. Tegelijk kon met trots

de nieuwe huisstijl, het nieuwe logo en de vernieuwde website worden gepresenteerd.

Aan de hand van de beleidsvisie uit 2007 waren twaalf beleidspunten geformuleerd waaronder de beschrijving van het geriatrisch model, het uitwerken van de samenwerking binnen de medische zorg voor ouderen en het kwaliteitsbeleid. In 2011 constateerde het bestuur met tevredenheid dat veel punten uit de beleidsvisie waren verwezenlijkt. Er waren nieuwe punten toegevoegd zoals het streven naar klinische geriatrie inclusief eigen opnameafdeling voor alle ziekenhuizen. De klinische geriatrie maakte een sterke groei door. Met het groeien van de vereniging werd het secretariaat verder geprofessionaliseerd. Marianne Toubi-van Burken werkte daartoe vanaf september 2006 deels en later voltijds als beleidsmedewerker. Een nieuw meerjarenbeleidsplan 2014-2018 werd op stapel gezet.

COMMISSIES

De NVKG had aanvankelijk naast het bestuur zeven commissies te weten: Concilium Geriatricum (CG), Commissie Onderwijs en Wetenschap (COW), Commissie Kwaliteitszaken (CKZ), DBC commissie, Klinisch Geriaters in de Psychiatrie (KGiP), PR Commissie, Werkgroep Klinische Gerontofarmacologie (WKGf) en daarnaast de Europese Zaken die in 2009 ook een officiële werkgroep werd. In 2007 werd besloten tot oprichting van de Capaciteitscommissie Opleiding Geriatrie (COG) om de ontwikkelingen met betrekking tot spreiding van (nieuwe) opleidingsplaatsen tot klinisch geriater te begeleiden.^{N07B}

Door de groei van de vereniging werd aanpassing van de interne organisatie wenselijk. Uitgaande van de drie belangrijkste pijlers van de NVKG - Kwaliteit, Opleiding/Wetenschap en Algemene belangen - werden de diverse commissies gebundeld. Door deze bundeling wilde de vereniging in de vele discussies rond de toekomst van de ouderenzorg een duidelijke en eenduidige stem laten horen. Vanaf 2011 is gewerkt met de aangepaste structuur met drie pijlers: Strategie en Innovatie (CSI), hieronder vielen algemene zaken, externe relaties, PR, DBC, KGiP en de werkgroep Stimuleren geriatrie in de samenleving; Kwaliteitszaken (CKZ), waartoe onder meer indicatoren, kwaliteitscriteria en richtlijnen behoorden; Commissie Concilium Onderwijs Opleiding en Wetenschap (CCOOW) waarin de COW, het opleidingsconsortium en het Concilium samengingen, evenals de werkgroepen LOAG, portfolio en opleidingsvernieuwing. De naam van deze commissie is in 2012 weer verkort tot COW. Naast deze commissies bleven nog de WKGf, de COG, de Commissie Europese Zaken en de Plenaire Visitatie Commissie Opleiding (PVC) bestaan.^{N11}

Het bestuur stimuleerde vanaf 2012 het vormen van Speciale Interesse Groepen (SIGs) vanuit de NVKG. Gedacht werd aan bijvoorbeeld palliatieve zorg, voeding, medicatie en dergelijke. Na de start kon een SIG verder zelfstandig functio-



15. Het nvkg bestuur in 2012.

neren. Zo zijn in 2015 de sig Geriatrische traumatologie, sig Palliatieve zorg, sig Geriatrische oncologie en de sig Vallen Valpreventie actief.

25 JAAR SPECIALISME KLINISCHE GERIATRIE

In 2008 werd het 25-jarig jubileum van het specialisme klinische geriatrie gevierd. Het jubileumcongres was georganiseerd door een tijdelijke jubileumcongres werkgroep. Het motto van het jubileum was 'de verzilvering'. De nvkg constateerde dat er in die 25 jaar veel was veranderd. 'De geriatrie groeit als nooit tevoren en staat hoog in de zogenaamde banenbarometer (het aantal vacatures overstijgt het aantal nieuwe specialisten). Juist nu is het een uitdaging om die groei vast te houden en om te zetten in een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de (tweedelijns) ouderengeneeskunde.'^{nos}

STRATEGIE EN INNOVATIE

De CSI was gevormd met als doel de positionering en beschikbaarheid van de klinische geriatrie en de klinisch geriater te borgen en verder vorm te geven. Punten van aandacht waren de financiering voor de klinische geriatrie zowel binnen het algemeen ziekenhuis als binnen de academische ziekenhuizen en de GGZ. De nvkg schreef voor de GGZ een visie met het detacheringmodel vanuit het algemene ziekenhuis als meest logische werkwijze.ⁿ¹¹ Over de financieringsproblematiek heeft W.W.A.(Willy) van Maarschalkerweerd (*1960) een bijdrage geschreven die te lezen is op de nvkg website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

Tijdens de Geriatriedagen 2012 is de beroepentoonstelling klinische geriatrie in première gegaan met in de hoofdrol P. (Peter) Jue (*1971). Volgens de nvkg weerspiegelt de snelheid van de film de ontwikkeling van de klinische geriatrie. In 2012 is de honderdste aios klinische geriatrie verwelkomd.ⁿ¹³

KWALITEIT

Het kwaliteitsbeleid kreeg toenemende aandacht. In 2009 ging de visitatie nieuwe stijl van start. Er waren kwaliteitsindicatoren opgesteld die in 2010 zijn geïmplementeerd voor intern gebruik. Met de geleverde informatie werd de kwaliteit van de geriatrie afdelingen geoptimaliseerd. In 2011 werd de richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) geaccordeerd waaraan door veel leden hard was gewerkt. De basis van het handelen van de klinische geriatrie is hierin vastgelegd. Daarnaast werd onder meer gewerkt aan vernieuwde richtlijnen delier, dementie, polyfarmacie, een addendum voor de richtlijn CGA en de richtlijn ondervoeding. De richtlijn polyfarmacie, een samenwerking van de NVKG met het NHG, werd in 2012 afgerond en bekroond met de ZonMw Parel. Eveneens in 2012 besloot de vereniging tot het aanstellen van een geriater als kwaliteitsfunctionaris aanvankelijk voor de periode van één jaar. Geld hiervoor was beschikbaar via de SKMS gelden. A.J. (Arend) Arends (*1974) nam deze functie voor één dag per twee weken op zich. Na een evaluatie in 2013 is besloten dat hij vanaf begin 2014 één dag per week hiervoor in dienst van de NVKG is. Hij heeft een overzicht van de kwaliteitszorg geschreven dat is te lezen op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

EUGMS CONGRES

Het bestuur kon in 2011 medelen dat het was gelukt om het tiende European Union of Geriatric Medicine Society (EUGMS) congres van 2014 in Nederland te mogen gaan organiseren. De voorbereidingen hiervoor stonden onder leiding van dr. J.W.M. (Jaap) Krulder (*1956), klinisch geriater in het Vlietland Ziekenhuis. Als president van het EUGMS congres leidde hij een succesvolle bijeenkomst waar tevens het dertigjarig bestaan van het specialisme klinische geriatrie werd gevierd.

Aan het congres namen artsen, verpleegkundigen, paramedici en wetenschappers deel. Er werden 1500 deelnemers uit heel Europa verwacht. Van 17 tot 19 september 2014 vond het congres plaats in De Doelen in Rotterdam. Onder de titel 'Geriatric medicine crossing borders' stond een groot aantal onderwerpen op het programma zoals ketenzorg, nieuwe technologische ontwikkelingen, gezondheidszorg voor gepensioneerden in Zuid-Europa, voor immigranten, voor Europeanen die in verre buitenlanden medische behandelingen ondergaan, en de bekende geriatrie aandoeningen als dementie, vallen, zelfredzaamheid en dergelijke.

Over de internationale organisaties waaraan de NVKG deelneemt, hebben Jaap Krulder en Tischa van der Cammen een bijdrage geschreven die te lezen is op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).



VIII

BESLUIT: TOPKWALITEIT VOOR KWETSBARE OUDEREN

In februari 2015 vierde de NVKG het derde lustrum. Hoe de vereniging in korte tijd is veranderd, laten de foto's in dit boek zien. Na het samengaan met de VAKG is het aandeel jonge leden en aios enorm gegroeid. De NVKG is al jaren de snelst groeiende medisch-specialistische beroepsvereniging. De grote groep jongeren, onder wie veel vrouwen, geeft de NVKG een dynamische uitstraling. Zij worden met elkaar verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleidsplan 2014-2018 van de NVKG. Dit draagt de titel 'Topkwaliteit voor kwetsbare ouderen'. Het belangrijkste doel voor de komende jaren wordt 'het waarborgen van zorg op maat voor de geriatrische patiënt'. Hoe dat precies moet is onzeker. Het is voor de NVKG lastig om een concreet beleid op te stellen, omdat rekening gehouden moet worden met de wijzigingen van het zorgstelsel waarvan de effecten nog onbekend zijn.

Goede afspraken over samenwerking en regie, zowel binnen het ziekenhuis als daarbuiten, inclusief financieringsafspraken, moeten de basis vormen voor kwalitatief goede en doelmatige geriatrische zorg. Er is behoefte aan wetenschappelijk bewijs voor, en inzicht in welke vormen van multidisciplinaire samenwerking gezondheidswinst voor ouderen opleveren. De NVKG wil investeren in de opleiding van basisartsen en geriaters en sterk inzetten op verdere professionalisering, borging van kwaliteit en versterking van de klinische geriatrie in alle ziekenhuizen.

De NVKG realiseert zich terdege dat veel partijen een rol hebben in de gezondheidszorg voor ouderen. De vereniging streeft naar passende zorg voor de kwetsbare oudere patiënt, afgestemd op de reële zorgbehoefte, verleend door die professionalen in die setting die daar geschikt voor is. Om de juiste zorg voor de kwetsbare ouderen in de tweede lijn te behouden kan niet uitgegaan worden van een enkelvoudig ziekte- of orgaangericht model. Deze boodschap zal de NVKG helder moeten blijven uitdragen. Dat kan alleen als er goede contacten zijn met alle relevante partijen. Meer over de visie van de NVKG is te lezen in de interviews met de oud-bestuursleden Judith Wilmer en Peter Jue, terwijl Esther Cornegé-Blokland en Karen Keijsers een blik in de toekomst werpen (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

Kwetsbare ouderen zijn een begrip geworden en men is het erover eens dat zij een belangrijke risicogroep vormen in een vergrijzende samenleving (van Campen, 2011). In 2010 waren er 690.000 kwetsbare personen van 65 jaar en ouder,

over vijftien jaar zijn dat er meer dan een miljoen. Een groot deel van de kwetsbare ouderen wordt op enig moment in een ziekenhuis opgenomen. Daar komt de klinisch geriater in beeld. Maar de ideeën die bij patiënten en externe partijen leven over kwetsbare ouderen en klinische geriatrie stroken niet altijd met de werkelijkheid. Om uiteindelijk tot tweedelijns zorg te komen die door de oudere zelf als passend bij zijn of haar persoonlijke leven wordt ervaren, is meer bekendheid bij een groot publiek noodzakelijk. De NVKG zal zelf de relevante thema's op de agenda zetten. De klinisch geriater moet worden erkend als deskundige op het gebied van de kwetsbare oudere patiënt. Hier ligt de uitdaging voor de toekomst.

J. SCHOUTEN

Jacob (Jaap) Schouten (1920-2010) specialiseerde zich na zijn studie geneeskunde als internist. In 1968 was hij consulent van de afdeling geriatrie van de GG&GD te Amsterdam. Hij bracht toen samen met Schreuder één van de grootste gevaren van de ziekenhuisopname van ouderen onder de aandacht van het medisch lezerspubliek: de bedrust.

In 1972 promoveerde hij bij Lindeboom aan de Vrije Universiteit te Amsterdam op een medisch-historisch proefschrift over Johannes Walaeus. Toen Schreuder in 1972 met pensioen ging volgde Schouten hem op als internist-geriater in Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal. Met de opening van het nieuw gebouwde Amsterdamse Slotervaartziekenhuis in 1975 werd hij hoofd van een grote afdeling voor geriatrische patiënten. Hij organiseerde daar een 'post graduate course' en patiëntendemonstraties voor verpleeghuisartsen en huisartsen. Voor verpleegkundigen werd een cursus gerontologie gegeven. In 1975 is de inhoud van deze cursus vastgelegd in de bundel *Geriatrische lessen voor verpleegkundigen* onder zijn redactie. Binnen de huisartsenopleidingen van de UvA en de VU bestond de mogelijkheid om een half jaar geriatrie te doen, het Slotervaart had daarvoor vier opleidingsplaatsen.

Al in 1978 had Schouten een *Inleiding tot de geriatrie* gepubliceerd. Hij was mederedacteur van het *Leerboek geriatrie* (1985), een handboek waaraan ruim tachtig auteurs van diverse disciplines meewerkten. In het eerste deel van dit boek wordt aandacht besteed aan de gerontologie. Het tweede deel handelt over algemene geriatrie en het derde deel over speciële geriatrie. Recensent Oostvogel was van mening dat 'dit boek in de opleiding tot basisarts niet meer [kan] worden gemist en eigenlijk ook thuis [hoort] in de boekerij van elke praktizerende arts' (Oostvogel, 1989).

De NVvG heeft Schouten tegelijk met Schreuder op 23 oktober 1986 benoemd tot erelid.



BRONNEN, LITERATUUR, INTERVIEWS EN HERINNERINGEN

De bronnen en literatuur, interviews, herinneringen en aanvullende teksten zijn te vinden op de NVKG website (www.nvkg.nl/geschiedenisboekgeriatrie).

Pionier van de verpleeghuisgeneeskunde: Frits Oostvogel

Vechten voor registratie: Marjan Ornée

Klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis: Carla Thijssen

Klinische geriatrie in het Slotervaartziekenhuis - het vervolg: Linda Tulner
en Jos van Campen

Klinische geriatrie in Arnhem: Elly Bruijns

Klinische geriatrie in Arnhem - een voorbeeldfunctie: Marja Jellesma-
Eggenkamp

Klinische geriatrie in Rotterdam: Tischa van der Cammen

Klinische geriatrie in Utrecht: Sijmen Duursma

Klinische geriatrie in het UMC Utrecht - het vervolg: Paul Jansen

Klinische geriatrie in Nijmegen: Willibrord Hoefnagels

Klinische geriatrie in het Radboud UMC - het vervolg: Marcel Olde Rikkert

Vóór alles een goede dokter en klinisch geriater van het eerste uur:
Cobi van Nieuwkerk

Over geriatrie afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen:
Georges Groutars

Werken in de GGZ:

Gertie Golúke-Willemse; Frans van Schendel; Geert van der Aa

De NVKG in roerige tijden: Huub Maas

De pioniersjaren voorbij: Carien van Rijn en Petra Klijnsma

De klinische geriatrie is een sterke partij: Judith Wilmer en Peter Jue

De geriater van de toekomst: Esther Cornegé-Blokland en Karen Keijsers

DE NVKG IN BEDRIJF

Klinisch geriaters in de GGZ

AUTEUR: Carien van Rijn

Kwaliteitszorg

AUTEUR: Arend Arends

Financiering Klinische Geriatrie

AUTEUR: Willy van Maarschalkerweerd

Klinische Geriatrie in Europa

AUTEURS: Tischa van der Cammen en Jaap Krulder

A.N.J. REINDERS FOLMER

Adriaan Nicolaas Johan (Ad) Reinders Folmer (1915-2003) begon zijn studie geneeskunde in Amsterdam en zette die, na 1945, voort in Utrecht waar hij in 1946 afstudeerde. In de periode 1940-45 was hij aanvankelijk ondergedoken en daarna zat hij in gevangenschap in Duitsland. Na het behalen van zijn artsexamen vertrok hij naar Aruba, waar hij gedurende 12 jaar werkte in het Lago hospitaal in dienst van oliemaatschappij ESSO. Na zijn terugkeer in Nederland in 1961 kwam hij als arts in dienst van de GG&GD van Amsterdam, als hoofd van de dat jaar gestarte nieuwe afdeling voor Geriatrie. Bij zijn pensionering in 1980 ontving hij een Koninklijke onderscheiding.

Reinders Folmer was de eerste secretaris van de NVvG.

In 1977 zette hij samen met Schreuder het referatenblad *Afasiologie* op, een uitgave van de Stichting Afasie Nederland, dat zes keer per jaar verscheen. In 1981 verscheen de *Seminar Proceedings, Geriatrics for the Practitioner* waarvan hij samen met Schouten redacteur was.

VERANTWOORDING VAN DE FOTO'S

© An Stalpers/Fotografica:

Foto's op de pagina's 2, 11, 18, 24, 35, 48, 74, 75, 111, 141, 144 en 156. Deze foto's zijn gemaakt door An Stalpers op 12 en 13 februari 2015. Op 12 februari vierde de NVKG haar 15-jarig bestaan met een diner en aansluitend een feest in Kasteel Heeswijk te Heeswijk Dinther. Op 13 februari vond de NVKG Lustrum dag plaats in Congrescentrum Brabanthallen te 's-Hertogenbosch.

Foto uit 1994 van mw. dr. E. Borst-Eilers op p. 82.

Neem over bovenstaande foto's contact op met FOTOGRAFICA - fotografie, redactie en vormgeving: <http://www.fotograficanijmegen.nl>.

De foto van mw. Hannie van Leeuwen op pagina 9 is beschikbaar gesteld door het CDA Partijbureau, Buitenom 18, 2512 xA Den Haag (contact Mirella Roor, Grafisch Vormgever, mirella.roor@cda.nl).

De foto's op de pagina's 16 en 17 geven een beeld van de klinische geriatrie in het verleden. Ze zijn afkomstig uit de particuliere verzamelingen van Elly Bruijns, Petra Klijsma en Carien van Rijn. De foto genomen op de GAAZ afdeling van het toenmalige Maaslandziekenhuis te Sittard in de jaren tachtig (ouderen oefenen met een bal) is beschikbaar gesteld door Chantal de Weerd-Spaetgens (klinisch geriater, Atrium-Orbis Medisch Centrum).

H.W. TER HAAR

Hendrik Willem (Henk) ter Haar (1922-2012), geboren in Oosterwolde, studeerde na zijn gymnasiumopleiding geneeskunde in Leiden. In 1954 werd hij huisarts in Biezelinghe en in 1964 geneesheer-directeur van het verpleeghuis Nieuw Toutenburg in Noordbergum.

Ter Haar was de eerste voorzitter van de NVvG.

In 1984 richtte hij de Alzheimerstichting op, later bekend als Stichting Alzheimer Nederland. Voor zijn werk op het gebied van de ziekte van Alzheimer werd hij benoemd tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau. Ter ere van hem werd tien jaar lang door Alzheimer Nederland de Ter Haar Penning toegekend aan een project of persoon die een bijzondere bijdrage leverde aan het welzijn van mensen met dementie en hun familie.

SUMMARY

The Dutch Geriatrics Society (NVKG, www.nvkg.nl) is a young society with a long history. The history of the society was traced as far back as possible, using written and oral sources, and is described in this book.

In the 1950s, there was an increasing interest in the health care provision for the elderly, among doctors, as well as among policymakers and politicians. Members of the House of Representatives demanded better care for the elderly, including designated hospital departments. However, it was argued that such departments were not possible for lack of consultant geriatricians, who could lead such a department. There was only one hospital in the Netherlands, “Zonnestraal” in Hilversum, where, already in the 1950s, geriatric patients were treated and rehabilitated according to the model from the UK, with good results. In the years thereafter, the “Gemeente Ziekenhuis” Arnhem (now “Rijnstate” Hospital) opened the second department of Geriatric Medicine in the Netherlands, and in 1975 a third department was realised in the newly-built “Slotervaart” Hospital in Amsterdam.

In 1961 a small group of doctors from various backgrounds founded the Dutch Society of Geriatricians, which was renamed the Dutch Society for Geriatrics in 1975. The aim of the society was to improve the care of the elderly. In this society, clinical, and community-oriented geriatricians and physicians working in nursing homes were represented. The first attempts to realise the recognition of the Specialty of Geriatric Medicine, were hampered by obstruction from within the Royal Dutch Medical Society (KNMG). It took more than 20 years, but finally the geriatricians succeeded in establishing the Specialty of Geriatric Medicine in 1983.

The introduction of more hospital departments of Geriatric Medicine was held back by a nationwide government-led reduction in hospital beds in the late 1980s, but improved in the early 1990s, when new legislation instituted the regional distribution of hospital departments of Geriatric Medicine. Also, the first professors of Geriatric Medicine were installed. Teaching of geriatrics to medical students however, varied per university, and was dependent of the local situation and culture.

In 1999 the Dutch Geriatrics Society (NVKG) was established as the present day organisation for clinical geriatricians only. In the first decade of the 21st century the geriatricians heavily debated a possible fusion with the Dutch As-

sociation for Internal Medicine. The idea was that university teaching in Geriatrics and scientific research would profit from such a merge. However, in 2006, the members of the NVKG voted for remaining an independent society. Since 2007, the NVKG is going strong, the number of geriatricians and trainees has increased. Anno 2015 the NVKG is a healthy and active society, which celebrated its 15th anniversary in February 2015.

The position of Geriatric Medicine within the Dutch hospitals has improved considerably. For the increasing number of elderly patients there is a demand for consultant geriatricians and for inter-collegial consultations, as well as for teaching and expertise in Geriatrics. Most hospitals in the Netherlands have at least one consultant geriatrician attached to their medical staff.

The NVKG promotes good and effective care for the geriatric patient, education in geriatrics for all medical students, and good quality training for all trainees. The future challenge for the NVKG is to strengthen the position of its members as the key specialist for the treatment of frail elderly patients in the hospital.

OVER DE AUTEURS



15. De auteurs: voorste rij v.l.n.r. Carien, Tischa, Annemarie; achterste rij v.l.n.r. Marjan, Elly, Annemijn, Petra.

ELLY BRUIJNS

Dr. E. Bruijns studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht (1961-1969). Van 1969-1971 werkte zij als anios in het Protestants Christelijk Streekziekenhuis te Bennekom en van 1971-1976 werd zij opgeleid tot internist, resp. in het St. Jozefziekenhuis te Kerkrade en aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen. In 1982 promoveerde zij op het proefschrift getiteld: 'De behandeling met ammoniumnitraat bij nierstenen'. Eveneens in 1982 startte zij haar werkzaamheden op de afdeling geriatrie van het toenmalige Gemeente Ziekenhuis (later Ziekenhuis Rijnstate) te Arnhem. In 1984 werd zij geregistreerd als klinisch geriater en verviel de inschrijving als internist. Van 1984-1999 was zij opleider klinische geriatrie. Zij heeft diverse publicaties over klinische geriatrie op haar naam staan en was betrokken bij de start van de afdelingen geriatrie in het Radboud UMC te Nijmegen en het UMC Utrecht. In 1998 schreef zij samen met huisarts J.W.G. Schellekens het boek 'De geriatrische patiënt', een deel in de serie 'Practicum huisartsgeneeskunde'. Zij is erelid van de Nvkg.

TISCHA VAN DER CAMMEN

Prof.dr. T.J.M. van der Cammen studeerde geneeskunde in Leiden. Na haar arts-examen specialiseerde zij zich in de interne geneeskunde in het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag (1974-1979). Haar opleiding in de geriatrie volgde zij in

Engeland in het University College Hospital in Londen (1982-1984), waar zij medeoprichter was van 's werelds eerste geheugenpolikliniek. Na haar terugkeer in Nederland in 1987 zette zij een afdeling Geriatrie op in het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam waarvan zij tot haar pensionering in 2011 hoofd was. In 1991 promoveerde zij aan de EUR op het proefschrift getiteld: 'Diagnostic Approaches and Management Aspects of Early Dementia'. Vanaf 2007 tot haar afscheid in 2011 was zij universitair hoofddocent aan de EUR. In 2015 is zij benoemd tot hoogleraar 'Autonomous Ageing' bij de Faculteit Industrieel Ontwerpen van de TU Delft. Zij heeft een groot aantal publicaties op haar naam staan op het gebied van 'comprehensive geriatric assessment', dementie, vallen en de relatie tussen vallen en medicijngebruik bij ouderen.

ANNEMIJN VAN DER POEL-ELSKAMP

A.B.M. van der Poel-Elskamp studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam van 2004-2011. Na haar opleiding begon zij als anios klinische geriatrie in het Amphia Ziekenhuis in Breda alwaar zij eind 2011 ook gestart is met haar opleiding tot klinisch geriater. Zij organiseerde in 2013 de JNVKG LOAG (Landelijk Onderwijs Aios Geriatrie) en is per 1 april 2015 algemeen lid van het JNVKG bestuur.

PETRA KLIJNSMA

P.J.E. Klijsma studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam van 1976-1984. Zij werd opgeleid tot klinisch geriater in het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam en het Bleulandziekenhuis te Gouda. Sinds 1991 werkt zij als klinisch geriater in VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg in Venlo. Zij was voorzitter van de Sectie Klinische Geriatrie van de NVvG en in die hoedanigheid betrokken bij de oprichting van de NVKG in 1999. Sinds 2014 is zij secretaris in het bestuur van de NVKG.

ANNEMARIE DE KNECHT-VAN EEKELEN

Dr. A. de Knecht-van Eekelen studeerde biologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht (1962-1968). Zij promoveerde in 1984 in de geneeskunde op het proefschrift getiteld: 'Naar een rationele zuigelingenvoeding. Voedingsleer en kindergeneeskunde in Nederland 1840-1914'. Van 1991-1998 was zij als universitair docent in de geschiedenis van de geneeskunde verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Daarnaast was zij van 1986-2008 in dienst van Cito te Arnhem. Zij heeft een groot aantal publicaties over medisch-biologische onderwerpen en over toetsing op haar naam staan. In 2015 publiceerde zij samen met Cees Smit het boek 'De macht van de patiënt - Baas over je eigen ziekte'.

MARJAN ORNÉE

J.M. Ornée studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam (1964-1973). Vervolgens vestigde zij zich gedurende een jaar als apothekhoudend huisarts, waarna zij van 1974 tot 1979 als verpleeghuisarts te Amsterdam en Naarden werkte. In de daarop volgende jaren specialiseerde zij zich in de geriatrie. Van 1979 tot 1985 was zij werkzaam op de afdeling geriatrie van St. Jan-Hooglanden. Van 1985 tot 1991 was zij hoofd van de afdeling geriatrie van het ziekenhuis Zonnestraal in Hilversum en daarna tot 1996 hoofd van de afdeling geriatrie van het ziekenhuis Gooi-Noord. Zij is als klinisch geriater ingeschreven per 1 juli 1984. Zij maakte een aantal jaren deel uit van het stafbestuur van zowel Zonnestraal als Gooi-Noord. Van 1988 tot 1994 was zij lid van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid.

CARIEN VAN RIJN

C.A. van Rijn studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht van 1973-1981. Zij is opgeleid tot internist in het Gemeenteziekenhuis te Dordrecht en het St. Clara Ziekenhuis te Rotterdam. Vanaf 1986 werkte zij als internist bij APZ Endegeest. In 1998 werd zij geregistreerd als klinisch geriater, waarna zij werkte bij GGZ Haagstreek locatie Leidschendam en (vanaf 2005) bij GGZ Altrecht. Sinds 2012 werkt zij in het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Van 2006-2012 was zij lid van het bestuur van de NVKG, met in haar portefeuille kwaliteitszaken en de GGZ. Ze was onder andere voorzitter van de Projectgroep Ontwikkeling Integraal Kwaliteitsbeleid, de Projectgroep Ontwikkeling Indicatorenset NVKG en de projectgroep Kwaliteit van geriatrische zorg in de GGZ. Zij nam in de loop der jaren deel aan verschillende commissies binnen de NVKG.

LIJST MET AFKORTINGEN

AGS - American Geriatrics Society	CRM - Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk
aio - Assistent in opleiding	CRV - Centrale Raad voor de Volksgezond- heid
ALV - Algemene Ledenvergadering	CSI - Commissie Strategie en Innovatie
ANBO - Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen	CSO - Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
ANVSG - Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde	CTG - College Tarieven Gezondheidszorg
AOW - Algemene Ouderdomswet	cvz - College voor Ziekenhuisvoorzie- ningen
ARP - Anti-Revolutionaire Partij	DBC - Diagnose behandelcombinatie
AWBZ - Algemene Wet Bijzondere Ziekte- kosten	DBCO - Stichting DBC-Onderhoud
AZU - Academisch Ziekenhuis Utrecht	DIS - landelijke DBC-informatiesysteem
BBC - Beroepsbelangencommissie van de NVvG	DOT - DBC Op weg naar Transparantie
CBO - Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing	DS70 - Democratisch Socialisten '70
cbO - Consultatiebureau voor Ouderen	EAMA - European Academy for Medicine of Ageing
CBS - Centraal Bureau voor de Statistiek	EACCME - European Accreditation Council for CME
cc - Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialis- ten	ERGO - Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek
ccms - Centraal College Medische Specia- listen	ER-IAGG - European Region of the Inter- national Association of Gerontology and Geriatrics
ccoow - Commissie Concilium Onderwijs Opleiding en Wetenschap	EUGMS - European Union Geriatric Medicine Society
CDA - Christen-Democratisch Appèl	GAAZ - Geriatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis
CG - Concilium Geriatricum	GAPZ - Geriatrische afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis
CGA - Comprehensive Geriatrisch Assess- ment	GAUZ - Geriatrische afdeling in een universitair ziekenhuis
CHU - Christelijk-Historische Unie	GGD - Gemeentelijke Gezondheidsdienst
CKZ - Commissie Kwaliteitszaken	GG&GD - Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
CME - Continuing Medical Education	GGZ - Geestelijke Gezondheidszorg
COG - Capaciteitscommissie Opleiding Geriatricie	GR - Gezondheidsraad
COSBO - Centraal Orgaan Samenwerkende Bejaarden Organisaties	HVRC - Huisartsen en Verpleeghuisartsen
cow - Commissie Onderwijs en Weten- schap (van de NVvG, later NVvG)	

- Registratie Commissie
- IAGG - International Association of Gerontology and Geriatrics
- IBMG - instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
- ICC - InterCollegiaal Consult
- ICD - International Classification of Diseases
- IGZ - Inspectie voor de Gezondheidszorg
- ITS - Instituut voor Toegepaste Sociologie Nijmegen
- IVEG-TNO - Instituut voor Experimentele Gerontologie-TNO
- IVVO - Instituut voor Verouderings- en Vaatziektenonderzoek-TNO
- KGIp - Klinisch Geriaters in de Psychiatrie
- KISZ - Kwaliteits-Inventarisatie en -Signalering van Zorgprocessen
- KNMG - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- KVP - Katholieke Volkspartij
- LAD - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
- LOAG - Landelijk Onderwijs Aios Geriatrie
- LHV - Landelijke Huisartsen Vereniging
- LSV - Landelijke Specialisten Vereniging
- NESTOR - Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek
- NFB - Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg
- NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap
- NIG - Nederlands Instituut voor Gerontologie
- NIV - Nederlandse Internisten Vereniging
- NIVEL - Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
- NIZW - Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
- NPO - Nationaal Programma Ouderenzorg
- NRV - Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- NVG - Nederlandse Vereniging voor Gerontologie
- NVKG - Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- (J)NVKG - Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (Junior)
- NVN - Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- NVSG - Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie
- NVVA - Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (later Verenso)
- NVVG - Nederlandse Vereniging voor Geriatrie
- NVVp - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- NZa - Nederlandse Zorgautoriteit
- NZi - Nationaal Ziekenhuisinstituut
- NZR - Nationale Ziekenhuisraad
- OMS - Orde van Medisch Specialisten
- PCOB - Protestants Christelijke Ouderenbond
- POKG - Projectgroep Opleidings- vernieuwing Klinische Geriatrie
- PPR - Politieke Partij Radikalen
- PROM - Patient Reported Outcome Measure
- PVC - Plenaire Visitatie Commissie Opleiding
- PvdA - Partij van de Arbeid
- RIAGG - Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
- RIVM - Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
- RGO - Raad voor Gezondheidsonderzoek
- RGS - Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
- RSGD - Regionaal Sociaal-Geriatrie Dienst
- SGCP - Stichting Geriatrie Consultatiepunt Utrecht
- SGP - Staatkundig Gereformeerde Partij
- SIG - Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
- SIG - Speciale Interesse Groepen NVKG
- SKG - Sectie Klinische Geriatrie
- SKMS - Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
- SOOM - Stuurgroep Onderzoek op het terrein van de Ouder wordende Mens
- SRC - Specialisten Registratiecommissie

TCOB - Themacommissies voor Ouderen-
beleid
TGG - Tijdschrift voor Gerontologie en
Geriatric
TNO - Nederlandse Organisatie voor
Toegepast Natuurwetenschappelijk
Onderzoek
UEMS - Union Européenne des Médecins
Spécialistes / European Union of
Medical Specialists
UMC - Universitair Medisch Centrum
UNIE - Unie van Diocesane Katholieke
Bonden van Bejaarden en Gepensio-
neerden
VAKG - Vereniging voor Arts-assistenten
Klinische Geriatric
VMS - Veiligheidsmanagementsysteem

VRO - Voorlopige Raad voor het Ouderen-
beleid
VVD - Volkspartij voor Vrijheid en Demo-
cratie
VWS - Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
WAO - Wet op de arbeidsongeschiktheids-
verzekering
WKG - Werkgroep Klinische Geriatric
WKGf - Werkgroep Klinische Geronto-
farmacologie
WVC - Ministerie van Welzijn, Volks-
gezondheid en Cultuur
WZV - Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZOWEL NN - Zorg voor Ouderen en
Welzijn Netwerk Nijmegen
ZWO - Nederlandse Organisatie voor Zui-
ver-Wetenschappelijk Onderzoek

J.B.V. WELTEN

Johannes Bartholomeus Vincentius Welten (*1924) studeerde geneeskunde in Utrecht en behaalde in 1952 zijn artsdiploma. Vanaf 1955 werkte hij als huisarts in Goes waar hij het verpleeghuis Maria ter Weel oprichtte waarvan hij tot 1967 de leiding had. Het nieuwe verpleeghuis 'voor vijftig chronische en langdurig zieken' werd officieel geopend op 13 juli 1964.

In 1968 promoveerde Welten bij de Nijmeegse hoogleraar in de sociale geneeskunde prof.dr. A.Th.L.M. Mertens (1911-2000) op het proefschrift getiteld *Bejaarden in ziekenhuizen: een longitudinaal onderzoek van 2 jaren omtrent de 430 bejaarden, die op 31 jan. 1965 in de ziekenhuizen van Zeeland waren opgenomen*. De jaren daarna was hij achtereenvolgens geneesheer-directeur van het Dommelhoefcomplex in Eindhoven en algemeen directeur-geneesheer van de Katholieke Stichting voor Verzorging en Verpleging in de regio 's-Gravenhage (Welten, 1978).

Welten was van 1975 tot 1983 lid van het bestuur van de nvvg, vanaf 1978 als secretaris. Hij heeft een belangrijk aandeel gehad in de profilering van de geriatric als medisch specialisme. Zelf was hij een van de eerst geregistreerde klinisch geriateren. Welten was voorts hoofdbestuurder van het in 1957 opgerichte COSBO.

Bij zijn pensionering in 1984 kreeg hij een *Liber amicorum* aangeboden met artikelen over geriatric (Schugard et al., 1984).



REGISTER VAN PERSONEN

- Aa, G.C.H.M. van der 96, 106, 110, 128, 145
Abma, H.G. 41, 42
Akkerman, H.P. 37, 38, 52
Ameyden van Duym, E.E. van 30
d'Ancona, H. 62, 76, 85, 89, 100-102
Arends, A.J. 140, 146
- Baruch, I.Z. 41, 42
Belinfante-van Gelder, M.E. 106
Bergman, R.A.M. 13
Blauw, G.J. 118
Boelaarts, L. 105, 110
Borst-Eilers, E. 81-83, 90
Bosschieter, E. 38, 39
Braadbaart, S. 8, 25, 34, 37, 38, 45, 51, 52, 56
Brakman, P. 84, 85
Bruijns, E. 7, 30, 51, 61-63, 65, 71, 85, 86, 95, 100, 105, 128, 145, 150
Bührmann, J.Ch. 30, 31
Bussemaker, M. 115
- Cahn, L.A. 38, 40, 45
Cammen, T.J.M. van der 7, 8, 85, 96, 120, 140, 145, 146, 150
Campen, J.P.C.M. van 107, 132, 145
Claessens, W.L.M. 105
Colenbrander, M.C. 47
Cools, H.J.M. 90
Cornegé-Blokland, E. 142, 145
Cornelissen, G.M.P. 43
- Dautzenberg, P.L.J. 134
Dees, D.J.D. 61
Deetman, W.J. 64
Diatlowicki-Tobi, A. 20, 21
Dijk, C. van 52
Dijkman, R. 137
Dillmann, E.B.M. 59
- Duursma, S.A. 77, 82, 83, 86, 87, 90, 105, 113, 128, 145
- Egas, C. 41
Eikelenboom, P. 90
Eulderink, F. 90
- Fiolet, J.F.B.M. 63, 71
Fockert, J.A. de 8, 59, 71, 85, 100, 160
- Gardeniers-Berendsen, M.H.M.F. 57
Ginjaar, L. 36, 45
Golüke-Willemse, G.A.M. 145
Gribnau, F.W.J. 69
Groen, J.J. 13
Groen, S.P.C. 106, 108
Groot, P.A. de 45
Groutars, G.A.M. 145
- Haaften, W.H. van 8, 26, 73
Haar, H.W. ter 8, 21, 37-39, 45, 51, 54, 147
Haas-Berger, R.M. 42-44
Heeren, T.J. 87, 90
Heijden, F.J. van der 89
Hendriks, J.P.M. 42-44
Heuvel, W.J.A. van den 66, 84
Hoefnagels, W.H.L. 64, 66, 71, 85, 88, 90, 92, 129, 145
Hofman, A. 84
Hollander, C.F. 65, 67
Hoogervorst, J.F. 113
Hornstra, R. 19
Horst, L. van der 13, 25-27
Huijsman, R. 130
Hupkens, P.E.M. 68, 72, 91, 99, 105, 106
- Jansen, B.C.P. 12, 13
Jansen, E.M. 45

- Jansen, P.A.F. 72, 85, 87, 94, 105, 106, 145
 Jansen, R.W.M.M. 110
 Jellesma-Eggenkamp, M.J.H. 30, 93, 103, 105, 134, 145
 Jonckheere, R.A.M. de 110
 Jue, P. 139, 142, 145
- Kalisvaart, C.J. 110, 119
 Kamerbeek, C.J.J. 37
 Kammen-Wijnmalen, E.H.W. van 30, 59, 69
 Kamperman, K. 100
 Kant, A.C. 115
 Kappeyne van de Coppello, A. 44
 Keijsers, C.J.P.W. 142, 145
 Keijzer, J.A.L. de 105, 106
 Keizer, A.A. 118
 Klijsma, P.J.E. 7, 105, 110, 145, 151
 Knecht-van Eekelen, A. de 7, 151
 Knook, D.L. 88-90
 Koekoek, H. 44
 Koningin Beatrix 100, 101
 Koningin Juliana 46, 47, 49
 Kooij, P.J.F. van der 93
 Kramer, M.H.H. 133
 Krijnen, J.H. 49
 Kruisinga, R.J.H. 31, 32, 41
 Kruithof, H. 129, 131, 132
 Krulder, J.W.M. 140, 146
- Lamberts, J.H. 30, 31, 41, 42
 Leering, C. 37-39, 45, 55, 90
 Leeuwen, J. van 10, 31, 43
 Ligthart, G.J. 77, 83, 84, 88-91, 94, 109, 110, 128, 129
 Lindeboom, G.A. 27, 45, 143
 Lopes Cardozo, E. 27
- Maarschalkerweerd, W.W.A. van 139, 146
 Maas, H.A.A.M. 132-134, 145
 Mackenzie-van der Noordaa, M.C. 25
 Mandema, E. 84
 Matse, E. 45
 Merkus, W.J.F.M. 38
 Mertens, A.Th.L.M. 155
 Metz, J.C.M. 95
- Michels, J.J.M. 65
 Munnichs, J.M.A. 59, 65, 76
 Muntendam, P. 12, 13
- Nieuwenhuizen, C.L.C. van 40, 45, 47, 50
 Nieuwkerk, J.F. van 71, 105, 145
- Olde Rikkert, M.G.M. 105, 108, 115, 116, 118, 145
 Oostvogel, F.J.G. 37, 38, 65, 143, 145
 Ornée, J.M. 7, 55, 71, 105, 106, 145, 152
 Ossentjuk, E. 45
 Ottolander, G.J.H. den 27
- Pennekamp, P.H.B. 99
 Poel-Elskamp, A.B.M. van der 7, 151
 Proosdij, C. van 8, 19-21, 29, 36, 49, 50, 59, 62-64
- Querido, A. (Arie) 19
 Querido, A. (Andries) 84
- Raymakers, J.A. 86
 Reinders Folmer, A.N.J. 8, 37-39, 146
 Ribbe, M.W. 89, 90, 97
 Rijn, C.A. van 7, 125, 129, 131, 145, 146, 152
 Rinkes, E.R.R. 20
 Rooy, Ch.J.M.A. van 28
 Ross-van Dorp, C.I.J.M. 114
 Ruijter, G.N. de 85, 89, 90, 94, 106, 107
 Rümke, H.C. 21
- Sanders, J.B. 110
 Schaaf, J.H. 135, 136
 Schalm, L. 29
 Schellekens, J.W.G. 150
 Schendel, F.M.E. van 105, 145
 Schouten, J. 8, 37, 39, 41, 44, 52, 55, 143, 146
 Schreuder, J.Th.R. 8, 15, 19, 20, 22, 25, 26, 31-33, 37, 49, 65, 143, 146
 Simons, H.J. 62, 77, 99
 Sipsma, D.H. 8, 37, 55, 59, 71, 77, 87, 90, 94, 100, 101, 117, 128, 160
 Slaets, J.P.J. 71, 72, 106, 117, 118, 129, 135
 Sleswijk, J.G. 12, 13
 Smit, C. 151

Spreeuwenberg, C. 77
Spruyt, O. 34
Stam, F.C. 39
Stolte, J.B. 27
Sturkenboom, J. 117
Stuyt, L.B.J. 28, 41, 42, 81
Suurhoff, J.G. 22

Terpstra, E.G. 58, 62
Thijssen, C. 41, 85, 101, 145
Tilanus, A.D.W. 41-43
Tilburg, W. van 84
Toubi-van Burken, M. 138
Trouwborst, A. 113
Tulner, C.R. 107, 145

Veder-Smit, E. 44, 46, 49
Veenendaal-van Meggelen, S. van 42

Verburg, D. 105, 106
Verhaar, H.J.J. 129
Verhagen, H.J.A. 46
Verhey, F.R.J. 120
Verkuyl, H. 45
Vliegthart, A.M. 113
Vorst, F.A. 45
Vries, J. de 45

Warren, M. 22
Welten, J.B.V. 8, 37, 38, 40, 52, 55, 97, 155
Westendorp, R.G.J. 117, 118, 129
Wilmer, J.A.M. 134, 142, 145
Winkel, M.W.M. van 43
Wolvius, D. 45

Zonneveld, R.J. van 8, 13, 21-23, 25, 27, 36,
45

J.A. DE FOCKERT

J.A. (Jap) de Fockert (1927-2003) deed artsexamen in Utrecht in 1953 en werd opgeleid tot internist in Rotterdam. In de jaren zeventig begon hij in het Haarlemse ziekenhuis St. Joannes de Deo met een afdeling geriatrie. Hij bezocht meerdere keren geriatrie klinieken in Engeland en werkte op zijn afdeling volgens het Engelse model.

In de NVvG was De Fockert lid van de WKG en van de BBC. De WKG maakte dankbaar gebruik van zijn jarenlange ervaring als ziekenhuisspecialist en van zijn uitgebreide netwerk buiten het ziekenhuis. Zijn verslagen, overzichten en beleidsstukken waren van groot belang voor de verdere ontwikkeling van de klinische geriatrie. De Fockert heeft veel gepubliceerd en werkte mee aan diverse boeken. In 1995 verscheen van zijn hand het leerboek *Klinische geriatrie in de dagelijkse praktijk*. Zelf kon De Fockert zich niet laten registreren als klinisch geriater, dat liet het toenmalige maatschapsverband in Haarlem niet toe (Bruijns, 2014b). De NVKG heeft hem op 29 mei 1991 benoemd tot erelid.

D.H. SIPSMA

Prof.dr. Derk Homme (Dick) Sipsma (1936-2011) deed artsexamen in Groningen in 1962. Hij was huisarts in Roden (1963-1968) en vervolgens verpleeghuisarts. Hij was de oprichter van de sociaal-geriatrie dienst in Friesland en geneesheer-directeur van psychogeriatrisch verpleeghuis Nieuw Toutenburg. Hij promoveerde in 1986 op het proefschrift *Sociale geriatrie in theorie en praktijk*, waarin hij de multidisciplinariteit van het vakgebied illustreerde. In 1983 werd hij geregistreerd als klinisch geriater (van der Cammen, 2014).

Sipsma was lid, secretaris en voorzitter van de NVvG. Hij was hoogleraar Klinische geriatrie aan de RU Groningen (1991-2001). Van zijn publicaties kan het in 2008 verscheen essay *Van oude mensen, de dingen die gaan komen* worden genoemd, dat gaat over de nieuwe oudere - de 'novogeront' - die veel actiever leeft dan vroeger. De NVKG heeft hem bij zijn emeritaat benoemd tot erelid.

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) is een jonge vereniging met een lange geschiedenis. Dit boek behandelt die geschiedenis vanaf 1961 toen de eerste voorloper van de NVKG, de Nederlandse Vereniging van Geriaters, werd opgericht door een paar artsen met als gemeenschappelijk doel het verbeteren van de zorg voor ouderen. Ondanks tegenwerking zijn zij erin geslaagd om met ingang van 1983 het specialisme klinische geriatrie erkend te krijgen.

Verdere professionalisering, borging van kwaliteit en versterking van de klinische geriatrie in alle ziekenhuizen, dat zijn de doelen van nu. De NVKG is een bloeiende vereniging die investeert in de opleiding van basisartsen en klinisch geriaters. In het ziekenhuis zijn de klinisch geriaters niet meer weg te denken. Lees hoe zij erin zijn geslaagd om dat te bereiken.

