

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
Dutch Geriatrics Society



Beleidsvisie

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

De pioniersjaren voorbij

De pioniersjaren voorbij

Inleiding

Reeds lang geleden is ingezien dat de traditionele organisatievorm van de medisch-specialistische zorg in onze ziekenhuizen onvoldoende tegemoet komt aan de vaak complexe meervoudige morbiditeit van de kwetsbare oudere patiënt. In Nederland heeft dit besef er in de jaren vijftig van de vorige eeuw toe geleid dat een aantal perifeer werkzame internisten is gaan experimenteren met een meer *integrale benadering* van deze zorg. Daarmee hebben deze pioniers de basis gelegd voor de formele erkenning van het specialisme *klinische geriatrie*, nu bijna 25 jaar geleden. De geschiedenis laat echter zien dat deze erkenning indertijd niet onmiddellijk is gevolgd door een breed gedragen inbedding in de ziekenhuiswereld. Feitelijk is het pionieren in veel opzichten gewoon doorgegaan. Niettemin heeft dit specialisme zich gaandeweg de jaren inhoudelijk gestaag verder ontwikkeld en zich in steeds meer ziekenhuizen een gewaardeerde plaats verworven. Hierbij heeft de klinische geriatrie van overheidswege bij herhaling de nodige beleidsmatige steun gekregen. Anderzijds heeft het specialisme ook weerstanden ondervonden. Mede als gevolg hiervan is het aantal klinisch geriater relatief langzaam gegroeid en vertoont de klinisch geriatrie landkaart van ons land nog altijd veel hiaten. Dit is opmerkelijk omdat de klinisch geriatrie zorgverlening bij patiënten en verwijzers over het algemeen veel waardering geniet. Aangenomen mag daarom worden dat de recent in gang gezette marktwerking in de gezondheidszorg de klinische geriatrie de komende jaren een flinke impuls zal geven. Tegelijkertijd mag worden verwacht dat de markt voor (klinisch) geriatrie zorg als gevolg van de vergrijzende bevolking snel in omvang zal toenemen. Alle reden dus voor de NVKG om de pioniersjaren nu definitief achter zich te laten en een heldere visie te ontvouwen op de verworvenheden en de toekomst van de (klinische) geriatrie.

Opzet en inhoud

Het bestuur van de NVKG heeft er bij het ontwikkelen van deze beleidsvisie expliciet voor gekozen om primair de doelgroep van de klinische geriatrie, *de kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit*, als vertrekpunt te nemen. Deze insteek vertaalt zich direct in de opzet en de inhoud van deze beleidsvisie. Allereerst wordt een korte kenschets gegeven van de *medische zorg voor ouderen*. Vervolgens richt de aandacht zich op *de rolverdeling en de samenwerking* binnen de ouderengeneeskunde. Aansluitend worden *de doelgroep en de toegevoegde waarde* van de klinische geriatrie in beeld gebracht. In het kielzog hiervan wordt stilgestaan bij de *wetenschappelijke basis en verankering* van de (klinische) geriatrie. Vervolgens komen *het ondernemerschap en de organisatorische inbedding* van de klinisch geriater aan de orde. Dit alles mondt uit in een globale schets van het *competentieprofiel en opleidingsprofiel* van de klinisch geriater. Het geheel wordt afgesloten wordt met een puntsgewijze *samenvatting* van het geschetste toekomstbeeld.

Het bestuur is zich ervan bewust dat deze beleidsvisie op tal van terreinen nadere uitwerking behoeft en daarmee richtinggevend is voor de beleidsagenda van de NVKG in de komende jaren. Het bestuur hecht er echter aan zich allereerst te vergewissen van het benodigde draagvlak voor deze beleidsvisie, zowel in eigen geledingen als daarbuiten. Hiertoe zal deze beleidsvisie in brede kring en in alle openheid ter discussie worden gesteld.

Medische zorg voor ouderen

De ouderdom komt vaak met gebreken en het aantal ouderen in onze samenleving neemt de komende jaren snel toe. Het is dan ook geen wonder dat het vraagstuk van de vergrijzing brede aandacht geniet. Aan de ene kant wordt gevreesd voor een tekort aan personele en financiële middelen om op een verantwoorde wijze in de zorgbehoefte van ouderen te kunnen voorzien. Aan de andere kant worden er ook kansen gezien om succesvol op deze miljardenmarkt te opereren. Niet zelden domineert hierbij het ideaalbeeld van de zelfsturende en zelfredzame oudere die over voldoende mogelijkheden beschikt om de kwaliteit van leven op het gewenste niveau te houden. Helaas voldoen veel ouderen niet (blijvend) aan dit ideaalbeeld. Mede door het succes van geneeskundige interventies op jongere leeftijd groeit het aantal ouderen met één of meer chronische ziekten gestaag. Verder is het inherent aan het leven dat de kwetsbaarheid met het vorderen van de jaren geleidelijk toeneemt. Zeker in de laatste levensfase hoeft er maar weinig te gebeuren om een oudere zorgafhankelijk te maken. Medische en niet-medische oorzaken gaan daarbij vaak hand in hand. In de ouderengeneeskunde is de belangrijkste uitdaging dan ook waar mogelijk te voorkómen dat de *zelfredzaamheid* verloren gaat, dan wel te bewerkstelligen dat deze zoveel mogelijk wordt herwonnen. Hiermee is niet alleen de *kwaliteit van leven*, maar ook de *doelmatigheid* van de zorg gediend. Overigens betekent dit eveneens dat bij het overwegen van medische interventies de hieraan gerelateerde verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van (het nog resterende) leven een belangrijke rol behoren te spelen.

Rolverdeling en samenwerking

In de medische zorg voor ouderen speelt een groot aantal medische disciplines een rol. Enkele hiervan leggen zich specifiek toe op de ouderengeneeskunde, te weten de verpleeghuisarts, de sociaal geriater, de ouderenpsychiater, de klinisch geriater en de internist-ouderengeneeskunde. Voor de thuiswonende oudere is de huisarts echter de eerste behandelaar. In de praktijk werken voormelde disciplines gewoonlijk nauw met elkaar samen, zeker op het niveau van de individuele patiëntenzorg. Vaak heeft de samenwerking in de keten op regionaal niveau een structureel karakter, al lijkt de introductie van de marktwerking in dit opzicht soms wat tegendraadse krachten los te maken. Mede onder druk van de zorgverzekeraars maken de huisartsen zich inmiddels op om de begeleiding van de chronische patiënten in belangrijke mate van de medisch specialisten in de tweedelijns over te nemen. Anderzijds ontplooiën de verpleeghuisartsen initiatieven om behalve binnen het verpleeghuis ook in de ambulante medische zorg voor ouderen actief te worden. De verwachting is dan ook dat er in de nabije toekomst op het terrein van de eerstelijns ouderengeneeskunde structurele vormen van samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen zullen ontstaan.

Klinisch geriater treft men zowel aan in academische en algemene ziekenhuizen als in psychiatrische ziekenhuizen. Kenmerkend voor de klinische geriatrie is dat deze van nature niet alleen een brugfunctie vervult tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook tussen de *cure* en de *care*. In nauwe samenhang hiermee steken klinisch geriater naar verhouding veel energie in de *transmurale samenwerking en ketenzorg*. Veelal is er dan ook sprake van een goede inbedding in het regionale netwerk van de ouderenzorg. Binnen de context van de geestelijke gezondheidszorg is de klinisch geriater bij uitstek toegerust om bij oudere psychiatrische patiënten eventuele somatische problemen te onderkennen. Verder is de klinische geriater hier veelal hoofdbehandelaar van de ouderen met een combinatie van gedragsstoornissen en cognitieve stoornissen. In algemene en academische ziekenhuizen is de medisch specialistische zorg voor ouderen feitelijk over vrijwel alle specialismen gespreid, zij het dat de interne geneeskunde, de neurologie en de psychiatrie zich in dit opzicht gewoonlijk onderscheiden. Dit laatste is zeker het geval in ziekenhuizen waarin het specialisme klinische geriatrie zich nog niet optimaal heeft kunnen ontwikkelen.

Tot op heden neemt de klinische geriatrie binnen het ziekenhuis gewoonlijk eenzelfde positie in als ieder ander poortspecialisme. Het is de huisarts/verwijzer die beslist naar welk(e) poortspecialisme(n) een (oudere) patiënt wordt verwezen. In geval een patiënt wordt opgenomen, is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de *medische coördinatie*. Binnen het ziekenhuis ontbreekt het als regel echter aan een mechanisme voor de medische coördinatie van parallelle poliklinische consultaties. Zeker als een (oudere) patiënt afwisselend verschillende specialismen consulteert, kan een huisarts/verwijzer op afstand hierin ook niet voorzien. Mede door zijn brede somatische en psychiatrische achtergrond is de klinisch geriater bij uitstek in staat om een *brugfunctie* tussen de eerste en de tweede lijn te vervullen.

Waar het voor een mondige zelfredzame patiënt vaak al lastig is om op eigen kracht de weg te vinden op onze gezondheidsmarkt, is dat voor een *kwetsbare oudere met complexe multipole pathologie* meestal een utopie. In de dagelijkse praktijk worden klinisch geriateren dan ook met grote regelmaat ingeschakeld om “dit gat in de markt te dichten”. Op informele wijze wordt hiermee in een evidente maatschappelijke behoefte voorzien. Het wordt dan ook hoog tijd dat deze *gidsfunctie* van de klinisch geriater een voor de patiënt herkenbare en deugdelijke verankering krijgt in de organisatie van de ziekenhuiszorg.

Concreet betekent dit dat huisartsen en andere verwijzers moeten worden gestimuleerd om kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit waarvan de zelfredzaamheid door een medische oorzaak wordt bedreigd, voor nadere diagnostiek en behandeling naar de klinisch geriater te verwijzen. Dit stelt de klinisch geriater namelijk in staat om binnen het ziekenhuis als *hoofdbehandelaar* te fungeren voor deze doelgroep, zowel tijdens klinische als tijdens poliklinische behandelafspraken. In deze opzet is het de klinisch geriater die zonedig andere specialismen in consult of in medebehandeling vraagt. Ook wanneer een kwetsbare oudere vanwege een acuut medisch probleem behandeling in het ziekenhuis behoeft, is het van groot belang dat de klinisch geriater van meet af aan bij de behandeling wordt betrokken en zo snel mogelijk de medische coördinatie op zich neemt. Alleen dan is het mogelijk om de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen een integraal karakter te geven.

Mede omdat het beroep dat op de ouderengeneeskunde wordt gedaan de komende jaren naar verwachting snel zal toenemen, is het niet alleen van belang dat de behandelcapaciteit van de betrokken medische disciplines hiermee gelijke tred houdt, maar evenzeer dat de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn verder wordt ontwikkeld. In dit kader staat de NVKG onder meer voor ogen om in samenwerking met de andere medische disciplines binnen de ouderengeneeskunde initiatieven te ontplooiën om de beschikbare geriatrie kennis zoveel mogelijk met elkaar te delen.

Doelgroep en toegevoegde waarde

Het ontstaan van het medisch specialisme klinische geriatrie is nauw verbonden met het bestaan van *oudere patiënten die door een veelvoud van stoornissen in lichamelijk en/of geestelijk functioneren, al dan niet in combinatie met een ontregelde sociale situatie, een complex ziektebeeld vertonen*. Naderhand is aan deze omschrijving van de doelgroep het begrip kwetsbaarheid toegevoegd. In praktische zin gaat het daarbij vooral om (de dreiging van) een *afnemende zelfredzaamheid*. Kenmerkend voor de geriatrie patiënt is dat de symptomen van fysiologische achteruitgang gecompliceerd worden door een complex van verschillende simultane aandoeningen. De praktijk wijst daarbij uit dat de gepresenteerde (ziekte)beelden in de meeste gevallen mede worden bepaald door één of meer syndromen uit het kwartet van *geriatric giants*: geestelijke achteruitgang, instabiliteit (vallen), afwijkend gedrag en incontinentie.

Overigens richt de klinische geriatrie zich uiteraard ook op de ouderen die door een medische oorzaak en/of interventie het risico lopen tot de kwetsbare groep te gaan behoren. Samenvattend kan de doelgroep van de klinische geriatrie dan ook redelijk worden afgebakend met de omschrijving: *kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit*.

De toegevoegde waarde van de klinische geriatrie hangt in hoge mate samen met de *integrale holistische benadering* die in dit specialisme is ingebouwd. Niet de onderscheiden ziekteverschijnselen en beperkingen, maar de patiënt als geheel is het primaire onderwerp van beschouwing. Deze benadering vertaalt zich onder meer in een veelomvattende opzet van het geriatrische onderzoek (anamnese en fysische diagnostiek), het werken met een multidisciplinair (medisch, paramedisch en verpleegkundig) geriatrisch team en voortdurende aandacht voor de belastbaarheid van de kwetsbare oudere. Hierbij richten de inspanningen zich vooral op het behoud of herstel van de zelfredzaamheid met als hoofddoel het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Deze hiermee summier geschetste benadering wordt ook wel aangeduid als het *geriatrisch model*. De toegevoegde waarde van de klinische geriatrie heeft daarnaast ook een indirecte component. Zo fungeert de klinisch geriater voor de andere spelers in de ouderenzorg vaak als adviseur. Verder brengt de *spilfunctie* in de medisch specialistische zorg voor ouderen met zich mee dat het klinisch geriatrisch dossier voor verschillende doeleinden als een bron van (patiëntgebonden) informatie wordt gebruikt. Hieronder is ter illustratie van de toegevoegde waarde van de klinische geriatrie een aantal elementen hiervan wat concreter aangeduid.

Illustratief voor de toegevoegde waarde van de klinisch geriater is dat deze

- *ziektebeelden bij ouderen herkent ondanks de vaak atypische presentatie van de symptomen*
- *bij het uitstippelen van een diagnostisch traject expliciet rekening houdt met de belastbaarheid van de patiënt*
- *de verschijnselen herkent die een voorbode kunnen zijn van een afnemende zelfredzaamheid en zo mogelijk actie onderneemt*
- *niet wenselijke combinaties van geneesmiddelen signaleert en in overleg met de overige behandelende artsen de medicatie aanpast*
- *bij oudere operatiepatiënten het risico van een acute verwardheid beoordeelt en preventieve maatregelen neemt*
- *door andere specialisten wordt geconsulteerd bij een verdenking op een acute verwardheid en zonodig de behandeling instelt*
- *evenals huisartsen en verpleeghuisartsen een spilfunctie vervult in het regionale netwerk van de ouderenzorg en op deze wijze bijdraagt aan de transmurale continuïteit van zorg*
- *een onomkeerbare afname van de zelfredzaamheid vroegtijdig signaleert en adviezen geeft met betrekking tot de te ondernemen acties*
- *de multidisciplinair verzamelde diagnostische informatie desgevraagd (met instemming van betrokkene) ter beschikking stelt van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)*
- *bij het overwegen van medische interventies de daaraan gerelateerde verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van leven expliciet in beschouwing neemt*

De keerzijde van het werken volgens het *geriatrisch model* is dat dit relatief tijdrovend is. Uit oogpunt van doelmatigheid is het daarom ongewenst dat deze werkwijze wordt toegepast als een minder arbeidsintensieve probleembenadering ook volstaat. De doelmatigheid is er evenmin mee gediend als de tijd die voor een patiënt wordt ingepland slechts ten dele wordt benut. Om de schaarse middelen verantwoord in te zetten zal de klinische geriater er daarom “bij de poort” op toezien dat de aangemelde patiënten tot de doelgroep van de klinische geriatrie behoren. Hierbij zal worden zorggedragen voor een zodanige vastlegging van gegevens dat het beleid terzake desgewenst door derden kan worden getoetst. Niet tot de doelgroep behorende patiënten zullen als regel (in overleg met de verwijzer) naar een ander poortspecialisme worden doorverwezen.

Wetenschappelijke basis en verankering

Zoals elke behandelend arts is de klinisch geriater primair gericht op het oplossen van gezondheidsproblemen van individuele patiënten. Daarbij wordt gebruik gemaakt van verschillende kennisbronnen: wetenschappelijke kennis, ervaringskennis en specifieke per patiënt vergaarde kennis. De praktijk van *evidence-based medicine* impliceert dan ook dat de professional zijn/haar individuele klinische expertise integreert met het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. In het bijzonder voor de klinische geriatrie geldt dat dit integratieproces dankzij het werken in multidisciplinair teamverband veelal een expliciet karakter heeft. Bovendien is het inherent aan de geriatrische werkwijze dat de teamleden hun observaties, ervaringen en kennis met elkaar delen. Een betere inbedding voor een evidence-based benadering van de geriatrische patiënt is nauwelijks denkbaar.

Probleem is wél dat het wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde tot op heden vooral gericht is geweest op het bestuderen van de oorzaken en behandelopties van enkelvoudige stoornissen en beperkingen. De interacties tussen de verschillende oorzakelijke factoren en tussen de verschillende behandelvormen zijn niet of nauwelijks bestudeerd. Kenmerkend voor de geriatrische patiënt is nu echter juist de *meervoudige morbiditeit*. De uitdaging voor de komende jaren is dan ook om (in samenwerking met de andere disciplines die actief zijn in de ouderengeneeskunde) wetenschappelijk onderzoek te entameren dat concrete handvatten biedt voor het behandelen van co-morbiditeit bij ouderen. Hierbij leeft het besef dat de specifieke kenmerken van de doelgroep (kwetsbaarheid en meervoudige morbiditeit) tevens de moeilijkheidsgraad van dergelijk onderzoek bepalen. Immers, in de geriatrische praktijk is elke patiënt feitelijk uniek. In nauwe samenhang hiermee verschillen ook de arrangementen van medische en niet-medische interventies van patiënt tot patiënt. Elk individueel zorgtraject levert ervaringen op waarvan kan worden geleerd. De uitdaging is om dit leren zodanig systematisch vorm te geven dat hierdoor overdraagbare kennis wordt gegenereerd.

Hiervoor dient in de praktijk aan een aantal randvoorwaarden te worden voldaan. Allereerst is het noodzakelijk dat de universitaire medische centra samen met de wetenschappelijke vereniging een research agenda opstellen. Tevens zal de academie de benodigde wetenschappelijke infrastructuur moeten leveren in de vorm van expertisecentra met een vaste kern van stafleden voor de coördinatie van het onderzoek. Tegelijkertijd zullen rond deze centra netwerken van perifere geriatrische klinieken moeten worden gevormd. Uitgangspunt voor de NVKG is namelijk dat kwetsbare ouderen als regel in het dichtstbijzijnde ziekenhuis thuishoren waar over specialistische geriatrische expertise wordt beschikt. In de meeste gevallen zal dat een perifeer ziekenhuis zijn. Dit vraagt van de academie de bereidheid om in de samenwerking met de periferie te investeren. Van de periferie vraagt dit de bereidheid en de inzet om in wetenschappelijk onderzoek te participeren.

Van belang is voorts dat reeds tijdens de basisopleiding van artsen de nodige aandacht aan de medische zorg voor ouderen wordt besteed. Eigenlijk moet elke arts een co-schap geriatrie hebben gevolgd. Alleen dan mag worden verwacht dat artsen voldoende voorbereid zijn op hun toekomstige werk in de vergrijzende samenleving. Bovendien is dit nodig om voldoende getalenteerde artsen/onderzoekers voor de (klinische) geriatrie te interesseren om in de groeiende behoefte te voorzien. De aanwezigheid van hoogleraren klinische geriatrie in de universitaire medische centra is daarvoor van essentieel belang.

Ondernemerschap en organisatorische inbedding

De kracht van de bestaande afdelingen geriatrie in algemene ziekenhuizen is veelal dat deze niet alleen een redelijk afgebakende patiëntengroep (doelgroep) bedienen, maar ook een relatief zelfstandige organisatorische positie hebben. Het gevolg is dat de medewerkers van een dergelijke eenheid zonder uitzondering op de zorg voor de oudere mens zijn gericht en hiervoor in veel gevallen ook bewust hebben gekozen. Zeker voor een afdeling die het in belangrijke mate moet hebben van multidisciplinaire samenwerking is dat een voordeel.

Van belang is eveneens dat de vakgroep van klinische geriateren een integraal onderdeel vormt van deze eenheid en daarbinnen als vanzelf een beleidsbepalende functie vervult. Aannemelijk is overigens dat ook het feit dat de klinisch geriateren in dienstverband werkzaam zijn, hierbij van betekenis is. Niet alleen zijn hierdoor de financiële prikkels voor iedereen gelijk, ook het herschikken van taken tussen de verschillende disciplines is hierdoor gemakkelijker. De recente geschiedenis heeft dan ook laten zien dat er vanuit geriatrische vakgroepen/afdelingen tal van marktgerichte initiatieven zijn ontplooid. Voorbeelden van dit succesvolle ondernemerschap zijn de geheugenpoli's, de valpoli's en de diagnostische dagcentra voor ouderen. Ongetwijfeld speelt hierbij mede een rol dat de organisatorische inbedding van de geriatrie als zelfstandige eenheid garant staat voor een korte lijn met het topmanagement van de zorgonderneming.

Voor de toekomst van de (klinische) geriatrie is het van wezenlijk belang dat de hiervoor geschetste organisatievorm verder wordt uitgebouwd. De korte lijn met het topmanagement is niet alleen essentieel om succesvol op de gezondheidsmarkt te opereren, maar ook om de samenwerkingsrelaties met andere zorgaanbieders een deugdelijke strategische en juridische basis te geven. De geschetste organisatievorm is eveneens 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. Tenslotte is deze vorm zeer geschikt om op harmonische wijze nieuwe disciplines als de *nurse practitioner* en de *physician assistant* in het geriatrisch team in te passen.

Overigens past hierbij dat de vakgroep (klinische) geriatrie eveneens een multidisciplinair karakter moet kunnen krijgen. Concreet betekent dit dat naast de klinisch geriateren ook andere medisch specialisten met affiniteit voor de ouderengeneeskunde tot de *vakgroep geriatrie* kunnen toetreden. Hierbij kan men onder meer denken aan de ouderenpsychiater en de internist-ouderengeneeskunde. Voorwaarde is slechts dat deze specialisten zich het *geriatrisch model* eigen maken en bereid zijn zich in deze benaderingswijze en werkwijze te voegen. Verwacht mag worden dat deze openstelling van de vakgroep niet alleen in kwantitatief opzicht, maar ook in kwalitatief opzicht van meerwaarde zal blijken te zijn.

Competentieprofiel en opleidingsprofiel

De klinische geriatrie heeft zich de afgelopen 25 jaar met vallen en opstaan ontwikkeld. De lering die daaruit gaandeweg is getrokken, heeft uiteindelijk geresulteerd in wat het *geriatrisch model* is gaan heten. Dit model staat feitelijk zowel voor een zienswijze als voor een benaderingswijze en een daarbij passende werkwijze. De inhoudelijke basis van de klinische geriatrie omvat bouwstenen uit verschillende delen van de geneeskunde en de sociale wetenschappen. Een klinisch geriater specialiseert zich dus in de breedte. Uiteraard heeft dit alles te maken met de doelgroep waarop de klinische geriatrie zich richt: *kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit*. Bovendien is het inherent aan de levensfase van de doelgroep, dat de zorgverlening vaak een juridische en/of ethische dimensie krijgt. Verder beweegt de klinisch geriater zich zowel in een complexe organisatie als in een complex netwerk van ouderenzorg. Ook daarvoor zijn specifieke kennis en vaardigheden vereist. Een klinisch geriater moet dus van vele markten thuis zijn. Klinische geriatrie is daarmee een buitengewoon boeiend specialisme. Echter ook een specialisme dat weinig routine en weinig zekerheden kent.

Nu de pionierjaren achter de rug zijn, is er alle reden om opnieuw aandacht te besteden aan de competenties waarover een klinische geriater moet beschikken om zich met succes in het geschetste werkveld te manifesteren. In deze beleidsvisie is reeds een groot aantal bouwstenen voor dit *competentieprofiel* aangedragen. De komende tijd zal hieraan een concrete uitwerking moeten worden gegeven. Daarmee zal dan tevens de basis zijn gelegd voor een tot de verbeelding sprekende herziening van het *opleidingsprofiel* van de klinisch geriater.

Samenvatting

- Bijna 25 jaar na de formele erkenning van het specialisme *klinische geriatrie* is de verwachting dat de markt voor geriatrische zorg als gevolg van de vergrijzende bevolking snel in omvang zal toenemen. Alle reden dus voor de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie om de pioniersjaren als afgesloten te beschouwen en een heldere visie te ontvouwen op de toekomst van de (klinische) geriatrie.
- De belangrijkste uitdaging in de ouderengeneeskunde is waar mogelijk te voorkómen dat de *zelfredzaamheid* van oudere patiënten verloren gaat, dan wel te bewerkstelligen dat deze zoveel mogelijk wordt herwonnen. Hiermee is niet alleen de *kwaliteit van leven*, maar ook de *doelmatigheid* van de zorg gediend.
- Kenmerkend voor de geriatrische patiënt is dat de symptomen van fysiologische achteruitgang gecompliceerd worden door een complex van verschillende simultane aandoeningen. Samenvattend kan de doelgroep van de klinische geriatrie dan ook redelijk worden afgebakend met de omschrijving: *kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit*.
- Eveneens kenmerkend voor de klinische geriatrie is dat deze van nature niet alleen een brugfunctie vervult tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook tussen de *cure* en de *care*. In nauwe samenhang hiermee steken klinisch geriateren naar verhouding veel energie in de *transmurale samenwerking en ketenzorg*. Veelal is er dan ook sprake van een goede inbedding van de klinische geriatrie in het regionale netwerk van de ouderenzorg. Mede door zijn brede somatische en psychiatrische achtergrond is de klinisch geriater bij uitstek in staat om een *brugfunctie* te vervullen tussen de eerste en de tweede lijn.
- Waar het voor een mondige zelfredzame patiënt vaak al lastig is om op eigen kracht de weg te vinden op onze gezondheidsmarkt, is dat voor een *kwetsbare oudere met meervoudige morbiditeit* meestal een utopie. In de dagelijkse praktijk worden klinisch geriateren dan ook met grote regelmaat ingeschakeld om “dit gat in de markt te dichten”. Het wordt hoog tijd dat deze *gidsfunctie* van de klinisch geriater een voor de patiënt herkenbare en deugdelijke verankering krijgt in de organisatie van de ziekenhuiszorg.
- Mede omdat het beroep dat op de ouderengeneeskunde wordt gedaan de komende jaren naar verwachting snel zal toenemen, is het niet alleen van belang dat de behandelcapaciteit van de betrokken medische disciplines hiermee gelijke tred houdt, maar evenzeer dat de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn verder wordt ontwikkeld.
- De toegevoegde waarde van de klinische geriatrie hangt in hoge mate samen met de *integrale holistische benadering* die in dit specialisme is ingebouwd. Niet de onderscheiden ziekteverschijnselen en beperkingen, maar de patiënt als geheel is het primaire onderwerp van beschouwing. Hierbij richten de inspanningen zich vooral op het behoud of herstel van de zelfredzaamheid met als hoofddoel het optimaliseren van de kwaliteit van leven. Deze hiermee summier geschetste benadering wordt gewoonlijk aangeduid als het *geriatrisch model*.
- De keerzijde van het werken volgens het *geriatrisch model* is dat dit relatief tijdrovend is. Om de schaarse middelen verantwoord in te zetten zal de klinisch geriater er daarom “bij de poort” op toezien dat de aangemelde patiënten tot de doelgroep van de klinische geriatrie behoren. Hierbij zal worden zorggedragen voor een zodanige vastlegging van gegevens dat het beleid terzake desgewenst door derden kan worden getoetst.

Samenvatting (vervolg)

- De praktijk van *evidence-based medicine* impliceert dat de professional zijn/haar individuele klinische expertise integreert met het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. In het bijzonder voor de klinische geriatrie geldt dat dit integratieproces dankzij het werken in multidisciplinair teamverband veelal een expliciet karakter heeft. Bovendien is het inherent aan de geriatrische werkwijze dat de teamleden hun observaties, ervaringen en kennis met elkaar delen. Een betere inbedding voor een evidence-based benadering van de geriatrische patiënt is nauwelijks denkbaar.
- De uitdaging voor de komende jaren is om (in samenwerking met de andere disciplines die actief zijn in de ouderengeneeskunde) wetenschappelijk onderzoek te entameren dat concrete handvatten biedt voor het behandelen van co-morbiditeit bij ouderen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de universitaire medische centra samen met de wetenschappelijke vereniging een research agenda opstellen en de benodigde wetenschappelijke infrastructuur leveren. Tegelijkertijd zullen er rond deze centra netwerken van perifere geriatrische klinieken moeten worden gevormd.
- Van belang is dat reeds tijdens de basisopleiding van artsen de nodige aandacht aan de medische zorg voor ouderen wordt besteed. Elke arts moet een co-schap geriatrie hebben gevolgd. Alleen dan mag worden verwacht dat artsen voldoende voorbereid zijn op hun toekomstige werk in de vergrijzende samenleving. Bovendien is dit nodig om voldoende getalenteerde artsen/onderzoekers voor de (klinische) geriatrie te interesseren om in de groeiende behoefte te voorzien. De aanwezigheid van hoogleraren klinische geriatrie in de universitaire medische centra is daarvoor van essentieel belang.
- De kracht van de bestaande afdelingen geriatrie in algemene ziekenhuizen is dat deze niet alleen een redelijk afgebakende patiëntengroep (doelgroep) bedienen, maar ook een relatief zelfstandige organisatorische positie hebben. Het gevolg is dat de medewerkers van een dergelijke eenheid zonder uitzondering op de zorg voor de oudere mens zijn gericht en hiervoor in veel gevallen ook bewust hebben gekozen.
- Naast de klinisch geriaters kunnen ook andere medisch specialisten met affiniteit voor de ouderengeneeskunde tot de *vakgroep geriatrie* toetreden. Hierbij kan men onder meer denken aan de ouderenpsychiater en de internist-ouderengeneeskunde. Voorwaarde is slechts dat deze specialisten zich het *geriatrisch model* eigen maken en bereid zijn zich in deze benaderingswijze en werkwijze te voegen.
- De inhoudelijke basis van de klinische geriatrie omvat bouwstenen uit verschillende delen van de geneeskunde en de sociale wetenschappen. Een klinisch geriater specialiseert zich in de breedte en moet dus van vele markten thuis zijn. Klinische geriatrie is daarmee een buitengewoon boeiend specialisme.
- Het bestuur is zich ervan bewust dat deze beleidsvisie op tal van terreinen nadere uitwerking behoeft en daarmee richtinggevend is voor de beleidsagenda van de NVKG in de komende jaren. Het bestuur hecht er echter aan zich allereerst te vergewissen van het benodigde draagvlak voor deze beleidsvisie, zowel in eigen geledingen als daarbuiten.