



# Daarom ouderengeneeskunde

Over de veelzijdigheid van het specialisme

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>Weetjes en cijfers</b>	<b>4</b>
<b>Het werk</b>	<b>9</b>
<b>De patiënt en zijn ziektebeeld</b>	<b>15</b>
<b>Interview Maria van der Hoeven</b>	<b>19</b>
<b>De werkplek</b>	<b>22</b>
<b>Interview Aad Koster</b>	<b>27</b>
<b>Onderzoek</b>	<b>30</b>
<b>Carrière</b>	<b>35</b>
<b>Interview Caroline van den Brekel</b>	<b>40</b>
<b>De opleiding</b>	<b>43</b>
<b>Info en contact</b>	<b>51</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>55</b>
<b>Colofon</b>	<b>56</b>

# Voorwoord

Verenso bestaat 40 jaar! Ter ere van dat jubileum wordt 'Daarom Ouderengeneeskunde' uitgegeven. Een informatief boek vol inspirerende verhalen dat geneeskundestudenten en basisartsen over de streep kan trekken om een carrière in de ouderengeneeskunde te beginnen. Want helaas lopen hier nog niet genoeg studenten warm voor. Dat is onterecht. Ze weten niet wat ze missen. Het is echter wel een probleem, want de specialist ouderengeneeskunde is onmisbaar.

Hoe kunnen geneeskundestudenten enthousiast gemaakt worden? Op de meeste faculteiten lopen coassistenten geen stage in bijvoorbeeld een verpleeghuis. En het onbekende, daar kies je niet voor. Coassistenten die wél een dergelijke stage lopen, worden positief verrast. Ouderengeneeskunde blijkt opeens een gevarieerd, uitdagend en dankbaar vak. Zonder een stage weten geneeskundestudenten dus inderdaad niet wat ze missen!

Van veel medegeneeskundestudenten hoor ik: 'internist lijkt me wel wat, maar de hele dag poli draaien is niks voor mij'. Of: 'huisarts klinkt wel goed, maar dat gaat me niet diep genoeg'. En ook: 'ik wil specialist worden, maar jammer dat er zo weinig tijd voor patiënten is'. Hen adviseer ik: kijk eens naar ouderengeneeskunde. Die specialist is dagelijks bezig met complexe en belangrijke vraagstukken en organiseert voor iedere individuele patiënt de beste zorg. Als je daarnaast zorgzaam, consciëntieus en begripvol bent, dan is ouderengeneeskunde hét ideale specialisme.

Namens het KNMG Studentenplatform wens ik de lezer veel plezier met het lezen van dit boek, wens ik de geneeskundestudent veel wijsheid bij het kiezen voor zijn of haar vervolgopleiding en uiteraard feliciteer ik Verenso met haar jubileum!

Hein Handgraaf

*Voorzitter KNMG Studentenplatform*



The background features a large, stylized letter 'W' in dark blue. The top horizontal bar of the 'W' is replaced by a red snake's head, facing right, with a blue eye and a forked tongue. The bottom horizontal bars of the 'W' are also red. The text 'Weetjes en cijfers' is centered over the middle of the 'W'.

# Weetjes en cijfers



## Weetjes en cijfers

'Sinds de erkenning van het vakgebied in 1990 is het aantal specialisten ouderengeneeskunde spectaculair toegenomen. Van 1007 in 2000 naar 1475 in 2010. Een groei van 46% in tien jaar. Het is getalsmatig het vijfde specialisme in Nederland. De verwachting is dat de zorgvraag zodanig zal stijgen dat het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde met nog eens 25% kan toenemen. Een vak met toekomst', aldus Mieke Draijer, voorzitter van Verenso.

Op de vraag wat het vak zo bijzonder maakt antwoordt Draijer: 'De specialist ouderengeneeskunde is generalist en specialist tegelijk. Hij is specialist op het gebied van geriatrische aandoeningen en specifieke verschijningsvormen van ziekten en aandoeningen bij ouderen en hij is generalist als hoofdbehandelaar van de patiënt. Hij geeft inhoudelijke leiding aan een multidisciplinair

team van psychologen, paramedici en verzorgenden.'

Verder stelt zij dat het werk van de specialist ouderengeneeskunde medisch complex en onderscheidend is. 'Het verbeteren van de kwaliteit van leven van hen die kwetsbaar zijn geworden door complexe, chronische multipathologie. Daar gaat het in de kern

om voor de specialist ouderengeneeskunde. Er is zelden sprake van eenduidige oorzaken en effecten. Binnen de complexiteit van het werk streeft de specialist ouderengenees-

kunde naar de best mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt. Een vak met diepte en breedte dus.'

## Weetjes

### De specialist ouderengeneeskunde is dé deskundige als het gaat om optimale geneesmiddelentoepassing bij ouderen

Deze deskundigheid is belangrijk, omdat:

- Bijna 20% van de 75-plussers tien of meer geneesmiddelen gebruikt.<sup>1</sup>
- Het effect van geneesmiddelen bij ouderen vaak anders is dan bij jongeren of mensen van middelbare leeftijd.
- Patiënten die negen of meer verschillende geneesmiddelen gebruiken een ruim twee keer zo grote kans hebben op het ontwikkelen van bijwerkingen en interacties, dan patiënten die minder geneesmiddelen gebruiken.<sup>2</sup>
- Naarmate patiënten meer geneesmiddelen voorgeschreven krijgen en de farmacotherapie complexer is, het lastiger wordt voor patiënten om alle medicamenten trouw volgens voorschrift in te nemen.<sup>2</sup> Een deskundig iemand die weet hoe therapietrouw het meest effectief bevordert kan worden, is dan van grote waarde.
- Het toenemend aantal ouderen met multimorbiditeit, polyfarmacie tot een steeds groter maatschappelijk probleem maakt. Polyfarmacie gaat gepaard met vele negatieve gevolgen zoals een grotere kans op bijwerkingen, toename van de morbiditeit, ziekenhuis- en verpleeghuisopnames en zelfs overlijden. Het leidt daarmee tot een afname van de kwaliteit van leven van oudere patiënten en hogere zorggerelateerde kosten.<sup>3</sup>

### De specialist ouderengeneeskunde werkt waar de patiënt zich bevindt

De specialist ouderengeneeskunde wordt vaak geassocieerd met het verpleeghuis.

Specialisten ouderengeneeskunde werken echter niet alleen in het verpleeghuis, maar ook:

- in het verzorgingshuis;
- in het ziekenhuis (transferafdelingen, polikliniek, consulent);
- bij de GGz (ambulante en klinische ouderenzorg);
- in het hospice.
- als adviseur/medebehandelaar van de huisarts.

### Aios kunnen hun opleiding combineren met een promotietraject

In het kader van academisering stimuleert de SBOH (werkgever van artsen in opleiding) aioto-trajecten met financiële steun. Aioto's (arts in opleiding tot onderzoeker) zijn aios die hun opleiding combineren met een promotietraject als onderzoeker. Academisering wordt gezien als een middel om de kwaliteit van de ouderengeneeskunde te verhogen.

## Cijfers

### Over specialisten ouderengeneeskunde<sup>4</sup>

- 1475 artsen in Nederland werken als specialist ouderengeneeskunde (peildatum 01-01-10).
- 61% van de specialisten ouderengeneeskunde is vrouw (peildatum 01-01-10).
- De groei van de beroepsgroep vindt vooral plaats in de leeftijdscategorie tussen de dertig en vijftig jaar en bij vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde.
- Omvang dienstverband: gemiddeld werkt een specialist ouderengeneeskunde 0,83 fte.<sup>5</sup>
- De verhouding tussen patiëntgebonden tijd en niet- patiëntgebonden tijd is 70%.<sup>6</sup>

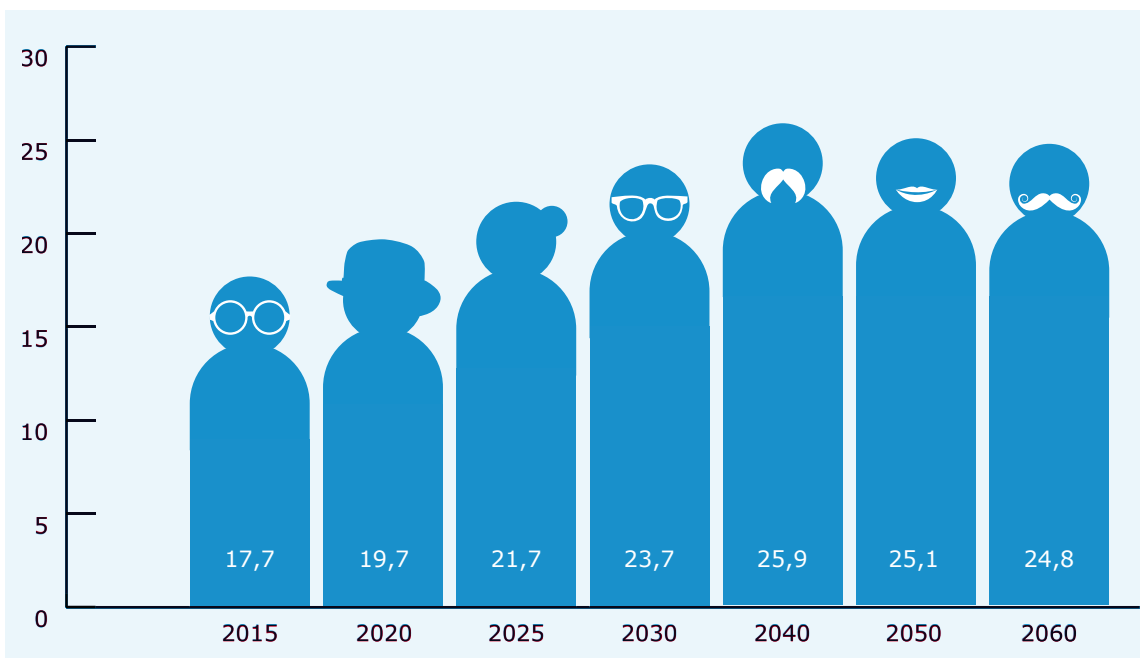
### Over de aios<sup>7</sup>

- In 2011 waren er gemiddeld 210 artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.
- Het merendeel hiervan is vrouw (76,9%).
- In 2011 was de gemiddelde leeftijd van aios in de vervolgopleiding 36,5 jaar. De gemiddelde leeftijd van vrouwen (35,7 jaar) ligt hierbij lager dan die van de mannelijke instromers (39 jaar).
- 29,8% van de aios werkte deeltijd in 2011 en 70,2% van de aios voltijds. De gemiddelde omvang van het dienstverband is 95%.

## Over de patiënt, de verzilvering van Nederland

- In Nederland leefden in 2011 meer dan 2,6 miljoen 65-plussers (15,6% van de totale bevolking), waarvan bijna 650.000 80-plussers. In 2040 is 25,6% van de bevolking 65-plus, dat zijn 4,6 miljoen mensen.<sup>8</sup>
- In 2050 is 10% van de bevolking 80-plusser.<sup>8</sup>
- Tot 2030 zal de vraag naar zorg toenemen met 34%.<sup>9</sup>
- Van de meer dan 2,6 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder wonen er ruim 100.000 in een verzorgingshuis en ruim 50.000 in een verpleeghuis.<sup>9</sup>
- Nederland telt bijna 1.700 verzorgings- en verpleeghuizen.<sup>9</sup>
- De vraag naar een verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis zal tot 2030 groeien met 40%, de vraag naar thuiszorg met 32%. Deze groei wordt voornamelijk veroorzaakt door de vergrijzing.<sup>9</sup>
- Het feitelijk gebruik van verpleeg- en verzorgingshuiszorg is lager dan de vraag, omdat veel ouderen ervoor kiezen om langer zelfstandig te blijven wonen met hulp van thuiszorg.<sup>9</sup>
- Er zijn ruim 235.000 mensen met dementie.<sup>10</sup>
- Het aantal mensen met dementie zal stijgen naar meer dan 300.000 in 2030.<sup>10</sup>

De komende jaren zal vooral het aandeel 65-79-jarigen sterk stijgen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing). In 2039, het hoogtepunt van het aantal 65-plussers, is naar schatting 26% van de bevolking 65-plusser, waarvan een derde ouder is dan 80 jaar. Ter vergelijking: in 2011 is het percentage 65-plussers nog 16%, waarvan 26% 80-plus is.<sup>11</sup>



Prognose Nederlandse bevolking, totaal en aantal 65 jaar en ouder, percentages (periode 2015 - 2060).



The image features a stylized logo on a blue background. The logo consists of a snake's head and neck, rendered in dark blue and red, positioned above the letters 'S' and 'O'. The 'S' is dark blue with a red bottom section, and the 'O' is dark blue with a red bottom section. The text 'Het werk' is written in white, bold, sans-serif font, positioned to the left of the 'S' and 'O'.

# Het werk

Wat doen specialisten ouderengeneeskunde? Hun werk is heel divers. De hoofdwerkzaamheden hebben te maken met dementie, revalidatie, neurologische problemen maar ook palliatieve zorg. Er zijn patiënten die na behandeling weer naar huis gaan, terwijl anderen permanent op de hulp van specialisten ouderengeneeskunde aangewezen zijn. Naast ouderen behoren ook jongeren met chronische aandoeningen tot de patiëntengroep. Geen casus is hetzelfde.

Een specialist ouderengeneeskunde is een arts voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe aandoeningen. Deze patiënten hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk. Het kan gaan om een combinatie van meerdere lichamelijke ziekten of van lichamelijke, psychische en sociale problemen. De specialist ouderengeneeskunde is speciaal opgeleid om patiënten met (een combinatie van) ziekten als diabetes, dementie, parkinson, osteoporose, COPD, korsakov, maar ook hartfalen, MS, hersenletsel, beroerte en psychische problemen te behandelen en te begeleiden. Daarnaast verleent hij zorg aan patiënten die moeten revalideren en is hij deskundig in terminale en palliatieve zorg.

Het brede werkterrein van geriatrie revalidatie, psychogeriatric, complexe somatiek en palliatieve zorg maakt het werk divers

en uitdagend. Bovenstaande zegt het al, naast specialist is de specialist ouderengeneeskunde ook generalist. De specialist ouderengeneeskunde is in het verpleeghuis hoofdbehandelaar van de patiënten en geeft inhoudelijk leiding aan een multidisciplinair team van onder andere psychologen, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. In de thuissituatie is de specialist ouderengeneeskunde consultant of medebehandelaar. Een vak met diepte en breedte dus.

Ouderengeneeskunde is uitdagend en complex, altijd gericht op behoud van kwaliteit van leven en is binnen de (geriatrie) revalidatie ook gericht op herstel. Het vak biedt artsen volop mogelijkheden om zich te ontplooien. Het werk van de specialist ouderengeneeskunde draait in veel gevallen om oudere patiënten maar er presenteren zich ook jonge patiënten met neurologische

problemen. Naast het klinische werk zijn gesprekken met patiënten en hun omgeving over het herstel en de vooruitzichten een belangrijk onderdeel. De specialist ouderengeneeskunde brengt de gevolgen van de diverse aandoeningen en de mogelijke behandelingen in kaart, maar bovenal wordt gekeken hoe binnen de complexiteit de kwaliteit van leven behouden of verbeterd kan worden. Daarnaast is het streven om de patiënt een zo zelfstandig mogelijk leven te laten leiden, waarbij recht wordt gedaan aan de wensen en autonomie van de patiënt.

Hieronder vertellen verschillende specialisten ouderengeneeskunde over hun dagelijkse werkzaamheden; rondom revalidatie, dementie, het uitvoeren van consulten en neurologische problemen.

### **Revalidatie**

Vincent Borst werkt als zelfstandig specialist ouderengeneeskunde bij maatschap GeriCare en is gespecialiseerd in revalidatie. 'Het leuke aan revalideren is de dynamiek op de afdeling', stelt Borst. 'We hebben twintig tot



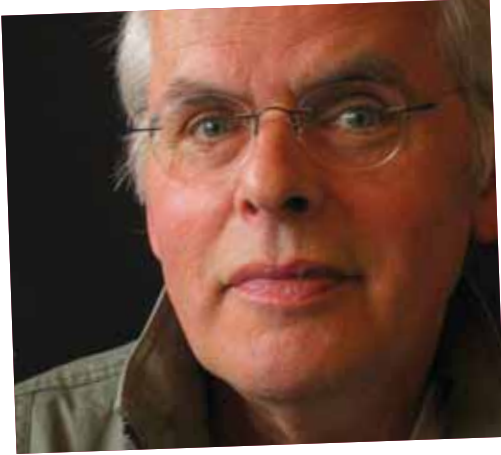
*Vincent Borst*

veertig patiënten op de afdeling. Het is een diverse populatie en het verloop is hoog. De patiënten die we dagelijks zien, zijn in een paar grote groepen te verdelen.

Ten eerste zien we veel orthopedische patiënten met een heupbreuk. Deze patiënten zijn meestal na een aantal weken weer op de been. Daarnaast zijn er de patiënten na geplande operaties. Deze groep gaat ook weer naar huis en knapt doorgaans snel op, het is een dankbare groep om mee te werken. CVA-patiënten vormen weer een andere groep. Het revalidatieproces van deze patiënten is grilliger. Sommigen kunnen na een paar weken al naar huis. Uiteindelijk zal 40% naar huis gaan en eveneens 40% naar een verpleeghuis. De overige 20% komt te overlijden. Bij deze patiënten kunnen forse cognitieve stoornissen voorkomen. Soms lukt het om deze patiënten naar huis te krijgen, vaker zullen ze naar bijvoorbeeld een longstay-afdeling van het verpleeghuis gaan. We kijken binnen de revalidatie naar het hele plaatje, naar de hele persoon. Ik ben eindverantwoordelijk voor het behandelplan en geef sturing aan het team dat bestaat uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker en logopedist. Het werk is dynamisch door de verschillende soorten patiënten. We zien steeds meer patiënten van de cardiologie, maar ook mensen na een amputatie, long- of grote buikoperatie. Elke patiënt vraagt om een andere aanpak en dat vergt voortdurend schakelen.'

### **Dementie**

Bert Keizer is al dertig jaar werkzaam in verpleeghuizen en is daarnaast filosoof en schrijver. Hij werkt als specialist ouderengeneeskunde in een verpleeghuis in Am-



*Bert Keizer*

sterdam. 'In mijn werk ben ik onder andere verantwoordelijk voor de zorg van dementerende ouderen', vertelt Keizer. 'Het gaat om dementiepatiënten die in dagbehandeling zijn of zijn opgenomen in ons verpleeghuis. Ik zie dus geen patiënten die aan het begin van hun ziekte staan.

In ons verpleeghuis hebben we plaats voor 84 dementerende patiënten. Ik ben direct verantwoordelijk voor 24 van hen. Bij degenen die met dementie naar een verpleeghuis gaan, is er eigenlijk altijd sprake van een dwangopname. Dit is voor zowel de patiënt als de betrokkene die de dementerende brengt een traumatische ervaring. Dementeren is een ongeneeslijke vorm van verdwaald zijn. Het gaat om een belevingsaspect dat beslist niet draaglijker wordt naarmate het langer duurt. Het idee dat het lijden in dementie geleidelijk uitdooft, kan ik niet onderschrijven. Het werk van de specialist ouderengeneeskunde is anders dan dat van andere artsen in die zin dat het niet stopt na het stellen van de diagnose en een eventuele behandeling. In het ziekenhuis wordt een probleem vastgesteld en of er een oplossing is of

niet, na hooguit enkele weken vertrekt de patiënt naar elders. Maar bij ons komt een patiënt binnen en zijn we pas klaar als deze is overleden. Een specialist ouderengeneeskunde ziet, zeker in verhouding met andere artsen, patiënten vaak en langdurig. Hierdoor kunnen we kwalitatief hoogwaardige beslissingen nemen. Het is een bijzondere vorm van dokteren en daardoor ook zeer bevredigend. Je bent als specialist ouderengeneeskunde een gids door een rampgebied: jij kent, samen met je team, de route en probeert de weg zo draaglijk mogelijk te maken. Elke dementie verloopt anders, elk dementerend brein is verschillend en vraagt om andere acties. In een leerboek staat dan ook niet uitgeschreven hoe je met dementie kan of moet omgaan. Natuurlijk zijn er wel een aantal standaardproblemen, zoals angst, agressie en nachtelijke onrust, die vaak voorkomen. Uiteindelijk ontaardt het doorgaans in een chronisch delier. Naast deze patiënten proberen wij ook de naasten steun te bieden, want ook zij lijden onder de verpleeghuisopname.'

### **Dementie en beademingspatiënten**

Nieske Heerema voert binnen de Rivas Zorggroep consulten in het ziekenhuis en thuis uit en werkt in het verpleeghuis Het Gasthuis in Gorinchem. 'Mijn dagelijkse praktijk is zeer afwisselend', vertelt Heerema. 'In het verpleeghuis ben ik verantwoordelijk voor vier units met psychogeriatrische patiënten en een unit met beademingspatiënten, elk met tien patiënten. Binnen deze kleinschalige units worden dementiepatiënten begeleid, die zelf hun dag niet meer kunnen indelen. Onlangs zijn we met een project gestart waarbij we met behulp van de Breinomgevingsmethodiek de omgeving, werkproces-



*Nieske Heerema*

sen en omgang aanpassen aan de gevolgen van de hersenbeschadiging door dementie.' De beademingsunit is er voor een andere doelgroep. Heerema: 'Dit zijn zeer ernstig beperkte patiënten, die bijvoorbeeld ALS, een dwarslaesie of een andere neurologische aandoening hebben. Ze zijn geestelijk niet ziek en bovendien vaak jong. We zijn een van de weinige verpleeghuizen die chronische invasieve beademingsmogelijkheden hebben. De zorg is heel intensief en complex. Het is daarom fijn dat het ziekenhuis tegenover het verpleeghuis staat. Een ander voordeel is dat ik voor een acuut consult zo in het ziekenhuis ben. Wij worden bij diverse patiënten, bijvoorbeeld na een heupbreuk, hart- of longproblemen of een delier, door de behandelend specialist gevraagd voor nazorg. In het ziekenhuis werken we nauw samen met de klinisch geriater. Daarnaast roepen huisartsen onze hulp in bij vragen over geheugen en dementie via ons Geriatrisch Onderzoek en Advies Centrum (GOAC). Eerst gaat een geriatrieverpleegkundige thuis langs, daarna ga ik langs als dat nodig is en vervolgens wordt een behan-

delplan opgesteld.' Heerema verdeelt haar aandacht over de beademings- en dementiepatiënten en de ziekenhuis- en thuisconsulten. Aan elk besteedt ze ongeveer een dag per week. 'Deze afwisseling maakt het werk extra leuk. Daarnaast is het een vak waarbij je moet puzzelen en afstemmen op de individuele omstandigheden. Dezelfde ziekte manifesteert zich bij een ieder anders en vaak lopen er meerdere factoren door elkaar. Doordat ik in de hele keten werk, heb ik veel contacten met huisartsen en medisch specialisten over goede ketenzorg voor kwetsbare ouderen. Dat geeft voldoening', aldus Heerema.

### **Jonge mensen**

Ans Mulders werkt bij zorgorganisatie Thebe en is daar betrokken bij de behandeling en begeleiding van jongeren met aangeboren en niet-aangeboren hersenletsel. Daarnaast is ze medisch adviseur van de raad van bestuur van Thebe.



*Ans Mulders*

'Het werken met deze jongeren is heel bijzonder', vertelt Mulders. 'Ze zijn anders dan de oudere patiënten binnen het verpleeg-

huis. Ze zijn actief en cognitief beter, maar zijn wel ernstig gehandicapt. De band die je met ze opbouwt is bijzonder.' De dag van Mulders begint met het checken van haar e-mail, waarna de visite volgt. 'Ik krijg mails van de verpleging en van patiënten, die bijvoorbeeld vragen of ik bij ze langs kan komen om iets te controleren, maar ook van familieleden van de patiënten. De interactie met de omgeving van de jonge patiënten is intensief. Ze hebben immers vaak een jonge partner, kinderen of ouders die graag bij het hele proces betrokken zijn', aldus Mulders. De patiënten op haar afdeling wonen redelijk zelfstandig in luxe woonappartementen. De meeste zijn rond de veertig, hoewel er ook jonge twintigers bijzitten met bijvoorbeeld Duchenne of die een ongeluk hebben gehad. 'Deze mensen verblijven langer in het verpleeghuis en zijn communicatief vaardig. Ze willen graag in gesprek over hun toekomst en denken mee. Hier kunnen heftige dingen bij komen kijken, zeker ook voor partner en kinderen. Dit maakt dat je op een bijzondere manier samenwerkt met het hele systeem rondom de patiënt. Ook de diagnostiek en het bepalen van de behandelstrategie is een uitdaging. Bij relatief jonge patiënten heb je

meer uit te leggen als je kiest voor het voeren van palliatief beleid.'

Mulders werkte, voordat ze bij Thebe ging werken, op een gesloten afdeling met jonge patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, veelal dementie. Ze heeft daar onderzoek gedaan naar het beloop van dementie bij jongeren. Mulders: 'Daaruit is gebleken dat besluitvorming rondom het levenseinde complexer is dan bij dementerende ouderen. Hoewel ze overlijden aan dezelfde oorzaken en na ongeveer dezelfde ziekteduur, is er toch meer uit te leggen omdat er sprake is van een grotere knik in de levenslijn. Mensen denken nog steeds dat je aan dementie niet doodgaat. Dit vraagt om goede communicatie van je als specialist.' Bij de jongere groep is de problematiek in vergelijking met ouderen zeer divers en complex. 'Je komt in aanraking met mensen met bijzondere neurologische problemen, zoals MS in gevorderde staat. Het vraagt om veel uitpluizen om de kwaliteit van leven te kunnen verbeteren. Jongeren staan vaker open voor experimentele behandelingen, het is dus zaak om op de hoogte te zijn van de nieuwste ontwikkelingen en te overleggen met andere specialisten', benadrukt Mulders.

### ***De specialist ouderengeneeskunde:***

- *Adviseert patiënt en huisarts over noodzakelijke behandeling*
- *Doet nader onderzoek en diagnostiek*
- *Betrekt andere gespecialiseerde hulpverleners zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog of diëtist bij de behandeling en coördineert het geheel*



# De patiënt en zijn ziektebeeld

# De patiënt en zijn ziektebeeld

De patiënten met wie de specialist ouderengeneeskunde in aanraking komt, zijn kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe aandoeningen. Elke patiënt is anders en vraagt om een andere aanpak en benadering.

Omdat patiënten zich met diverse problemen en aandoeningen presenteren, is kennis van veel verschillende aandoeningen noodzakelijk voor de specialist ouderengeneeskunde. Vaak betreft het ouderen die meerdere ziekten tegelijkertijd hebben en soms gaat het om een combinatie van lichamelijke en psychische klachten, samen met het gebruik van verschillende geneesmiddelen.

## Cognitieve stoornissen

Dementie komt in veel gevallen voor bij ouderen, leeftijd is dan ook de belangrijkste



riscifactor voor dementie. Ruim 10% van de 65-plussers heeft dementie, dit loopt op tot ruim 20% van de mensen boven de 80 jaar en ruim 40% van mensen boven de 90 jaar. Over het algemeen is dementie, dat gepaard gaat met geheugenproblemen, stoornissen in het denkvermogen en veranderingen in het gedrag, voortgaand en niet te behandelen. Het beleid van de specialist ouderengeneeskunde is er dan ook op gericht om de kwaliteit van leven te behouden en het voor de patiënt en zijn of haar omgeving zo draaglijk mogelijk te maken.

Veruit de meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer, waarbij sommige delen van de hersenen niet meer functioneren en afsterven. Ongeveer 70% van mensen met dementie lijdt aan de ziekte van Alzheimer. Daarnaast heeft 16% vasculaire dementie – waarbij bloedstolsels in de kleine vaten van de hersenen veroorzaken dat een deel van de hersenen geen zuurstof krijgt en afsterft. Ook de ziekte van Parkinson kan dementie veroorzaken. De ziekte van Huntington, een erfelijke hersen-





aandoening, en de ziekte van Creutzfeldt Jakob, die ontstaat door een ontsteking van de hersenen, kunnen tevens de oorzaak van dementie zijn.

Mensen met dementie leven gemiddeld acht jaar met de ziekte. Gedurende het ziekteproces neemt zowel het aantal als de ernst van de klachten toe. Een andere cognitieve stoornis waar de specialist ouderengeneeskunde mee te maken kan krijgen is de ziekte van Korsakov. Ook hiervan is het belangrijkste kenmerk geheugenverlies. Daarnaast hebben patiënten met deze ziekte ook vaak last van desoriëntatie in tijd en ruimte, loop- en evenwichtstoornissen en karakterveranderingen. Bij Korsakov is er sprake van aantasting van het kortetermijngeheugen, terwijl het verstand gespaard blijft.

### **Chronische ziekten**

Ook patiënten met verschillende chronische ziekten komen op het pad van de specialist

ouderengeneeskunde. Het gaat bijvoorbeeld om ziekten als diabetes, MS (multiple sclerose), ALS (amyotrofe laterale sclerose), osteoporose, COPD, Parkinson, maar ook hartfalen en hersenletsel. Ook jongere patiënten met dergelijke complexe aandoeningen kunnen bij de specialist ouderengeneeskunde terecht. De lijst met verschillende ziekten, van neurologische aandoeningen tot auto-immun- en lichamelijke ziekten, geeft al aan dat dit om diverse behandel- en zorgstrategieën vraagt. Een neurologische ziekte als ALS, een combinatie van verschillende ziekten en de gevolgen van een beroerte en psychische problemen zorgen voor een breed spectrum aan patiënten.

### **Revaliderende ouderen**

Specialisten ouderengeneeskunde staan ouderen bij die moeten revalideren. Ook onder de revaliderende patiënten is er veel diversiteit. Zo wordt de hulp van specialisten ouderengeneeskunde zowel ingeroepen bij

het herstel van patiënten die een beroerte hebben gehad als bij orthopedische patiënten met bijvoorbeeld een heupbreuk. Afhankelijk van de ernst, de complicaties en eventuele cognitieve stoornissen zal de revalidatieduur en de afloop verschillen. Revalidatie kan op een transferafdeling van een ziekenhuis, maar ook in een verpleeghuis plaatsvinden.

### Terminale en palliatieve zorg

Naast geriatrische revalidatie, chronische ziekten en psychogeriatricie zijn specialisten ouderengeneeskunde deskundig en ervaren in de zorg voor patiënten die naar verwachting nog slechts enkele maanden of zelfs korter zullen leven. Een specialist ouderengeneeskunde kan de palliatieve of terminale zorg onder andere in een hospice verlenen.

### Probleemgeoriënteerd

Het doel van de specialist ouderengeneeskunde is het bevorderen van de functionele autonomie en de kwaliteit van leven van de patiënt. Er wordt een integrale, probleemgeoriënteerde methode van diagnostiek en interventies gebruikt om dit te bereiken. De patiënt wordt niet alleen puur medisch bekeken, maar er wordt ook nadrukkelijk rekening gehouden met diens persoonlijkheid, voorgeschiedenis en de sociale en materiële omstandigheden. Daarbij is er niet alleen aandacht voor de patiënt zelf, maar ook voor de mensen om hem of haar heen.

### Cijfers over patiënten

- *Patiënten die de specialist ouderengeneeskunde ziet, hebben geriatrische revalidatie, psychogeriatrische of palliatieve zorg nodig.*
- *Van de meer dan 2,6 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder wonen er ruim 100.000 in een verzorgingshuis en ruim 50.000 in een verpleeghuis.<sup>8</sup>*
- *De vraag naar een verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis zal tot 2030 groeien met 40%, de vraag naar thuiszorg met 32%. Deze groei wordt voornamelijk veroorzaakt door de vergrijzing.<sup>8</sup>*
- *De meeste patiënten blijven gemiddeld twee à drie jaar in een verpleeghuis.*
- *Steeds meer mensen met een complexe zorgbehoefte wonen thuis.*
- *Naar schatting hebben 235.000 mensen in Nederland dementie. Dit aantal zal stijgen naar meer dan 300.000 in 2030.<sup>12</sup>*
- *De kans dat iemand in zijn leven dementie krijgt is 20%.*
- *18% van de oudere huisartspatiënten heeft psychische problemen.*

**Interview**





## Maria van der Hoeven

Oud-minister van Economische Zaken Maria van der Hoeven is naast directeur van het Internationaal Energie Agentschap voorzitter van de raad van toezicht van Alzheimer Nederland en is daarnaast jarenlang mantelzorgster geweest. Vanaf 2006 tot voor kort combineerde Van der Hoeven haar drukke werklevens met de zorg voor haar man Lou Buytendijk die eind april is overleden aan de gevolgen van Alzheimer.

Sinds februari 2011 is Maria van der Hoeven voorzitter van de raad van toezicht van Alzheimer Nederland. Van der Hoeven heeft als doel meer onderzoek naar de ziekte te stimuleren en de taboes over de ziekte te doorbreken. 'Het is belangrijk dat studenten en artsen voor het specialisme ouderengeneeskunde kiezen. Door het explosief groeiend aantal ouderen en de daardoor fors toenemende zorgbehoefte is er veel kennis, kunde en handen nodig', stelt Van der Hoeven.

Naar verwachting zal het aantal mensen met dementie in Nederland in 2040 verdubbeld zijn naar een half miljoen. Hierdoor neemt de vraag naar gekwalificeerde zorg toe. 'Daarbij is niet alleen kennis over hoe voor deze mensen gezorgd moet worden noodzakelijk, maar ook de psychosociale kant verdient aandacht. Vanuit Alzheimer Nederland wordt de urgentie rondom de ziekte bij het grote publiek onder de aandacht gebracht; dementie kan iedereen overkomen.

Dementie is, anders dan iedereen denkt, geen ouderenziekte. Het kan ook op een jongere leeftijd ontstaan en uiteindelijk krijgt maar liefst een op de vijf mensen dementie. De gevolgen van de ziekte hebben een enorme impact op de patiënt, de mantelzorger en de maatschappij', vertelt Van der Hoeven.

### Balans binnen de zorg

Steeds meer dementiepatiënten blijven langer thuis (ongeveer 70%) en worden verzorgd door naasten. '60.000 mensen met dementie bevinden zich in een verpleeg- of verzorgingshuis, maar het gros is thuis met alle bijkomende zorgbehoeften. In Nederland zorgen 300.000 mensen zelf voor hun naaste met dementie. Veel van deze mantelzorgers zijn overbelast door de zware 24 uurszorg. Bovendien combineren mantelzorgers deze zorg met een baan of met een eigen bedrijf. Je moet de zorg voor je naaste combineren met het voor jezelf zorgen. Er is dan ook aandacht nodig voor verbetering van de combinatie tussen werk en privé zorgen voor een naaste met dementie', vindt Van der Hoeven. Ook de balans tussen mantelzorg en professionele zorg verdient aandacht, benadrukt de oud-minister. 'Specialisten ouderengenees-

kunde zijn hard nodig om deze balans de komende jaren te behouden, en zeker ook om de psychosociale kant te belichten.'

De echtgenoot van Van der Hoeven is eind april 2012 overleden aan de gevolgen van Alzheimer. 'Alzheimerpatiënten overlijden niet aan Alzheimer zelf, maar aan de gevolgen van deze hersenziekte. Ze verzwakken lichamelijk en geestelijk steeds verder, waardoor ze vatbaar worden voor infectieziekten die dan tot de dood leiden', aldus Van der Hoeven.

### Wetenschappelijk onderzoek

Naast belangenbehartiging en voorlichting aan patiënten en mantelzorgers stimuleert Alzheimer Nederland wetenschappelijk onderzoek naar voorkomen of genezen van de ziekte. Daar is veel geld voor nodig. Het uiteindelijke doel is een toekomst zonder dementie. Van der Hoeven: 'Er is gelukkig al veel aandacht voor dementie en dit moet zo blijven. Wetenschappelijk onderzoek is ook erg belangrijk om optimale zorg te kunnen waarborgen. Naast fundamenteel onderzoek naar oorzaken, vroegdiagnostiek en behandelingen is ook meer kennis over psychosociale interventies van belang'.

## Alzheimer Nederland

**Het is de droom van Alzheimer Nederland om dementie te voorkomen of te genezen. Daarom wordt wetenschappelijk onderzoek gefinancierd en daarnaast wordt er al bijna dertig jaar gewerkt aan een betere kwaliteit van leven voor mensen met dementie en hun omgeving. Dit wordt gedaan door deskundige hulp en informatie te bieden en door op te komen voor hun belangen. Met 50 medewerkers, 52 regionale afdelingen, ruim 200 Alzheimer Cafés en enkele Theehuizen en 5500 vrijwilligers heeft Alzheimer Nederland een landelijk dekkend netwerk van betrokken vrijwilligers, zodat ze dichtbij zijn voor iedereen die geraakt is door dementie. Alzheimer Nederland is volledig afhankelijk van particuliere giften en heeft het CBF-keurmerk voor goede doelen. Zie [www. Alzheimer-Nederland.nl](http://www.Alzheimer-Nederland.nl)**



**De werkplek**

# De werkplek

Bij de werkplek van een specialist ouderengeneeskunde wordt ten onrechte vaak automatisch gedacht aan het verpleeghuis. Maar deze specialist werkt steeds meer buiten de muren van het verpleeghuis, bijvoorbeeld in samenwerking met de huisarts in de eerste lijn, in een hospice of ziekenhuis, of als adviseur.

Steeds meer kwetsbare en hulpbehoevende ouderen met complexe problemen blijven thuis wonen. Daardoor is complexe zorg voor ouderen de laatste jaren ook buiten verpleeghuizen nodig en beschikbaar. Zo kunnen specialisten ouderengeneeskunde als adviseur of als medebehandelaar van een huisarts optreden. Ook het verrichten van consulten thuis behoort tot het takenpakket van een specialist ouderengeneeskunde. Bovendien zijn het ziekenhuis (op transferafdelingen, in de polikliniek of als consultant), de geestelijke gezondheidszorg (GGz; ambulante en klinische ouderenzorg) en een hospice mogelijke werkplekken.

Naar verwachting zal de specialist ouderengeneeskunde zich steeds meer moeten ontwikkelen van 'instellingsarts' naar 'ouderenarts' en zijn kennis en vaardigheden inzetten waar het nodig is, onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt. Steeds vaker roepen huisartsen de expertise van specialisten oude-

rengeneeskunde in. Daarnaast betrekken ook ziekenhuizen steeds vaker de specialist ouderengeneeskunde bij onderzoek, diagnostiek en voorbereiding voor ontslag naar huis.

De werkplek van een specialist ouderengeneeskunde is dus behoorlijk divers. Hieronder geven verschillende specialisten een kijkje in hun dagelijkse werkomstandigheden: werkend in de GGz, het verpleeg- en ziekenhuis en bij een hospice. Daarnaast wordt, aan de hand van de kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, uitgelegd wat van een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn wordt verwacht.

## GGz

Sociaal geriater Bart Blaauw werkt bij GGz inGeest in Amstelveen. Zijn werk bestaat uit vroegdiagnostiek bij cognitieve stoornissen, gedrags- en psychiatrische problemen geassocieerd met dementie en de (niet-)medicamenteuze behandeling. 'Mijn dagelijks werk



*Bart Blaauw*

bestaat grofweg uit twee zaken', legt Blaauw uit. 'Ik zie poliklinisch nieuwe patiënten in het kader van cognitieve diagnostiek. Hierbij is er aandacht voor zowel psychiatrische, somatische als voor medicatiegerelateerde problemen. We doen lab-, beeldvormend, neuropsychologisch, psychiatrisch en lichamelijk onderzoek waarna de resultaten multidisciplinair worden besproken. Daarbij proberen we ook een nosologische diagnose te stellen en daarmee de oorzaak van de dementie - bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer - te vinden. Mijn andere taak is het behandelen van bijkomende neuropsychiatrische problemen. Dit kan poliklinisch of in de thuissituatie plaatsvinden, maar ook op consultbasis in verpleeg- en verzorgingshuizen. In dit kader werken we samen met het algemeen ziekenhuis, dat zich hier aan de overkant bevindt, huisartsen en verpleeg- en verzorgingshuizen.' De patiënten komen terecht bij de GGz, afhankelijk van hun klachten, meestal via de huisarts en soms via de neuroloog. Blaauw: 'Het aanbod aan patiënten is erg divers. In de verpleeg- en verzorgingshuizen spelen vaak somatische problemen mee, terwijl veel

thuiswonenden nog een partner hebben en er doorgaans cognitief beter aan toe zijn.' Blaauw benadrukt dat de breedte en het puzzelen het vak leuk en gevarieerd maken. 'In de GGz kan een specialist ouderengeneeskunde bovendien gerontopsychiatrisch onderzoek uitvoeren. Het is een extra uitdaging voor de specialist ouderengeneeskunde', aldus Blaauw.

### **Gesloten en transferafdeling**

Astrid Beckers werkt als specialist ouderengeneeskunde bij Vivium Zorggroep in Naarden. Ze houdt zich bezig met revalidatie op de transferafdeling en heeft daarnaast in het verpleeghuis Naarderheem dertig psychogeriatrische patiënten onder haar hoede. 'Bij Naarderheem werk ik op de gesloten afdeling en ben ik verantwoordelijk voor het voorschrijven van medicatie en het stellen van diagnoses', vertelt Beckers. 'Een deel van de patiënten vertoont probleemgedrag en kan elders niet terecht. Het is bij deze patiënten belangrijk uit te zoeken wat we kunnen doen om hun verblijf voor iedereen te optimaliseren. Elke patiënt is anders, dit maakt het moeilijk maar ook uitdagend. Ik ben



*Astrid Beckers*



verantwoordelijk voor de coördinatie op de afdeling, maar met het hele team proberen we deze puzzel op te lossen. De psycholoog is bijvoorbeeld erg belangrijk op de afdeling. Ik heb regelmatig contact met familie en samen met hen wordt de behandeling tegen het licht gehouden.’ Naast het verpleeghuis is Beckers bij een heel andere tak van sport, revalidatie, betrokken. Beckers: ‘Ik werk een deel van de week in het transitorium van het ziekenhuis, voor patiënten de overbrugging tussen een afdeling van het ziekenhuis en een vervolgplek. Het gaat om tijdelijke zorg voor allerlei patiënten, bijvoorbeeld afkomstig van de orthopedie, interne of cardiologie. Bij ongeveer 70% van deze revaliderenden is het doel naar huis gaan, een ander deel wacht op een andere plek – verpleeg- of verzorgingshuis – en een enkeling gaat naar een hospice. Met een collega voer ik de regie over in totaal dertig bedden en we werken ook hier samen met een multidisciplinair team, nu met onder andere fysio- en ergotherapeuten en logopedisten. De patiënten blijven gemiddeld twee maanden. Het is dus zaak ze snel te leren kennen, de omstandigheden te peilen en dit te vertalen naar een zorgplan.’

### **Hospice en eerste lijn**

Margot Verkuylen is als specialist ouderengeneeskunde werkzaam bij hospice De Duinsche Hoeve in Rosmalen en binnen twee huisartsenpraktijken. ‘Ik werk zestien uur per week bij De Duinsche Hoeve, een kleinschalig gasthuis met negen bedden’, zegt Verkuylen. ‘We zijn nu ruim een jaar open. Ik ben als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de directe patiëntenzorg. De patiënten zullen naar verwachting op korte termijn overlijden. In een enkel geval kan een patiënt toch worden ontslagen en naar huis of naar een



*Margot Verkuylen*

verpleeg- of verzorgingshuis. Maar dit is een uitzondering. Van de 82 patiënten vorig jaar was dit bij zes het geval. Ik loop drie keer per week visite en voer gesprekken met patiënten en hun familie. Medicatie voorschrijven, anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek doen en diagnoses stellen behoren tot mijn taken. Vaak zijn er medische problemen waarbij je echt kunt dokteren, maar ook de psychosociale en spirituele begeleiding horen bij mijn taken. Daarbij werk ik samen met een verpleegkundig en verzorgend team en waar nodig wordt de hulp van bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, fysiotherapeut of ergotherapeut ingeschakeld.’ Eind 2011 is De Duinsche Hoeve uitgeroepen tot een erkende instelling voor de keuzestage ouderengeneeskunde. ‘Het is fijn een aios te hebben. We hebben onze handen vol. En het is belangrijk dat jonge dokters goede palliatieve zorg leren verlenen. Er is bewust voor kleinschaligheid gekozen om de hospice huiselijk te maken. De groene en ruime omgeving draagt hieraan bij’, aldus Verkuylen. Bij de huisartsenpraktijken is Verkuylen betrokken bij de consultatie en medebehandeling van de kwetsbare ou-

deren in de eerste lijn. 'Ik verzorg bij beide eens in de twee weken een spreekuur ouderengeneeskunde, waarbij ik mensen op de huisartsenpraktijk of thuis zie. Het doel is om deze patiënten zolang mogelijk veilig thuis te laten wonen. Ik merk dat het voor mij en de huisartsen leerzaam is. Samen kunnen we veel voor kwetsbare ouderen betekenen. De huisarts heeft onvoldoende tijd om goed naar de thuissituatie en problematiek van deze ouderen te kijken. Naast diagnostiek en advisering neem ik soms ook een deel van de behandeling over.'

### Specialiseren in de eerste lijn

Mirjam Bezemer heeft jarenlang als specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn gewerkt. Ze is daarnaast, samen met collega Ada Vijfvinkel, verantwoordelijk voor de coördinatie van de kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. 'Deze kaderopleiding is er om collega's bij te schoelen die zich willen bekwamen in het werken in de eerste lijn. Op dit moment hebben we zestien deelnemers, die bijna allemaal al wel enige tijd werkzaam zijn in de eerste lijn',



*Mirjam Bezemer*

zegt Bezemer. 'Binnen de opleiding ligt de nadruk op de volgende speerpunten: het wetenschappelijk onderbouwen van het handelen in de dagelijkse praktijk, het opzetten van een vernieuwingsproject in de eerste lijn, communicatie en profilering en het ontwikkelen van een netwerk met huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Naast vakbekwaamheid is kennis nodig over de eerstelijnsvoorzieningen en de werkwijze. Aan deze onderwerpen wordt aandacht besteed tijdens achttien scholingsdagen, daarnaast zijn er vier stagedagen. Er is een samenwerking met de kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen. De verwachting is dat wat nu in de kaderopleiding aan bod komt steeds meer in de reguliere opleiding tot specialist ouderengeneeskunde ingebouwd gaat worden. Dit is deels ook al het geval. Toch is er nu veel vraag naar deze kaderopleiding omdat het vak de laatste jaren sterk veranderd is en specialisten ouderengeneeskunde op zoek zijn naar een manier om hun activiteiten goed binnen de eerste lijn te laten passen. Er spelen vragen over de behoeftes van huisartsen en over hoe de samenwerking goed tot stand kan komen. Zelf heb ik ook gemerkt dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde goed moeten praten over hun wederzijdse behoeftes en verwachtingen. Huisartsen werken vraaggericht en hebben meestal niet veel tijd beschikbaar voor de complexere kwetsbare ouderen. Wij kunnen die tijd wel nemen waarbij onze werkwijze een meerwaarde heeft voor deze groep. Als er duidelijkheid is over elkaars werkwijze en taken kunnen we elkaar juist goed aanvullen. Het is belangrijk om tot een goed samenwerkingsmodel te komen voor kwalitatief goede ouderenzorg in de eerste lijn, nu en in de toekomst.'

A stylized snake logo in dark blue and red, with a white eye, positioned behind the word 'Interview'. The snake's body forms a large 'S' shape that loops around the text.

**Interview**



## Aad Koster

Dit jaar bestaat ActiZ zes jaar en Aad Koster is al sinds de oprichting de trotse directeur van deze brancheorganisatie van ondernemers in de verpleeg- en verzorgingshuiszorg, thuiszorg, jeugdgezondheid- en kraamzorg, die voort is gekomen uit de fusie van Z-Org en Arcares. ActiZ behartigt de belangen van 420 leden, waar in totaal ruim 430.000 mensen werken. Ook sluit ActiZ namens de werkgevers de grootste CAO van Nederland af.

### Toekomst van de zorg

'Momenteel staat de discussie rond de toekomst van de zorg centraal. Het is mooi dat door de goede zorg in Nederland mensen steeds ouder worden, maar dat zorgt wel voor een grotere druk op de beroepsgroep die zorg aan de ouderen moet leveren. We willen niet dat die zorg achteruit gaat, maar de vraag is wat we daarvoor over hebben.

Op iedere 65-plusser hebben we nu nog zes mensen in de beroepsbevolking staan, naar verwachting zijn dat er over 25 jaar op iedere 67-plusser 2,5 en die kunnen niet allemaal in de zorg werken. Om te voorkomen dat de zorg heel duur wordt, kijken we ook naar andere oplossingen. Zo kunnen mantelzorgers en vrijwilligers mogelijk een grotere rol gaan spelen. Er zijn al mooie voorbeelden

van websites waarop mensen kunnen aangeven boodschappen nodig te hebben, die buurtbewoners dan voor hen kunnen doen. De zorgverlener kan een oudere patiënt hierop attenderen en bij helpen.'

Koster vindt dat we ons goed moeten voorbereiden op wat komen gaat. 'Die verantwoordelijkheid ligt deels bij de mensen zelf. Je kunt voor een uitgebreid sociaal netwerk zorgen, mensen die kunnen helpen als je ouder wordt. Ook kun je tijdens je leven al bewust gezond leven zodat je gezonder ouder wordt en minder snel een beroep hoeft te doen op de zorg. ActiZ is aanjager van het debat hierover.'

### **Grote ontwikkeling op de arbeidsmarkt**

De arbeidsmarkt van de zorg zal de komende jaren als gevolg van de vergrijzing veranderen. 'De arbeidsmarkt zal een grote ontwikkeling doormaken. We moeten meer mensen aantrekken naar de ouderenzorg. Binnen de ouderenzorg zal de specialist ouderengeneeskunde een grotere rol bui-

ten de muren van het verpleeghuis krijgen, aangezien mensen steeds langer thuis blijven wonen.' Koster ziet de specialist ouderengeneeskunde als echte teamspeler, die nauw samenwerkt met huisarts, ziekenhuis, verpleegkundigen, verzorgers en andere hulpverleners. 'De specialist ouderengeneeskunde kan er bijvoorbeeld aan bijdragen, samen met de huisarts, de thuiszorg en welzijnsorganisaties, dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.'

Daarnaast heeft de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol in het verpleeghuis. 'Hij heeft niet alleen een medische rol, maar ook geeft hij samen met de andere zorgprofessionals invulling aan het welzijn van de patiënt en daarmee aan de kwaliteit van leven.' Als derde noemt Koster de rol van de specialist ouderengeneeskunde in het ziekenhuis. 'Ook daar is hij een teamspeler die samenwerkt met de medisch specialisten in het ziekenhuis die vaak aandoeningsgericht werken, de huisarts en de apotheek. De specialist ouderengeneeskunde is daar vanwege zijn brede blik van grote waarde.'



**Onderzoek**

## Onderzoek

Het wetenschappelijk onderzoek binnen het specialisme ouderengeneeskunde is relatief jong. Maar inmiddels wordt er in verschillende (academische) ziekenhuizen veel en veelzijdig onderzoek gedaan. Zo is er onderzoek naar dementie, onderzoek naar geriatrische revalidatie, naar palliatieve zorg, naar eerstelijnszorg bij kwetsbare ouderen en ook naar de ziekte van Parkinson en Huntington.

Je kunt voor of na je specialisatie promoveren, maar sinds vorig jaar biedt de ouderengeneeskunde ook de kans aan aiots om hun specialisatie te combineren met promotieonderzoek. Je bent dan zes jaar lang arts in opleiding tot onderzoeker, ofwel aioto. Hieronder lees je de uiteenlopende verhalen van Willemijn van Erp, Raymond Koopmans en Vera Elschot. Drie mensen die allen ervaring hebben met het onderzoek binnen het specialisme ouderengeneeskunde.

### Aioto

Willemijn van Erp is een van de eerste aioto's binnen het specialisme ouderengeneeskunde in Nederland. Na haar geneeskundeopleiding begon ze als arts-assistent neurologie in een grote perifere kliniek. Ze voelde zich als een vis in het water maar gaandeweg kreeg ze steeds meer vragen over de geneeskunde in de brede zin. 'Ik

merkte dat ik juist de patiënten interessant vond die langzaam of zelfs helemaal niet herstelden, of die te kwetsbaar waren voor verdere onderzoeken en interventies. Terwijl de ziekenhuiszorg ophield bij overplaatsing naar een verpleeghuis, had ik het idee



*Willemijn van Erp*

dat het pas daar voor de patiënt begon.’ Ze ging met specialisten ouderengeneeskunde praten om erachter te komen of ze binnen die specialisatie meer op haar plek zou zijn. ‘Al na één gesprek viel het kwartje.’ In september 2011 begon ze met haar onderzoek naar patiënten in vegetatieve toestand, een van de ernstigste uitkomsten van niet-aangeboren hersenletsel. ‘Jarenlang bevonden deze mensen zich buiten het gezichtsveld van de wetenschap, waardoor een kwetsbare en relatief jonge patiëntenpopulatie niet de zorg kreeg die nodig is,’ vertelt Willemijn.

‘De vegetatieve toestand stelt ons voor allerlei medische en ethische dilemma’s, maar juist over hoe het patiënten op de lange termijn vergaat is heel weinig bekend. Om te beginnen verricht ik een landelijke prevalentiestudie in verpleeghuizen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en gehandicaptenzorgcentra. Daarnaast zijn we bezig om een cohort op te zetten waarin alle patiënten in een vegetatieve toestand in Nederlandse verpleeghuizen kunnen worden geïncubeerd. Ik volg de patiënten vier jaar om ze goed in kaart te kunnen brengen.’ Willemijn voelt zich nu al helemaal op haar plek binnen de ouderengeneeskunde. ‘De mensen die hier werken hebben een visie en een hart voor patiënten met problemen waar geen pasklaar medisch antwoord op te geven is. Ze zijn niet bang om breed te kijken of om moeilijke vragen te stellen. Daarnaast biedt het vak ontzettend veel uitdaging en word je gedwongen creatief te denken.’ Ook de combinatie met wetenschappelijk onderzoek spreekt haar erg aan. ‘Wetenschap is heel erg belangrijk voor mij om een goede dokter te kunnen zijn. Er ligt een schat aan informatie in verpleeghuizen; er is nog zoveel dat onze aan-

dacht verdient. Niet alleen ten behoeve van nieuwsgierige wetenschappers: in de eerste plaats zijn we het verplicht aan de patiënten.’ Ze kan de ouderengeneeskunde dan ook zeker aan nieuwe basisartsen aanraden. ‘Als je *out of the box* durft te denken en als je veelzijdig bent, kun je echt iets betekenen voor een bijzondere populatie. Dat geeft veel voldoening. Ik prijs me gelukkig met de kansen die ik in dit vak krijg!’

### Hoogleraar

Raymond Koopmans is hoogleraar ouderengeneeskunde en uitvoerend specialist. ‘Een erg leuke, maar ook erg drukke combinatie.



*Raymond Koopmans*

Soms moet ik op drie plekken tegelijkertijd zijn’, zegt hij lachend. Raymond weigerde na zijn studie geneeskunde zijn dienstplicht en ging ter vervanging daarvan in een verpleeghuis werken. Aanvankelijk wilde hij nog huisarts worden, maar het werk in het verpleeghuis beviel zo goed dat hij besloot daarin verder te gaan. Tijdens zijn vervangende dienstplicht begon hij ook al met zijn eerste onderzoek. En ook dat bleek hem



helemaal te passen. Nu is hij als hoogleraar werkzaam aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen (UMCN). Hij doet onderzoek naar zeer verschillende onderwerpen, maar de focus ligt op dementie en probleemgedrag. Er wordt onderzoek gedaan naar psychosociale interventie bij probleemgedrag, zowel bij oude als bij jonge mensen met dementie, en zowel in zorginstellingen als thuis. 'Daarnaast ben ik heel erg geïnteresseerd in de levenseindeproblematiek.'

Toen Raymond in 1995 bij het UMCN begon, heeft hij samen met anderen de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde opgezet. Een paar jaar later begon hij met het opzetten van een onderzoeksbeleid. 'In 2000 werd er nog bijna geen onderzoek binnen de ouderengeneeskunde gedaan in Nederland, behalve in Amsterdam. Ik heb de afgelopen tien jaar vooral veel onderzoek willen genereren en heb daarbij breed ingezet. Nu wil ik weer meer een focus gaan kiezen. Dat zorgt voor effectiever onderzoek. Maar dat is tegelijkertijd ook lastig. Ik ben breed geïnteresseerd en ik weet dat er op heel veel terreinen behoefte is aan onderzoek.' Het is duidelijk dat Raymonds baan geen 9 tot 5 baan is. 'Ik werk samen met veel onderzoekers, ik ben internationaal bij veel organisaties betrokken en geef ook nog onderwijs.'

Het vinden van ondersteunende senior-onderzoekers specialisten ouderengeneeskunde is lastig. 'Momenteel zijn er nog geen middelen om gepromoveerde specialisten ouderengeneeskunde een verdere academische carrière te bieden. Als we in de toekomst het vakgebied verder willen uitbouwen, wordt dat wel heel belangrijk.' Naast zijn drukke academische baan werkt hij nog drie halve

dagen per week in een verpleeghuis. 'Ik vind het belangrijk om ook in de praktijk werkzaam te blijven en het is fijn om de harde academische wereld af te wisselen met de zachte omgeving van het verpleeghuis. Mijn ene baan voedt de andere. Alles aan mijn werk vind ik leuk!'

### **Wetenschapsstage**

Vera Elschot studeerde geneeskunde in Groningen. Aan het einde van haar opleiding koos ze ervoor om haar afsluitende wetenschapsstage bij de afdeling Geriatrie van het UMCN te volgen. Hier werkte ze vijf maanden mee aan een onderzoek naar nieuwe behandelmethoden voor de oudere patiënt met dementie. Vera legt uit: 'Mensen met dementie hebben vaak gedragsproblemen. In het onderzoek van mijn stage kijken we naar een nieuwe behandelmethode voor die gedragsproblemen bij patiënten met milde tot matige dementie. Die nieuwe behandelmethode, Namisol®, is een tablet met daarin THC, een stof afkomstig uit de cannabisplant.' Vera's project is onderdeel van een groot project dat binnen het Radboud



*Vera Elschot*

ziekenhuis wordt gedaan. 'De eerste studie gaat over Namisol® bij gedragsproblemen en vervolgstudies moeten de bijwerkingen op gezonde ouderen en de werking ervan bij pijn en pijngerelateerde gedragsstoornissen uitwijzen.' De studie is net van start gegaan. 'Wij hebben Namisol® nu pas in een kleine groep van vier mensen onderzocht. De totale populatie van de eerste studie zal twintig mensen beslaan. Ik kan dus ook nog niets over resultaten zeggen, maar we hopen natuurlijk dat de gedragsproblemen minder zullen worden.' De wetenschapsstage is onderdeel van de masterfase van de geneeskundeopleiding. Geneeskundestudenten doen dan, afhankelijk van de universiteit, drie tot vijf maanden onderzoek binnen een bestaand project, of zetten zelf een onderzoek op. Vera deed haar laatste coschap bij neurologie, in combinatie met geriatrie en daar kwam het Nijmeegse onderzoek op haar pad. 'Ik ben erg geïnteresseerd in ziektebeelden als Parkinson, dementie en

andere neurodegeneratieve aandoeningen. Daar wilde ik mijn wetenschapsstage graag op aan laten sluiten. Via via kwam ik toen in het Radboud terecht en zij bleken een boeiend project te hebben met neuropsychiatrische problemen bij dementie. Dat beviel erg goed en waarschijnlijk komt er ook nog een publicatie uit voort. Samen met twee arts-onderzoekers heb ik tijdens mijn stageperiode gewerkt aan een reviewartikel over het gebruik van medische cannabis bij ouderen. Dat is een nog redelijk onbekend terrein binnen de ouderengeneeskunde en geriatrie.' Vera gaat, nu ze bijna klaar is met haar geneeskundeopleiding, zeker verder binnen de ouderengeneeskunde of geriatrie. 'Ik vind het heel erg interessant omdat het zo breed is en je er zoveel mee kan. Daarnaast vind ik het leuk om met oudere mensen te werken. Het is ook fijn dat je over het algemeen wat langer de tijd hebt voor mensen. De sfeer is daardoor erg prettig.'

The image features a large, stylized logo consisting of the letters 'S' and 'O' in a dark blue color. The 'S' is formed by a thick, dark blue line that curves into a snake's head at the top. The snake's head is dark blue with a small white eye and a red stripe along its back. The 'O' is a simple, dark blue ring. The background is a solid blue color with a subtle gradient from light to dark. The word 'Carrière' is written in white, bold, sans-serif font across the middle of the 'S' and 'O'.

# Carrière

Hoewel bij iedere specialist ouderengeneeskunde het werk voor de oudere patiënt centraal staat, verschilt het soort werk van plek tot plek. Uit de vorige hoofdstukken blijkt dat de dagtaken van een specialist in een verzorgingshuis behoorlijk kunnen verschillen van die van een specialist die in de eerste lijn werkt. En ook de loopbaan van specialisten ouderengeneeskunde kan zeer verschillend verlopen.

Sommige specialisten wisten al vanaf de start van hun geneeskundestudie dat ze de ouderengeneeskunde in wilden, anderen kwamen daar via verschillende specialisaties pas achter. Enkelen bleken geboren ondernemer, een aantal bestuurden liever een grote zorggroep. Hieronder lees je over de wegen die Agda van Dijk, Hettie Suurd, Kees Heijblom en Patricia Assmann bewandeld hebben binnen hun carrière in de ouderengeneeskunde.

## Carrièreswitch

Agda van Dijk begon na haar geneeskundeopleiding en specialisatie als huisarts. Tijdens de vijftien jaar dat ze haar beroep uitoefende, werkte ze met een relatief oude populatie. Op die manier ontstond haar interesse voor de geriatrische problematiek. Vanuit die interesse rolde ze in een baan als geriatrisch consulent in het ziekenhuis, waar ze specialisten op verschillende afdelingen, zoals de interne geneeskunde en de

heelkunde, advies gaf. Daarnaast zag ze mensen op de polikliniek klinische geriatrie. Dat beviel goed, maar toch mistte ze in de vijf jaar die ze in het ziekenhuis werkzaam was, het werken in de eerste lijn. 'Ik mistte de context en het contact met de patiënten thuis.' Ze besloot alsnog de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te volgen en



*Agda van Dijk*

dat bleek de goede keuze. 'Hierin komt alles samen, zowel mijn ervaringen uit de eerste als uit de tweede lijn.' Tegenwoordig werkt ze bij de ZZG Zorggroep en daar lopen haar taken sterk uiteen. Zo werkt ze een aantal uur per week in een psychogeriatrisch verpleeghuis, is ze in een coördinerende functie verbonden aan drie verzorgingshuizen, is ze op consultbasis in te schakelen door huisartsen en werkt ze mee aan een onderzoek van de Radboud Universiteit in Nijmegen. Wat is er zo leuk aan haar werk? 'Heel veel! Ik vind het heerlijk om te fietsen tussen de verschillende werkplekken en ik houd ervan om mijn tijd zelf in te delen. Geen dag is hetzelfde, ik heb veel verschillende werkzaamheden. Maar het belangrijkste zijn de oude mensen en veelal hun verzoening met de dood. Zoals Bert Keizer zei: *'Een arts moet zelf eerst een beetje slijten om plezier te hebben in de verpleeghuiszorg. Je moet de betrokkenheid hebben ervaren van de ziekenhuisgeneeskunde.'* Dat is denk ik ook wel zo. Ik vind de ouderengeneeskunde bij uitstek een vak voor mensen die al ervaring in de geneeskunde hebben. Je moet vooral interesse hebben voor de medisch-ethische dilemma's, maar dat kan natuurlijk ook als je jong bent. Ik vind het bijzonder om oude mensen in hun laatste levensjaren bij te staan. Het gaat om de kwaliteit van leven en niet langer om de kwantiteit.'

### **De ondernemer**

Hettie Suurd kwam tijdens haar werk als specialist ouderengeneeskunde terecht bij een werving- en selectiebureau dat gespecialiseerd was in verpleeghuisbemiddeling. Dat was in het begin erg leuk werk en ze bleek zakelijk ook heel handig. Maar al snel stond het dozenschuiven in de detachering-



*Hettie Suurd*

wereld haar tegen. 'Ik miste een belangrijk aspect van het vak; binnen de detachering kon ik niets meer bijdragen aan de ontwikkeling van de ouderengeneeskunde.' Langzaam ontwikkelde in haar hoofd het idee voor Novicare. 'In de toekomst zullen steeds meer mensen thuis behandeld willen worden. Ik vond dat ik mijn kennis van de ouderengeneeskunde moest koppelen aan de zorgbehoefte van de patiënt, ongeacht waar die woont of verblijft. Ik wilde los van het verpleeghuis kunnen werken.' Ze nam ontslag en begon voor zichzelf. Haar bedrijf Novicare levert professionals aan zorginstellingen, van artsen en psychologen tot ergotherapeuten en diëtisten. Ze heeft een unieke werkwijze binnen Nederland. 'Wij leveren de complete behandeldienst, van multidisciplinaire overleggen tot behandelingen van de patiënt. Een zorginstelling betaalt niet de uren van de werknemers uit, maar betaalt voor een zorgpakket afgestemd op de patiënt.' Daarvoor liet ze een slim softwaresysteem ontwikkelen waarop alle betrokkenen in kunnen loggen en de te nemen stappen te zien zijn. Van intakege-

sprek tot evaluatie. 'Hierdoor kunnen onze behandelteams hun eigen tijd indelen en werken ze anderhalf keer efficiënter dan artsen in reguliere zorginstellingen.'

Hettie Suurd heeft haar ogen op de toekomst gericht. 'Ik wil dit vak sexy maken en ik wil laten zien dat goede zorg helemaal niet duur hoeft te zijn. We groeien gestaag. Over een aantal jaar wil ik een landelijke dekking hebben en wil ik bereikt hebben dat mijn teams ook bij mensen thuis kunnen werken.'

### De bestuurder

Kees Heijblom is van oorsprong huisarts. Nadat hij de opleiding met succes had afgerond, ging hij in militaire dienst. In zijn vrije uurtjes werkte hij in een verpleeghuis. 'Dat beviel heel erg goed en het was een goede aanvulling op mijn ervaring als huisarts.' De directeur van het verpleeghuis waar hij werkte, vroeg hem om ook na zijn dienstperiode te blijven werken op een nieuwe locatie. Daar raakte hij betrokken bij het opzetten van multidisciplinaire zorg. Zijn taken werden steeds breder. 'Langzamer-

hand kreeg ik ook steeds meer managementtaken en dat beviel erg goed. Ik werkte veel samen met andere disciplines maar was tegelijkertijd ook nog werkzaam als arts. Ik vond het heel bijzonder om een rol te kunnen spelen in de laatste invulling van het leven van mensen.' Hij besloot de huisartsgeneeskunde achter zich te laten en volgde extra cursussen om specialist ouderengeneeskunde te worden. Toen zijn verpleeghuis fuseerde met zorginstelling Rivas, kreeg hij de kans om volledig als bestuurder aan het werk te gaan. 'Ik heb er zeker geen spijt van maar het was wel lastig om het werken als arts los te laten. De combinatie was helaas niet meer mogelijk.' Naast veel overleggen en vergaderen, bezoekt Kees iedere dag een locatie van Rivas. Zo houdt hij contact met de werkvloer, ontmoet medewerkers en patiënten en heeft hij, naast de formele rapportages, ook fysiek zicht op kwaliteit. 'Dat zie ik zeker niet als werk! Het houdt mijn werk juist leuk.' In de toekomst hoopt hij meer zorg aan te kunnen bieden op locaties die de patiënt bepaalt. 'We moeten los van de instellingen komen.' Daarnaast wil hij de regie van de zorg teruggeven aan de patiënt. 'Kennis moet meer vrij worden gegeven, we moeten de patiënt stimuleren om zelf met oplossingen te komen. Daar kunnen artsen bij helpen.'

### De omscholing

Patricia Assmann is cardioloog, bedrijfskundige en nu in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Ze was twee jaar werkzaam als cardioloog toen ze vanwege het werk van haar man naar het oosten van het land verhuisde. Daar merkte ze dat men het heel raar vond dat ze als vrouwelijke cardioloog in een academisch ziekenhuis



*Kees Heijblom*



*Patricia Assmann*

wilde werken. 'Ik werd geacht parttime in de periferie te gaan werken. Cardioloog, moeder en echtgenote zijn, ging daar niet samen.' Binnen de cardiologie kon ze haar ambities niet volgen en ze besloot de organisatie in te gaan. 'Als bedrijfskundige zorgde ik ervoor dat de eerste en tweede lijn beter konden samenwerken. In het bedrijfsleven is dat heel normaal, de geneeskunde heeft daar af en toe nog wel moeite mee.' Ook werd ze voorzitter van de Vereniging van

Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) en stelde ze zich verkiesbaar voor het CDA in de Tweede Kamer. Toch begon ze de geneeskunde weer te missen en vorig jaar besloot ze zich op een heel nieuw vak, de ouderengeneeskunde, te richten. 'Binnen de politiek merkte ik dat we in de toekomst nog heel veel met de ouderengeneeskunde te maken gaan krijgen om de zorg voor zoveel mensen in goede banen leiden.' Bij de ouderengeneeskunde komt alles wat ze eerder gedaan heeft samen: politiek, beleid en zorg. 'Wat me aanspreekt binnen deze sector is dat er veel tijd is voor de patiënt en de familie. Dat mistte ik als cardioloog wel, mijn spreekuur liep altijd uit. Ik ben heel erg blij met mijn keuze!' Welke kant ze binnen de ouderengeneeskunde opgaat, weet ze nog niet. 'Ik leer hier iedere dag, ik zie wel hoe het loopt. Ik vind de demente zorg heel erg interessant, evenals de palliatieve zorg. Uiteraard ga ik me verdiepen in de cardiologie voor ouderen. Maar ik zie het ook nog wel gebeuren dat ik me weer met de organisatie ga bemoeien. Ik sluit niets uit.'

## **SCEN-arts**

Een bijzondere specialisatie binnen de ouderengeneeskunde is de specialisatie tot SCEN-arts. SCEN staat voor *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*. Volgens de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding moet een arts bij een euthanasieverzoek advies inwinnen bij een andere onafhankelijke arts. De speciaal opgeleide en onafhankelijke SCEN-artsen voorzien hierin. SCEN-artsen helpen de kwaliteit van de medische besluitvorming rond het levens-einde te verbeteren. Een SCEN-arts steunt zijn collega's in dit lastige proces. Om SCEN-arts te worden, moet je ten minste vijf jaar werkzaam zijn als huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist. Na toetsing door een commissie volgt een driedaagse, geaccrediteerde en kostenloze training die wordt aangeboden door de KNMG.

A stylized logo of a snake, where the body forms the letters 'S' and 'O'. The snake's head is at the top of the 'S', with a red stripe along its back and a blue eye. The background consists of horizontal bands of blue and red.

**Interview**





## Caroline van den Brekel

Caroline van den Brekel is directeur van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de grootste werknemersorganisatie voor artsen in Nederland. Het behartigt de rechtspositionele belangen van alle artsen die in dienstverband werkzaam zijn in de particuliere sector of bij overheidsinstellingen. Ook behartigt de LAD de belangen van coassistenten.

### De vakbond

'We richten ons op de arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en de arbeidsmarkt waarop artsen werken. De LAD ijvert voor de belangen van álle artsen in dienstverband - van beginnend basisarts, aios, huisarts, medisch specialist tot specialist ouderengeneeskunde. Dankzij onze deskundigheid brengen wij de meest gunstige arbeidsomstandigheden tot stand. Daarnaast bieden we individuele begeleiding tijdens contract-

onderhandeling en zijn we altijd beschikbaar voor het beantwoorden van vragen. Ook ondersteunen we bij arbeidsconflicten. En bij fusies en reorganisaties kunnen artsen rekenen op onze begeleiding.'

Voor de meeste specialisten ouderengeneeskunde geldt de CAO VVT. 'De meeste specialisten ouderengeneeskunde, meer dan 75%, werken in verpleeg- en verzorgingshuizen. Zij hebben een standaard werkweek

van 36 uur die in overleg opgehoogd kan worden naar 40 uur. Bereikbaarheidsdiensten worden vergoed en de werkgever vergoedt noodzakelijke scholing voor de (her) registratie Wet BIG. Ook is vastgelegd dat scholing werktijd is.'

### Inschaling

De inschaling van specialisten ouderengeneeskunde in dienstverband verschilt per instelling en individu. 'De meeste specialisten ouderengeneeskunde starten in schaal 70. Door de krappe arbeidsmarkt komt het ook voor dat specialisten ouderengeneeskunde worden ingeschaald in 75. Het brutosalaris van iemand in schaal 70 is ongeveer 4.000 tot 6.000 euro, dat van iemand in schaal 75 is 4.550 tot 7.200 euro.' Als je dat vergelijkt met medisch specialisten in een ziekenhuis, is dat een lager salaris. 'Maar het is vergelijkbaar met het salaris van een huisarts in dienstverband', legt Van den Brekel uit. Door de krappe arbeidsmarkt zien we ook steeds vaker dat instellingen een arbeidsmarkttoeslag bieden om artsen aan te trekken of juist vast te houden. De hoogte van een toeslag of de inschaling is afhankelijk van de onderhandelingskracht van de arts.' Het specialisme ouderengeneeskunde wordt door de vergrijzing steeds belangrijker binnen de Nederlandse zorg; zowel inhoudelijk als in omvang. Maar de toestroom van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde groeit niet evenredig mee. 'Daarom zie je nu al dat sommige verpleeghuizen maatwerk leveren als het om salaris gaat. Wij vinden dat dit landelijk gelijk getrokken moet worden.'

### Verschuivingen

Het merendeel van de beroepsgroep ouderengeneeskunde bestaat uit vrouwen.

'Ongeveer 61% van de beroepsgroep is vrouw, zij werken gemiddeld 0,74 fte. Dat komt waarschijnlijk omdat het specialisme vrouwen aanspreekt en omdat er meer ruimte is om parttime te werken dan in sommige andere specialismen. Mannen binnen de ouderengeneeskunde werken gemiddeld 0,91 fte. 75% van de specialisten ouderengeneeskunde is gelieerd aan een verzorgingshuis. Maar daarin treden wel verschuivingen op. Er ontstaat steeds meer samenwerking met de eerste lijn, specialisten gaan bijvoorbeeld als huisartsconsulent werken. In de toekomst komen er meer overkoepelende werkzaamheden. Er komt meer nadruk op de kwaliteit van leven van ouderen, in plaats van alleen de medische behandeling van aandoeningen. Deze discussies zijn volop aan de gang. Specialisten ouderengeneeskunde moeten hierin een coördinerende rol spelen. Het zijn dé specialisten die met een overkoepelende blik kunnen kijken.'

### Aantrekkelijkheid

Caroline van den Brekel vindt dat er meer aan de aantrekkelijkheid van het vak gedaan moet worden. 'Er moet meer bekendheid over de inhoud van het vak komen, het specialisme moet meer aandacht krijgen in de medische opleidingen en er moeten voldoende goede stageplekken zijn. Veel artsen ontdekken de schoonheid van het vak pas later, er zijn veel zij-instromers. Ook hier ligt nog een uitdaging: hoe breng je het boeiende vak voor het voetlicht bij pas afgestudeerde artsen.'

De volledige tekst van de CAO VVT en meer informatie over de LAD is te vinden op [www.lad.nl](http://www.lad.nl).

The image features a large, stylized logo consisting of the letters 'S' and 'O'. The 'S' is dark blue with a red snake head at the top, and the 'O' is dark blue with a red snake tail at the bottom. The background is a gradient of blue.

**De opleiding**

# De opleiding

De thuisbasis van de meeste specialisten ouderengeneeskunde is het verpleeghuis, maar steeds meer werkt men in ziekenhuizen, GGz-instellingen en in de eerste lijn. Deze variatie in taken en werkterreinen komt terug in de opleiding. Iedere aios krijgt bij de start een individueel opleidingsschema (zie hieronder een voorbeeld) dat te beschouwen is als het spoorboekje van de opleiding met alle opleidings- en stageplaatsen.

De werkplek speelt een grote rol in het leerproces van de aios; werken en leren zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Volgens het principe 'Al doende leert men', groeit de aios tijdens de opleiding in zijn rol als specialist ouderengeneeskunde. De aios start

in de praktijk met het zelfstandig oppakken van eenvoudige, veelvoorkomende problemen. Tijdens de opleiding worden de werkzaamheden steeds complexer. Zo maakt de aios een geleidelijke groei door naar een volleerd specialist ouderengeneeskunde. Op de werkplek wordt de aios begeleid door een (stage)opleider.

Tijdens de opleiding zijn alle aios in dienst van de SBOH, werkgever van aios huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde. Kijk voor meer informatie op [www.sboh.nl](http://www.sboh.nl).

Ieder jaar is er een aantal aioto-plaatsen beschikbaar voor artsen die de opleiding willen combineren met een promotieonderzoek.

Psychogeriatric	Ziekenhuis	Ambulant	Keuze	Psychogeriatric
Somatiek				Somatiek
JAAR 1	JAAR 2		JAAR 3	

*Voorbeeld opleidingsschema*

<b>De opleiding in vogelvlucht</b>		
<b>Opleiding bestaat sinds</b>	1989	Opleiding (toen nog 2 jaar) startte aan de Vrije Universiteit met 15 aios
<b>Duur van de opleiding</b>	3 jaar voltijds	Vrijstelling mogelijk op basis van werk-ervaring of vooropleiding Enkele onderdelen van de opleiding kunnen in deeltijd gevolgd worden
<b>Modules praktijk</b>	Somatiek / Revalidatie	Verpleeghuis (6-12 maanden)
	Psychogeriatric	Verpleeghuis (6-12 maanden)
	Ambulant	Ambulante ouderenafdeling van een GGz-instelling of verpleeghuis (6-12 maanden)
	Ziekenhuis	Interne geneeskunde, klinische geriatrie, neurologie of chirurgie (6 maanden)
	Keuzestage	Bijvoorbeeld huisartspraktijk, wetenschappelijk onderzoek, revalidatiecentrum of hospice (3 maanden)
<b>Theoretische onderwijs</b>	Opleidingsinstituut	Kleinschalig groepsonderwijs tijdens de terugkomdagen op het UMC
	Centraal (SOON)	Landelijke aiosdagen: onderwijs door topdocenten uit andere vakgebieden STARTclass vaardigheidstrainingen jaar 1 (spoedzorg) en jaar 2 (voorbereiding op ziekenhuisstage)
	Regionaal	Refereerbijeenkomsten en klinische conferenties in de eigen regio, soms met aios uit andere specialismen
<b>Opleidingsinstituten</b>	GERION	Locaties op VU medisch centrum Amsterdam en UMCG Groningen. Start september
	VOSON	UMC St Radboud Nijmegen. Start maart en september
	LUMC	LUMC Leiden. Start september
<b>Aanmelding</b>	Kandidaten kunnen zich aanmelden voor een opleidingsplaats op de website van SOON ( <a href="http://www.soon.nl">www.soon.nl</a> ).	
<b>Websites</b>	Meer informatie kun je vinden via de website van SOON of van de opleidingsinstituten. <a href="http://www.soon.nl">www.soon.nl</a> , <a href="http://www.gerion.nl">www.gerion.nl</a> , <a href="http://www.voson.nl">www.voson.nl</a> , <a href="http://www.lumc.nl">www.lumc.nl</a>	

## De opleider

Hein Reedijk is al 25 jaar met heel erg veel plezier werkzaam binnen de ouderengeneeskunde. Hein vertelt: 'Het begon eigenlijk tijdens mijn studie geneeskunde, want toen werkte ik al veel in verpleeghuizen. Na mijn studie werkte ik een aantal jaar als assistent op verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis. Dat was achteraf gezien een uitstekende ervaring, maar ik merkte dat werken als arts in de zorg me veel beter lag. Ik ben nu twintig jaar werkzaam in verpleeghuizen.' Sinds 2006 is hij ook opleider ouderengeneeskunde aan de VU. 'Lesgeven bevalt me heel erg goed. Ik geef al twintig jaar les aan verpleegkundigen. Het opleiden via de universiteit is me eigenlijk in de schoot geworpen toen mijn voorganger opstapte.' Naast het opleiden is Hein zelf ook nog werkzaam als uitvoerend specialist op verschillende locaties. 'Drie dagen per week leid ik op en werk ik in het verpleeghuis, de vierde dag werk ik alleen in het verpleeghuis. Ik zie mijn leerlingen in het begin heel intensief, zodat ze in een later stadium zelf de afdeling kunnen runnen.



*Hein Reedijk*

Tijdens onze meetings bespreken we onder andere moeilijke casussen en laat ik ze zelf met oplossingen komen.' Hein denkt dat het imago van de ouderengeneeskunde nog flink verbeterd kan worden. 'Daar valt nog veel winst in te behalen. Niet veel jonge artsen kiezen voor dit vak. Ondertussen realiseren ze zich niet dat ongeveer 90% van de artsen werkzaam is binnen de ouderenzorg. Ook een internist ziet voornamelijk oudere patiënten, zeker nu de vergrijzing een steeds grotere rol gaat spelen.' De opleiding zelf is in de afgelopen jaren ook sterk veranderd. 'Het is een stuk professioneler geworden. Het is van twee naar drie jaar gegaan en er vinden meer promoties plaats. Ook worden er onderwerpen uit de ouderengeneeskunde behandeld tijdens de geneeskundestudie. Dat is een goede manier om studenten in aanraking te laten komen met ons vak. Een andere manier is het coschap. Ik hoor veel positieve ervaringen van studenten die hun coschap bij ouderengeneeskunde doen.' Zelf geniet hij, naast het lesgeven, het meeste van het contact met de oudere patiënt en zijn of haar familie. 'Als specialist ouderengeneeskunde heb je veel gesprekken met familieleden. Dat is soms zwaar, maar ook fijn om te doen. Arts-assistenten beseffen niet altijd hoe belangrijk de communicatie binnen de ouderenzorg is.'

## Medisch directeur

Ine Cox is specialist ouderengeneeskunde en medisch directeur van de ZZG zorggroep. De zorggroep biedt patiënten in de regio Nijmegen dichtbij huis en op maat een breed scala aan diensten op het gebied van zorg, wonen en welzijn. De instelling heeft veel ervaring met het begeleiden van studenten en coschappen. 'Ik ben directeur van



*Ine Cox*

het verpleeghuis Margriet, dat aan de rand van het centrum van Nijmegen ligt, en tijdelijk onderdak biedt aan mensen die revalideren na een operatie, beroerte of na andere klachten', vertelt Ine Cox. 'Binnenkort verhuizen we naar een gloednieuwe locatie op het terrein van Dekkerswald te Groesbeek. Sinds het begin van mijn carrière hier, inmiddels al 32 jaar, zijn we een plek geweest waar studenten hun coschap kunnen lopen. Het is belangrijk dat medisch studenten zien hoe het er in een verpleeghuis aan toegaat. Ze kunnen hier bovendien nu ook meedraaien in het herstelhotel en zien hoe de praktijk binnen de ouderenrevalidatie eruit ziet. Er zijn veel mogelijkheden en we laten studenten, al is het tijdens de verplichte korte verpleegstage aan het begin van de studie, niet alleen meekijken maar ook echt meewerken en geven ze verantwoordelijkheid. We laten ze veel zelf doen en merken dat ze daar meestal enthousiast van worden. Het is belangrijk dat ze hun verplichte coschap of keuzecoschap leuk vinden. Ze worden dan ook goed begeleid, kunnen onder supervisie veel zelfstandig

doen en leren veel in korte tijd door het zelf plannen van hun werkzaamheden en een consequente terugkoppeling. Ze komen binnen de revalidatie en in het verpleeghuis diverse groepen patiënten met veel verschillende ziektebeelden tegen.' Cox denkt dat het beeld dat de studenten van een verpleeghuis en de ouderengeneeskunde hebben als ze binnenkomen gaandeweg verandert. 'Bijna iedereen wordt gedurende het coschap enthousiast en daarvoor is goede begeleiding van toegewijde specialisten cruciaal. Naast het bieden van plaatsen aan coassistenten zijn we ook een opleidingshuis voor specialisten ouderengeneeskunde en begeleiden we huisartsen in opleiding. Net als de studenten krijgen zij de kans om niet alleen in het verpleeghuis en het herstelhotel mee te draaien, maar ze gaan ook mee op huisbezoek, zitten bij het werkoverleg en worden bij alles betrokken dat bij dit werk komt kijken.'

'Het vak van de specialist ouderengeneeskunde is de laatste jaren veranderd en ondergaat nog steeds veranderingen', aldus Cox. Er ontstaan meer subspecialismen en stromingen. Margriet is echt een instelling gericht op ouderenrevalidatie. Maar ook in ziekenhuizen en thuis bij patiënten zijn specialisten ouderengeneeskunde belangrijk. Waar wij coassistenten en specialisten in opleiding vooral binnen de intramurale zorg scholen, zal dit in de toekomst mogelijk worden uitgebreid.'

### **De aios**

Janneke van der Ploeg wist niet meteen dat ze specialist ouderengeneeskunde wilde worden. 'Na mijn opleiding geneeskunde heb ik eerst een jaar in het ziekenhuis gewerkt. Daarna ben ik begonnen aan de huisartsen-



*Janneke van der Ploeg*

opleiding. Tijdens die opleiding moest ik ook een stage ouderengeneeskunde in een verpleeghuis doen en daar dacht ik 'Dit is veel leuker! Hier ben ik op mijn plek'. Ik ben toen gestopt met mijn opleiding tot huisarts en ben in september 2011 aan de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde begonnen.' Janneke doet haar opleiding aan de VU, bij een dependance van het VUMC in Groningen. Tijdens de opleiding is ze gestart met een verpleeghuisstage. 'Daarna volgde ik een stage bij de GGz, waar ik op dit moment nog mee bezig ben. Hier besteed ik veel aandacht aan patiënten met dementie. Normaal gesproken zou er na deze stage een ziekenhuisstage volgen, maar daar heb ik vanwege mijn eerdere werk in het ziekenhuis vrijstelling voor

gekregen. Na de ziekenhuisstage volgt een keuzestage. Deze stage van drie maanden heb ik in mijn eerste jaar al gedaan. Ik heb toen het onderzoek afgemaakt waarmee ik in de huisartsenopleiding gestart was. Dat onderzoek ging over plasklachten bij mannen en de rol van fysiotherapie als behandeling daarbij.' Als laatste onderdeel volgt nog een verpleeghuisstage van een jaar. Janneke is erg enthousiast over het werken binnen de ouderenzorg. 'Ik vind het fijn dat we relatief veel contact met de patiënten hebben. In het verpleeghuis hebben we een overzichtelijk aantal patiënten waardoor we alle facetten kunnen bekijken en heel persoonlijke zorg kunnen bieden. Ik vind het een mooie manier van werken. Ouderen hebben veel humor en levenswijsheid en ik vind het fijn dat we veel met hen en hun familie kunnen overleggen. Ook het teamwork spreekt me erg aan.' In de toekomst zou ze graag in een verpleeghuis werken. 'Dat is hoe ik het nu zie. Maar ook het werken op consultbasis in de eerste lijn spreekt me erg aan en ik zou in de toekomst ook wel weer onderzoek willen doen.' Voor kersverse basisartsen heeft Janneke nog een advies. 'Het is voor iedereen goed om de wereld van de ouderengeneeskunde te leren kennen omdat iedereen er in zijn werk mee te maken krijgt. Dat kan bijvoorbeeld goed door een betaalde kennismakingsstage in het verpleeghuis.'



## **Kaderopleidingen**

Wil je je na de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde nog verder specialiseren? Dan kan dit door het volgen van een van de kaderopleidingen. Deze opleidingen gaan dieper in op deelgebieden van

het specialisme ouderengeneeskunde. Je kunt kiezen uit de volgende kaderopleidingen: opleiden, palliatieve zorg, geriatrie, revalidatie, psychogeriatric en specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

### **Opleiden**

Opleiders van nu moeten in staat zijn te coachen, reflecteren, feedback geven en ontvangen, toetsen en beoordelen, organiseren en samenwerken. En ze moeten blijf geven van inzicht in hun eigen leerproces en leerdoelen. Kortom: aan opleiders worden hoge eisen gesteld. Want zij bepalen de kwaliteit van de opleiding. Die eisen zijn terug te vinden in de kaderopleiding Opleiden. De kaderopleiding biedt opleiders in het specialisme ouderengeneeskunde technieken en strategieën waarmee ze aios goed en effectief op kunnen leiden. De kaderopleiding Opleiden wordt georganiseerd door SOON ([www.soon.nl](http://www.soon.nl)).

### **Palliatieve zorg**

Palliatieve zorg wordt in Nederland beschouwd als onderdeel van reguliere zorg en zorgverleners worden geacht kwalitatief goede palliatieve zorg te kunnen verlenen. De kaderopleiding Palliatieve Zorg wil de deskundigheid van artsen met betrekking tot palliatieve zorg vergroten, zodat zij in staat zijn patiënten goede zorg te bieden en andere zorgverleners op dit gebied te ondersteunen door het geven van informatie of adviezen en het verzorgen van scholing. De kaderopleiding is bedoeld voor alle artsen die palliatieve zorg verlenen. De kaderopleiding Palliatieve zorg wordt georganiseerd door GERION ([www.gerion.nl](http://www.gerion.nl)).

### **Geriatrie revalidatie**

Verpleeghuispatiënten die zijn opgenomen op revalidatieafdelingen van verpleeghuizen en herstelafdelingen in ziekenhuizen vragen om specifieke medische kennis over het revalidatieproces. Ook voor thuiswonende ouderen wordt van de specialist ouderengeneeskunde inzicht gevraagd in het proces van geriatrie revalidatie. Het aantal kortdurende verpleeghuisopnames, gericht op herstel en ontslag neemt jaarlijks toe en betreffen vooral CVA-revalidatie, orthopedische revalidatie en traumatologie. De kaderopleiding Geriatrie revalidatie biedt de gelegenheid de medische begeleiding van het revalidatieproces bij de kwetsbare oudere te herijken en te verdiepen. De kaderopleiding Geriatrie revalidatie wordt georganiseerd door GERION ([www.gerion.nl](http://www.gerion.nl)).

## **Psychogeriatric**

Het advies van de Gezondheidsraad over Dementie uit 2002 schetst duidelijk de groei van het aantal mensen met psychogeriatric problemen in de komende decennia en de veranderingen in kennis over oorzaken, diagnostiek, behandeling en zorg. Met het aantal patiënten neemt ook het aantal hulpverleners betrokken bij deze doelgroep toe. In sommige regio's ontstaan centra die gespecialiseerd zijn in dit gebied van de gezondheidszorg. Veelal speelt de lokale of regionale specialist ouderengeneeskunde of sociaal geriatric een belangrijke rol bij consultatievragen uit de eerste lijn of van de V&V-sector. In toenemende mate wordt in teams één van de collega-artsen gevraagd zich speciaal in deze problematiek te verdiepen. De kaderopleiding Psychogeriatric wil bijdragen aan de deskundigheid van deze artsen en aan hun vaardigheden in consultatie en het geven van onderwijs. De kaderopleiding Psychogeriatric wordt georganiseerd door GERION ([www.gerion.nl](http://www.gerion.nl)).

## **Specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn**

Steeds meer (zeer) kwetsbare ouderen verblijven thuis of in een verzorgingshuis onder de hoede van hun huisarts. Kwalitatief goede medische zorg aan deze groep patiënten vraagt om een proactieve, multidisciplinaire en probleemgeoriënteerde benadering. Het is belangrijk om oog te houden voor de belastbaarheid van de patiënt en onnodig belastende onderzoeken en ziekenhuisopnames te voorkomen. De specialist ouderengeneeskunde houdt zich in de dagelijkse praktijkvoering bezig met al deze aspecten van de ouderengeneeskunde. De kaderopleiding Specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, welke door het LUMC Boerhaave wordt georganiseerd, biedt deze mogelijkheid. De opleiding beoogt het professioneel zelfbewustzijn te vergroten en wil een initiatiefrijke opstelling van de specialist ouderengeneeskunde stimuleren ([www.lumc.nl](http://www.lumc.nl)).

The image features a stylized logo on a blue background. The logo consists of a dark blue snake with a red collar and a blue eye, positioned above the letters 'S' and 'O'. The 'S' and 'O' are rendered in a dark blue color with a red-to-purple gradient at the bottom. The text 'Info en contact' is written in white, bold, sans-serif font across the middle of the logo.

**Info en contact**

# Info en contact

## Verenso

Verenso is de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. Circa 1.550 specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters zijn lid van Verenso. Verenso is federatiepartner van de landelijke artsenfederatie KNMG.

Verenso zet zich in om de positie van de specialist ouderengeneeskunde binnen het verpleeghuis, de GGz en de eerste lijn te versterken. Dit doet zij onder andere door de meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde voor het voetlicht te brengen bij relevante organisaties (zoals ministerie van VWS en zorgverzekeraars), de wet- en regelgeving te beïnvloeden (politieke lobby) en te zorgen voor aansluiting op andere functies in de keten.

Deskundigheidsbevordering bereikt Verenso door het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en het ontwikkelen van richtlijnen en handreikingen voor het medisch handelen. Voor vragen over de beroepsuitoefening staan de medewerkers van het Verenso-bureau klaar om die voor haar leden te beantwoorden.

### **Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde**

*Bezoekadres:*

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

*Postadres:*

Postbus 20069  
3502 LB Utrecht

T 030 – 28 23 482

E [info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl)

W [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl)

## **SOON**

SOON, Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland, is het samenwerkingsverband van de drie opleidingsinstituten ouderengeneeskunde: GERION VU medisch centrum/UMCG, UMC St Radboud Nijmegen (VOSON) en LUMC Leiden. SOON staat voor uitstekende kwaliteit van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Met dit doel voor ogen stimuleert en faciliteert SOON de samenwerking tussen de drie opleidingsinstituten. SOON brengt de medewerkers samen en verbindt hun kennis en kunde. Voor de buitenwereld is SOON hét gezicht van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

### **SOON**

*Bezoekadres:*

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

*Postadres:*

Postbus 19025  
3501 DA Utrecht

T 030 – 28 23 452

E [secretariaat@soon.nl](mailto:secretariaat@soon.nl)

W [www.soon.nl](http://www.soon.nl)

### **SBOH, (werkgever) voor artsen in opleiding**

*Bezoekadres:*

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

*Postadres:*

Postbus 19025  
3501 DA Utrecht

T 030 – 28 23 444

E [sboh@sboh.nl](mailto:sboh@sboh.nl)

W [www.sboh.nl](http://www.sboh.nl)

## ActiZ

ActiZ is een ondernemende branchevereniging die haar leden faciliteert om als maatschappelijke onderneming kwalitatief goede zorg te leveren. ActiZ en haar leden zijn actief op de terreinen: verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Ruim 420 leden bieden werk aan ongeveer 430.000 medewerkers. Een belangrijke, verbindende taak van ActiZ bestaat uit het collectief behartigen van de belangen van haar leden richting politiek, (lokale) overheden, verzekeraars, onderwijs, media en publiek.

### **ActiZ, organisatie van zorgondernemers**

*Bezoekadres:*

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht

*Postadres:*

Postbus 8258  
3503 RG Utrecht

T 030 – 273 93 93

E [info@actiz.nl](mailto:info@actiz.nl)

W [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl)

The image features a large, stylized graphic on a blue background. The graphic consists of a dark blue shape that forms the letters 'S' and 'O'. A red fish-like head with a blue eye and a small mouth is integrated into the top curve of the 'S'. The bottom of the 'S' and the 'O' are filled with a red-to-purple gradient. The text 'Literatuurlijst' is written in white, bold, sans-serif font across the middle of the 'S' and 'O' shapes.

# Literatuurlijst

# Literatuurlijst

1. *Tijdschr Ouderengen 2012;3:114.*
2. *Tijdschr Ouderengen 2012;3:116.*
3. *Tijdschr Ouderengen 2012;3:121.*
4. *Capaciteitsplan 2010, deel 5 specialist ouderengeneeskunde.*
5. *Tijdbestedingsonderzoek capaciteitsorgaan 2009.*
6. *Onderzoek Prismant 2009.*
7. *Sociaal jaarverslag 2011, opleiding huisartsen & specialisten ouderengeneeskunde, SBOH.*
8. *CBS.*
9. *Sociaal en Cultureel Planbureau.*
10. *Alzheimer Nederland.*
11. *[www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst](http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst)*
12. *Alzheimer Nederland.*



# Colofon

**Deze uitgave is in opdracht van Verenso en SOON verzorgd door dchg medische communicatie, Haarlem.**

**Interviews en teksten:** Anne van Kessel en Emma van Laar, dchg medische communicatie, Haarlem

**Cover:** Het Lab ontwerp + advies, Arnhem

**Ontwerp:** honderdenééngrafisch ontwerp, Haarlem

**Opmaak:** Erika Wesselius, dchg medische communicatie, Haarlem

**Eindredactie:** Lauri Faas, Judith Heidstra, Ingrid Doornbos

**Met dank aan:** Patricia Assmann, Astrid Beckers, Mirjam Bezemer, Bart Blaauw, Vincent Borst, Caroline van den Brekel, Ine Cox, Agda van Dijk, Vera Elschot, Willemijn van Erp, Hein Handgraaf, Nieske Heerema, Kees Heijblom, Frank Hoek, Maria van der Hoeven, Bert Keizer, Raymond Koopmans, Aad Koster, Ans Mulders, Janneke van der Ploeg, Hein Reedijk, Hettie Suurd en Margot Verkuylen.

**Fotografie Willemijn van Erp:** Willem van Gerwen

**ISBN:** 978-94-90826-23-9

Overal in dit boek geldt: daar waar hij/zijn staat, kan ook zij/haar worden gelezen.

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

Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld. Hoewel bij het verzamelen en verwerken van de gegevens de uiterste zorgvuldigheid is betracht, kunnen uitgever en auteurs geen enkele aansprakelijkheid voor fouten en overige onjuistheden aanvaarden.

dchg medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

023-5514888

[www.dchg.nl](http://www.dchg.nl)

Wat maakt het vak van de specialist ouderengeneeskunde zo bijzonder? In dit boek vertelt men over de veelzijdigheid van het werk. Waar vind je revalidatie en palliatieve zorg in één specialisme? Ouderengeneeskunde is getalsmatig het vijfde specialisme in Nederland. De verwachting is dat de komende 20 jaar de zorgvraag zodanig zal stijgen dat het aanbod van specialisten ouderengeneeskunde met nog eens 25% kan toenemen. Een vak met toekomst dus.

Het verbeteren van de kwaliteit van leven van hen die kwetsbaar zijn geworden door complexe, chronische multipathologie. Daar gaat het in de kern om voor de specialist ouderengeneeskunde.

Er is zelden sprake van eenduidige oorzaken en effecten. De medische complexiteit en de sterke sociale vaardigheden die de specialist ouderengeneeskunde nodig heeft, maken samen dat werken in de ouderengeneeskunde een vorm van topsport is!

