

Canon van de ouderengeneeskunde



verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde



Canon van de ouderengeneeskunde

Colofon

Redactie:

Drs. Lauri P.M. Faas-Vlek

Judith Heidstra-Wolke

Dr. Jos W.P.M. Konings

Drs. Franz J. Roos

Dr. Dirk A.A. van der Wedden

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 auteur 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 auteur geen enkele aansprakelijkheid voor fouten en overige onjuistheden aanvaarden. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

Voor bronvermelding en referenties kunt u contact opnemen met de uitgever.

Afbeelding op de cover: Als men oud wordt, 1883, olieverf op doek. Gesigneerd r.o.: Josef Israëls.

© 2012 DCHG, medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

telefoon 023 551 48 88

www.dchg.nl

ISBN/EAN: 978-94-90826-19-2

Inhoud

Voorwoord	5
01 Oud in het verleden	6
02 Van armenzorg naar ouderenzorg	8
03 Klooster, armenhuis, hofje, verpleeghuis	10
04 De 19e eeuw	12
05 Het Zonnehuis-Beekbergen	14
06 Wettelijke verankering van de ouderenzorg	16
07 De verzorgingsstaat	18
08 AWBZ	20
09 Oudenliedenzorg	22
10 Grondleggers en pioniers in ouderengeneeskunde	24
11 Joop Michels: een bijzondere hoogleraar	26
12 Oprichting van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen	28
13 De hoogleraren en de wetenschappelijke onderbouwing	30
14 Commissie Wetenschappelijke Aangelegenheden (CWA)	32
15 De status van de dokter: zo was het	34
16 De status van de dokter: zo moet het worden	36
17 Gerijpte dokters: het ontstaan van de opleiding	38
18 Professionalisering samenwerking opleidingsinstituten	40
19 Promoveren	42
20 Politiek	44
21 Verenso en bewindslieden	46
22 Ontwikkeling van de sociale geriatric tot 1997	48
23 Ontwikkeling van de sociale geriatric vanaf 1997	50
24 Takenpakket	52
25 Identiteit, verzuiling en thematisering van de werkplek	54
26 Het tijdschrift	56
27 Belevingsgericht wonen in woonzorgcentra	58

28 Patiëntencategorieën	60
29 Multidisciplinair werken, CSLM-zorg	62
30 Van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde	64
31 Ontwikkelingen in het werkveld	66
32 Grenzen van het medisch handelen: kennis als onmacht	68
33 Ontstaan geriatrische revalidatiezorg	70
34 Ontwikkelingen in de zorg voor dementie in Nederland	72
35 Jonge mensen met niet-aangeboren hersenletsel	74
36 Neurologische aandoeningen, CVA en Parkinson	76
37 Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen	78
38 Verantwoorde zorg	80
39 Ban de Band	82
40 Kwaliteitsbeleid	84
41 Beslissingen rond het levenseinde	86
42 Voorbij de lijnen	88
43 Verzilvering	90
44 Van 1 naar 11: professionalisering van het bureau	92
45 Voorzitters NVVA-Verenso	94
46 Geriopterix	96
47 Ketenzorgontwikkeling voor patiënten met de ziekte van Huntington	98
48 Veiligheid	100
49 Verenso, strategie en beleid	102
50 De Toekomst	104
Hoogleraren	106
Auteurslijst	107

Voorwoord

Voor u ligt de 'Canon van de ouderengeneeskunde'. Een luchtig overzicht van hoogtepunten uit de geschiedenis van de zorg voor ouderen. De 50 vensters geven een kijkje in die geschiedenis. Niet voor niets wordt veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van de verpleeghuisgeneeskunde. Van Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen tot Verenso. De afgelopen 40 jaar is er veel veranderd, veel ontwikkeld en veel verbeterd.

Wij kunnen er trots op zijn dat een groot aantal verpleeghuisartsen en nu ook specialisten ouderengeneeskunde aan de wieg heeft gestaan van nieuwe ontwikkelingen. Dat zij zich hebben ingezet voor een betere zorg voor kwetsbare ouderen en chronische patiënten. Voor de één betekende dit onderwijs en onderzoek, de ander richtte zich meer op de patiëntenzorg. Juist die gezamenlijke aanpak van wetenschap en praktijk heeft zijn vruchten afgeworpen voor ons vakgebied.

Anno 2012 kunnen we terug zien op een rijk verleden. Maar de Canon opent ook vensters op de toekomst. Want we zijn nog niet klaar. Als de voorspellingen juist zijn, kunnen wij de komende twintig jaar een overvloed aan patiënten verwachten die een beroep op ons zullen doen. Een grote uitdaging zal het zijn om nieuwe, jonge collega's te vinden die de fakkel willen overnemen. Die op een andere manier het vak zullen uitoefenen. Onder andere omstandigheden en met patiënten die anders tegen de dokter en de zorg aankijken.

Een groot aantal mensen heeft zijn medewerking verleend aan het tot stand brengen van deze Canon. Hooggeleerde collega's, jonge collega's en ervaren collega's. Mensen van binnen en buiten de vereniging. Dit geheel geeft een afwisselend en verrassend beeld van een vereniging die veelkleurig is en midden in de samenleving staat. Reden genoeg om met optimisme de toekomst tegemoet te gaan. Zelfstandig en zelfbewust op naar de volgende veertig jaar.

Ik wens u veel leesplezier.

René Boeren

Voorzitter Raad van Toezicht

Oud in het verleden



Aulus Cornelius Celsus.

Op de drempel van de ouderdom

'Zo kwamen er steeds meer mensen op aarde, en zij kregen dochters. De zonen van de goden zagen hoe mooi de dochters van de mensen waren, en ze kozen uit hen de vrouwen die ze maar wilden. Toen dacht de HEER: Mijn levensgeest mag niet voor altijd in de mens blijven, hij is immers niets dan vlees, hij mag niet langer dan honderdtwintig jaar leven.' (Genesis 6.)

Om het wangedrag van de mens te beperken, stelde God een limiet aan de leeftijdsgrens van de mens. In de *Odyssee* van Homeros wordt gezegd: 'Maar de goden bedeeden ons leed toe, die ons misgunden bij elkaar blijvend te genieten van de jeugd en de drempel van de ouderdom te bereiken.' Wat is ouderdom? Waar liggen het begin en het einde? Wij weten dat de gemiddelde leeftijd van de mens in de oudheid ergens tussen 30 en 40 jaar lag. Dat zegt niets over ouderdom. Kindersterfte, ziekte, ongelukken en oorlog bepaalden de gemiddelde leeftijd. Er zijn talloze voorbeelden van mensen die een hoge leeftijd bereikten. Farao Ramses II overleed, na een regeringsperiode van 66 jaar, op 90-jarige leeftijd. Keizer Augustus werd 77 jaar en zijn vrouw Livia 87 jaar. Meer extreem zijn de veronderstelde leeftijden van Antonius van Egypte, 105 jaar en Hieronymus van Cardia, 104 jaar.

Op een Mesopotamisch kleitablet staat geschreven: 'Onder leiding van Inanna te Agade gaven de oude mannen en de oude vrouwen van die plaats wijze raad'. Het Griekse Sparta kende een *Gerosia*, een raad van 28 mannen die ouder dan 60 jaar moesten zijn. De leden werden voor het leven benoemd. De Romeinse senaat bestond uit 100 tot 900 leden die het staatshoofd assisteerden. *Senatus* is afgeleid van *senex*, dat oude man betekent. De senaat was een raad van ouderen.



Boot van Illias.

Ouderdom staat voor ervaring en wijsheid. In die zin werd, in een tijd dat slechts weinigen de grens van 65 jaar wisten te bereiken, ouderdom gewaardeerd. Ook de vrees voor lichamelijke ongemakken en aftakeling is universeel. De dichteres Sappho schreef al: 'Mijn soepele huid van weleer is door de ouderdom gerimpeld, mijn haren zijn wit geworden' en 'Een mens kan onmogelijk leven zonder oud te worden'.

Het leger kende wel een leeftijdsgrens. Over het algemeen werden mannen boven de 60 jaar niet voor militaire dienst opgeroepen. De Romeinse legionair werd na afloop van zijn diensttijd van 20 tot 25 jaar veteraan. Hij kreeg een pensioen in de vorm van een *praemia militiae*, een geldbedrag, of een stuk land.

Er was dus oog voor de beperkingen die leeftijd met zich meebracht. In de *Corpus Hippocratium*, een verzameling geschriften met medische onderwerpen vernoemd naar Hippocrates, is ouderdom koud en droog. Celsus beschreef rond het begin van onze jaartelling in *De Medicina* een aantal ouderdomsgebreken: ademhalingsproblemen, verkoudheid, gewrichtspijn, ingewandsproblemen en slapeloosheid. Over het algemeen worden in de Grieks-Romeinse periode de levensfasen vergeleken met de jaargetijden. Leeftijd op zich speelde geen wezenlijke rol, de fysieke omstandigheden bepaalden of men geschikt was voor werk of het uitoefenen van een functie.



Homerus.

In de *Ilias* van Homeros wordt het als volgt omschreven: 'Zoals het generatieverloop is van bladeren, zo ook van mensen: de wind strooit de bladeren uit op de grond, maar als het bos weer uitbot doet het nieuwe ontspringen: het lenteseizoen breekt immers weer aan; zo lost ook het ene mensengeslacht het vorige af.'

De belevingswereld van de antieken mag verschillen van de onze, toch blijken er vaak vele overeenkomsten te zijn. De vergelijking met de seizoenen of het verloop van de tijd tussen ochtend en avond is ons ook niet vreemd. Huize Avondrood en de uitdrukking 'in de herfst van je leven' zijn herkenbare begrippen. En wie zal het oneens zijn met Homeros als hij schrijft: 'In een zacht bed te slapen: dat is toch het recht van de ouderdom!'

Van armenzorg naar ouderenzorg

Voor vrouwen acht en tweemaal zes

Maecenas, een rijke Romein, was het voorbeeld van iemand die zijn vermogen aanwendde om kunst en cultuur te ondersteunen. Hij was een filantroop. Grieken en Romeinen kenden geen bijzondere ondersteuning voor ouderen. Wel bestond het gebruik om ter gelegenheid van bijzondere gebeurtenissen geld of geschenken uit te delen aan vrienden of de bewoners van de stad. Over het algemeen ter meerdere eer en glorie van de gulle gever. Pas met de introductie van het christendom kwam er specifieke aandacht voor misdeelden, waaronder de ouderen – de caritas. De caritas richtte zich op ondersteuning van behoeftigen, ongeacht rang of stand.

De zorg voor ouderen was dus door de eeuwen heen primair een taak van de familie. Het hebben van kinderen, en met name kinderen in de volwassen leeftijd, was van belang als oudedagsvoorziening. Hierbij moet wel in gedachte worden gehouden dat een relatief klein aantal mensen een hoge leeftijd bereikte. Alleen de ouderen die geen beroep konden doen op familie of kinderen kwamen in aanmerking voor de caritas. Het ging dan niet zozeer om ouderenzorg, maar om armenzorg. Hierin kwam verandering door de toenemende rol van de kerk. Op last van Karel de Grote diende elke kathedraal een gasthuis te hebben voor armen, zieken

en vreemdelingen. Omdat in het concilie van Tours was bepaald dat de kerk afkerig is van bloed, verschoof de verantwoordelijkheid voor de opvang van zieken van de kloosters naar de stad. Het verschuiven van verantwoordelijkheden is terug te vinden in de naamgeving. Van Onze-Lieve-Vrouw Gasthuis en Sint Franciscus Gasthuis naar Oud Burgeren Gasthuis, tot de protestantse Bethel- en Eben-Haëzer-instellingen.

In de middeleeuwen vormden de aan het Nieuwe Testament ontleende 'Zeven weken van Barmhartigheid' een inspiratiebron voor de zorg voor armen en behoeftigen. Er ontstonden passantenhuizen (hospitium) voor reizigers en pelgrims, ziekenhuizen (hospitaal) en provenershuizen voor oude mannen en vrouwen.

Vanuit Frankrijk kwam de hospitaalorde 'Heilige Geest' naar Nederland. Er ontstonden instellingen voor liefdadigheid die gewijd waren aan de Heilige Geest. 'De Heilige Geest' staat voor het fonds (mensa) dat werd gesticht door welgestelden en beheerd werd door de Heiligegeestmeesters. Het gasthuis of Heiligegeesthuis werd vaak vernoemd naar de beschermheiligen van de ouderdom, Joachim en Anna, de ouders van Maria, of naar Lidwina, de beschermheilige van de chronisch zieken.

De middeleeuwse gilden riepen een voorziening in het leven ter ondersteuning van arbeidsongeschikte en ou-

dere leden. De zogenaamde noodhulpen (die naast de leerjongens en knechten aangesteld waren) moesten ongeveer de helft van hun verdiensten afstaan aan zieke of oudere gildebreeders. In ruil daarvoor konden die noodhulpen lid worden van het gilde en vervolgens ook aanspraak maken op een soort oudedagsvoorziening. Na de reformatie werd de zorg voor behoeftigen een zaak van de overheid en de diaconieën.

Om voor opname in een voorziening voor ouderen in aanmerking te komen, speelde leeftijd geen doorslaggevende rol. Bejaard was je al vanaf 50 tot 60 jaar. Er werd nauwlettend op toegezien dat ondersteuning daadwerkelijk noodzakelijk was. Regenten gingen op bezoek om te controleren of er terecht een beroep werd gedaan op liefdadigheid, een soort indicatiecommissie. Bij voorkeur werd hulp gegeven in de vorm van het verstrekken van voeding en kleding. Als mensen om financiële redenen echt niet meer thuis konden wonen en geen beroep konden doen op kinderen of familie, was opname in een armenhuis of oudemannen- of vrouwenhuis aan de orde.

Hofjes bestonden over het algemeen uit twaalf of dertien huisjes, de Bijbelse heilige getallen. Soms was het toegestaan dat echtparen samen een huisje bewoonden. Het oudste hofje van Haarlem, gesticht door Dirck van Baekenes in 1395, heeft een gevelsteen met het volgende raadsel:

*Ingang vant Gesticht
van Dirck van Baekenes
voor Vrouwen acht en
twee mael ses.*

Dit raadsel heeft twee betekenissen: $(8 + 2) \times 6 = 60$, de leeftijd die een vrouw moest hebben om hier te komen wonen, en $8 + (2 \times 6) = 20$, het aantal vrouwen dat op het hofje kon wonen.

Om voor zorg in aanmerking te komen, bestonden van de middeleeuwen tot in de 17e eeuw strenge regels. Liefdadigheid was voor de ontvanger een gunst, maar voor de gever een kerkelijke plicht. Gouden tijden voor de diaconie.



Hofje van Baekenes te Haarlem.

Klooster, armenhuis, hofje, verpleeghuis



Penning ter ere opening Diaconie 1759.

'Hier heb ik een vrije woning, Eetb're waaren en verschooning, 'k zet nu 't zorgen uit mijn hoofd.'

Een prent uit de Atlas van Stolk laat twee eenvoudige, oude vrouwen in een hofje zien. Volgens het opschrift verbeeldt het 'de oude dienstmaagd op het hofje'. De woorden die de vrouw in de mond gelegd worden, luiden: 'Hier heb ik een vrije woning, Eetb're waaren en verschooning, 'k zet nu 't zorgen uit mijn hoofd.'

Maar zo leuk was het leven in een hofje of oudenmannenhuis niet altijd. Er werd nauwlettend op toegezien dat de bewoners een fatsoenlijk leven leidden. Niet een zorgleefplan, maar reglementen bepaalden het dagelijks ritme. Dronkenschap was een veel voorkomend euvel. De regenten hadden verschillende tuchtmaatregelen om de orde te handhaven, zoals huisarrest, het inhouden van broodbeleg of het lopen met een blok aan het been. Ook de voorschriften waren helder: 'De oude mannen en vrouwen zullen aan het Boomen (garen aan de weversboom brengen), Klossen, Spinnen en Breyen moeten worden gezet.' (Reglement nieuwe diaconiehuis Haarlem, 1770.) Ten overvloede werd nog opgemerkt dat ieder tevreden moest zijn met de toegediende portie en dat niets van tafel mocht worden meegenomen.

De gasthuismeesters bepaalden het beleid binnen het gasthuis. Het beleid richtte zich op de inkoop van kleding, beddengoed en inventaris. Belangrijk was het beheer van het vermogen; de giften, de opbrengsten van landerijen en de verhuur van rouwmantels. De gasthuisvader en -moeder waren verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken en zij werden bijgestaan door dienstpersoneel, de chirurgijn en de godsdienstonderwijzer. De oprichting en instandhouding van een oudemannen- en -vrouwenhuis was vaak een geldkwestie. Ouderenzorg mocht niet te veel kosten en als het kon, moest de exploitatie gedekt worden door eigen bijdragen van de bewoners, opbrengsten uit schenkingen en legaten, of belastingen. Zo werd in Leiden veertig



Oude Mannenhuis, Gouda.

jaar geruzied over de oprichting van het 'Gereformeerd minne of arme oude mannen en vrouwenhuis'. In 1740 werden plannen gemaakt voor het bouwen van een nieuw oudeliedenhuis, met als reden dat de bewoners dan voor minder geld konden worden onderhouden. Na jaren van plussen en minnen en meningsverschillen over wie het bewind mocht voeren, werd uiteindelijk in 1782 besloten tot de nieuwbouw.

Hoe anders ging het in Amsterdam. Binnen anderhalf jaar na de besluitvorming verrees aan de Amstel het grootste oude vrouwenhuis van Nederland. In 1681 werd door de Diaconie van de Gereformeerde Gemeente in Amsterdam de Amstelhof gebouwd, een tehuis voor hulpbehoevende, bejaarde vrouwen. Vanaf 1719 werden ook mannen toegelaten. De bouw werd mogelijk gemaakt door een schenking van het stadsbestuur; een vroege vorm van samenwerking tussen de overheid en een particulier initiatief. De bouw werd mede mogelijk gemaakt door een schenking van een van de lidmaten van de kerk met als opdracht 'om bequam te bouwen een logement voor 400 ofte meer personen'. Als toelatingseis werd gesteld dat de weduwen vijftien jaar in Amsterdam waren ingeschreven en minstens tien jaar lid waren van de kerk.

Het gebouw koste ongeveer 160 duizend gulden en werd gebouwd op 1400 palen. Om de voornaamheid van het gebouw te bekrachtigen werd een monumentale schijntoegang gecreëerd. Deze diende slechts om de karakteristieke voorgevel een symmetrisch aanzicht



Regenten St. Elisabeth's Gasthuis, Haarlem.

te geven. De besjes gebruikten de deuren naast de schijntoegang. De mannen en vrouwen sliepen niet in grote slaapzalen, maar in vierpersoonskamers met bedsteden. Driemaal daags werd er gegeten in de grote eetzaal die ook gebruikt werd voor kerkdiensten, feesten en toespraken.

Pas in 2007, na ruim driehonderd jaar als verpleeghuis gefunctioneerd te hebben, werd het gebouw niet meer geschikt geacht voor verpleging. Het door de stadstimmerman Hans Petersom in een monumentale, klassieke stijl ontworpen gebouw, werd verbouwd tot museum. De kerkzaal, regentenkamers, keuken en slaapzalen werden verbouwd tot expositiezalen. De Hermitage Amsterdam, een dependance van de hermitage in Sint Petersburg, werd op 20 juni 2009 geopend.

De 19e eeuw



Jan Pieter Heije.

Holen van ellende

De 19e eeuw is de eeuw van industrialisatie, romantiek, het Koninkrijk der Nederlanden en revoluties. Een eeuw van grote tegenstellingen en grote veranderingen.

Napoleon bracht vrijheid, gelijkheid en broederschap, maar dat ging wel gepaard met grote armoede. Vanuit de patriottische beweging ontstond de Maatschappij tot 't Nut van het Algemeen. In 1854 werd de Armenwet afgekondigd. De overheid trok zich terug uit de zorg voor armen, en dus ook voor bejaarden, en liet dit over aan de kerk.

Jan Pieter Heije (1809-1876), arts, is vooral bekend geworden als dichter van liedjes als 'De Zilvervloot', 'Zie de maan schijnt door de bomen' en 'In het groene dal, in het stille dal'. Het is minder bekend dat hij voorzitter was van de Maatschappij ter Bevordering der Toonkunst, de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen.

Hoe zoet en sentimenteel zijn liedjes zijn, zo hard was hij in zijn oordeel als het ging om maatschappelijke toestanden. Hij stond aan de wieg van gezondheids-wetgeving, de ziekenverpleging, thuiszorg en de GGD. In 1843 schreef hij: 'Ik wil u niet bedroeven door de schildering van tooneelen, waarvan ik dikwerf ooggetuige was, noch den schijn op mij laden, als ware het

mij te doen, om u *Geheimen van Amsterdam* te openbaren. Toch moet men die holen van ellende doorkropen hebben, om te kunnen gelooven en begrijpen wat daar geleden wordt, en hoe vele slagtoffers daar vallen, die de kunst welligt nog had kunnen redden, zoo hare onmisbare bondgenoot, eene goede verpleging, haar niet ontbroken had.'

De hele 19e eeuw was een periode van armoede en tegenslagen voor grote delen van de bevolking. Oogsten mislukten en er heerste hongersnood. Het was zelfs zo erg dat er in verschillende grote steden voedselrellen uitbraken. Tot overmaat van ramp eisten cholera-epidemieën vele slachtoffers. Het waren de armen die het zwaarst getroffen werden. In de tweede helft van de 19e eeuw werd 'de sociale quaestie' nadrukkelijk onder de aandacht gebracht. Het lot van de armen werd een politiek probleem. Bovendien werd de zorg voor ouderen niet meer als onderdeel gezien van armenzorg, maar werd het apart benoemd. Ondanks alle tegenspoed steeg, als gevolg van de industrialisatie, de welvaart. Het aantal ouderen nam toe en de gemiddelde levensverwachting steeg.

De leefomstandigheden in de oudeliedenhuizen verbeterden, mede als gevolg van veranderende opvattingen over hygiëne. De strozakken werden vervangen door bedden die soms zelfs van elkaar werden gescheiden

door een gordijn. Er kwam verwarming op de slaapzalen en de bejaarden kregen eigen bestek.

De beeldvorming over de ouderen veranderde niet wezenlijk. Vrijheden in de instellingen bleven beperkt. De oude, niet-productieve, mens telde niet echt mee.

Tussen 1840 en 1910 verdubbelde de bevolking van 2,9 miljoen naar ruim 6 miljoen inwoners. Hier werd de kiem gelegd van de vergrijzing in de 21e eeuw. De toename was het gevolg van het geboorteoverschot, het terugdringen van de kindersterfte en de stijgende levensverwachting. Aan het begin van de 20e eeuw was de gemiddelde leeftijd van de vrouw 54 jaar en van de man 51 jaar. Deze demografische ontwikkelingen

zijn terug te voeren op ontwikkelingen in de medische wetenschap, verbeterde hygiënische omstandigheden (riool, waterleiding) en betere huisvesting.

Tussen 1840 en 1900 waren cholera, pokken en tuberculose de grootste vijanden. In 1848 en 1866 stierven ongeveer 22 duizend mensen aan cholera.

De professionalisering van de verpleegkunde heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de overlevingskansen van de bewoners van verpleeginrichtingen. Van zuster Ignorantia en zuster Absentia, naar de eerste verpleegstersopleiding in 1890. Onder invloed van Florence Nightingale werd het adagium 'rust, reinheid en regelmaat'.



Verpleegafdeling 19e eeuw.

Het Zonnehuis-Beekbergen

De Vereniging Het Zonnehuis werd opgericht in 1921 met als doel om te komen tot 'een tehuis voor lijdens aan een sleepende ziekte, wier inkomsten niet toereikend zijn om bij voortduring een goede verzorging elders te bekostigen'. Daarvoor was geld nodig, veel geld. De Vereniging, die zich vooral richtte op het protestants-christelijke volksdeel, ontwikkelde allerlei geldwervingsactiviteiten, maar na zes jaar had men nog maar 46 duizend gulden bijeengebracht en leek het doel nog ver weg. Toen kwam de doorbraak met een schenking van 200 duizend gulden door een anonieme gever, die getroffen was door een persberichtje over het teleurstellende resultaat van een grote bazaar in Rotterdam. Dit bedrag was ruim voldoende om een villa met bijgebouwen te financieren in Beekbergen, inclusief inventaris en omvangrijke verbouwingen. Op 24 april 1929 werd Het Zonnehuis-Beekbergen, dat door velen als eerste verpleeghuis wordt gezien, feestelijk in gebruik genomen.

Aanvankelijk konden ongeveer 35 patiënten worden opgenomen. Met enkele interne aanpassingen werd dit opgevoerd tot 48 in 1936. Met een nieuwbouwvleugel in twee lagen was er vanaf 1938 plaats voor ongeveer 100 patiënten, van wie 20 in tweepersoonskamers. Ook waren er enkele separeerkamers. Hoewel stelselmatig vastgelegde gegevens ontbreken, valt uit diverse bronnen, waaronder de bestuursnotulen, af te leiden dat de



Het Zonnehuis-Beekbergen, 1929.

patiënten uit de beginjaren vooral leden aan tuberculose, chronische progressieve neurologische aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson en multipale sclerose, en chronische reuma. Ook zouden er veel 'neurotische' patiënten geweest zijn. De patiënten kwamen uit het hele land. De gemiddelde leeftijd bij opname was opvallend laag. Samen met het nadrukkelijke opnamecriterium 'chroniciteit' leidde dit ertoe, dat er nog ver na de Tweede Wereldoorlog bewoners aanwezig waren die tientallen jaren daarvoor waren opgenomen.

De geneeskundige en verpleegkundige zorg bleven naar huidige maatstaven beperkt. Een plaatselijke huisarts fungeerde als consulent en van gerichte reactivering was nog geen sprake. De huisregels schreven wel voor dat 'de verpleegden, voor zover hun lichamelijke toestand dit toelaat, aan de gemeenschappelijke maaltij-

den dienen deel te nemen en lichte (huishoudelijke) arbeid te verrichten, indien dat voor hun welzijn nodig wordt geacht'. Toch lag het merendeel van de patiënten vrijwel permanent op bed. Aan dat bed waren maar weinig handen beschikbaar. De cijfers van 1933 laten zien dat voor 34 patiënten 1 gediplomeerde verpleegster en 10 leerlingen/hulpkrachten beschikbaar waren. Werkdagen van 12 uur waren de norm, die soms nog werd overschreden.

Bij de exploitatie werd grote zuinigheid betracht. Medio jaren dertig lag de kostprijs op ruim 900 gulden per patiënt per jaar. De bijdragen van de verpleegden en/of hun familieleden en van de diaconieën en diverse voorlopers van de Sociale Diensten bleven daar ver bij achter. De Vereniging Het Zonnehuis legde ongeveer 40% bij uit de opbrengsten van geldwervingsacties en uit het vermogen.

Begin jaren vijftig was Het Zonnehuis-Beekbergen niet langer een eenzame pionier. Met zeven andere instellingen richtte de Vereniging in 1953 de Federatie van Verpleeginrichtingen voor langdurig zieken op, die in 1957 werd gevolgd door de Katholieke Vereniging van Verpleegtehuizen. Gemeenschappelijke doelstellingen waren: verbetering van de medische en verpleegkundige zorg, uitbreiding van het aantal verpleeghuizen, en de erkenning en inpassing hiervan in het geheel van de intramurale zorg. Het Zonnehuis startte in 1953 als eerste met een door de federatie opgezette tweejarige opleiding tot ziekenverzorgende. Het aantal gediplo-



Het Zonnehuis-Beekbergen. 1978.

meerde verpleegkundigen en ziekenverzorgenden werd geleidelijk uitgebreid. In 1960 werd grotere nadruk op de medische invalshoek gelegd met de aanstelling van een geneesheer-directeur. In de jaren daarvoor maakten al diverse paramedische beroepsbeoefenaren en enkele medisch-specialistische consultants hun entree. De Vereniging hervatte direct na de oorlog met grote kracht de leden- en geldwerving met de slogan 'In elke provincie een Zonnehuis'. Het werden er uiteindelijk zes.

De AWBZ regelde in 1968 de definitieve erkenning en volwaardige financiering. Samen met alle verpleeghuizen heeft Het Zonnehuis-Beekbergen in de latere ontwikkelingen gedeeld. Na een algehele nieuwbouw in 1978 en diverse aanpassingen daarna staat het, ruim 80 jaar na de start, nog op dezelfde locatie midden in het dorp.

Wettelijke verankering van de ouderenzorg

Oud en versleten

Johan van Oldenbarnevelt was 72 jaar toen hij onthoofd werd. Zijn tegenstanders waren tegen de executie omdat hij 'oud en versleten' was. Het beeld van ouderen door de jaren heen verschilt. In de literatuur en de schilderkunst wordt vaak de spot gedreven met ouderen, zoals uit onderstaand gedichtje blijkt.



*Gore Besjen
hebt gij uw eer verloren
dat gij uw vuiligheid op eerbare hoofden stort
of tracht gij door dien drek ons d'oogen uit te boren
op dat uw rimplend vel niet meer gezienen word*

Vanuit een zich emanciperende arbeidersbeweging kwam vanaf 1900 steeds meer aandacht voor arbeidsomstandigheden. In 1913 werd de Invaliditeitswet ingevoerd. Iedereen die in loondienst had gewerkt, kreeg recht op rente ter verzekering tegen invaliditeit en ouderdom. Tot na de Eerste Wereldoorlog veranderde er weinig in de leefomstandigheden van ouderen. In de jaren veertig waren het nog steeds de regenten die het beleid bepaalden en de vader en moeder die verantwoordelijk waren voor de dagelijkse gang van zaken. In 1912 verscheen in het dagblad *het Volk* onder de titel *Besjeshuis-misstanden* een verhaal over klachten en misstanden in het oudemannen en -vrouwenhuis te Amsterdam. Gebrekkige hygiëne, slecht eten en een 73-jarige patiënt was door de vader uit de zwakkenzaal geschopt en in het washok mishandeld. In 1926 veroordeelde de Haagse politierechter een 69-jarige verdachte, die ongeveer 30 jaar in Veenhuizen had geleefd, voor bedelarij. De verdachte vroeg om een jaar opzending naar Veenhuizen, dan was hij oud genoeg om in het oudemannenhuis opgenomen te worden. 'Daar was het "veul beter". Hij kon daar evengoed in de tuin werken. Je kunt toch niet werken vroeg de politierechter den grijsaard. Dat is wel zo, maar het oudemannenhuis is toch door het Rijk opgericht voor ouwe mannen antwoordde de verdachte.



Willem Drees.

Je moet maar werken zolang het kan, zei de politierechter en veroordeelde de verdachte tot drie dagen hechtenis en drie jaar opzending naar Veenhuizen’.

Een bericht in het *Volksdagblad* van 1938 vertelde over een 100-jarige te Utrecht die verbleef in het gemeentelijk tehuis voor ouden van dagen. Hij heeft het harde lot van arbeider te moeten zijn in deze kapitalistische maatschappij wel moeten voelen. Tot zijn 83e jaar was hij zandschipper op de Lek. Daarna moest hij met werken aan de wal de kost verdienen. Toen hij bedlegerig werd, moest hij worden opgenomen.

In 1947 werd de Noodwet Ouderdomsvoorziening ingesteld welke in 1956 werd vervangen door de Algemene Ouderdomswet (AOW). De naam van Willem Drees is

onlosmakelijk verbonden met deze wetgeving, waarin voor het eerst ouderdom als een apart fenomeen, los van armoede of invaliditeit, werd erkend.

In 1963 ontstond de Wet op de bejaardenoord en in 1965 werd het eerste moderne bejaardenhuis in Eigelshoven geopend. Het aantal ouderen nam toe en de gedachte ontstond dat de bejaarden gezond en prettig oud moesten worden. Ouderen moesten wel gezond zijn om voor opname in het bejaardenhuis in aanmerking te komen. Toen sloeg de wet- en regelgeving toe. De overheid ging zich in snel tempo bezig houden met de zorg. Een mengeling van bezuinigingen, planning, normering en kwaliteitsbeleid. Verantwoordelijkheden verschoven van de rijksoverheid naar provincies en gemeenten. Echelonnering met begrippen als eerste- en tweede lijn, intra- en extramuraal deden hun intrede.

Mijlpalen in de periode 1960 tot 1990 zijn de invoering van de AWBZ (1968), de structuurnota Hendriks (1974), de Wet voorzieningen gezondheidszorg (1982), de Nota volksgezondheid (1983) en de Herziene wet op de bejaardenoord (1984). Eind jaren tachtig kwam er een omslag in het denken. De nota Zorg voor ouderen uit 1986 introduceerde het begrip 'Zorg op Maat'. Decentralisatie, eigen initiatief van de ouderen zelf en eigen verantwoordelijkheid werden benadrukt. De noodzaak werd onderkend om meer samenhang aan te brengen tussen de verschillende voorzieningen voor ouderen. Verschillende financieringsbronnen, de schotten in de zorg, werden als hinderlijk ervaren.

De verzorgingsstaat



Van de wieg tot het graf

'Formeel mag de bejaarde een zelfstandig persoon genoemd worden, volgens de dwingende overlevering is hij nog altijd samen met Oliver Twist en het diakenhuismannetje verplicht tot dankbaarheid', schreef Annie Romein-Verschoor in 1974.

Oudemannenhuis, bejaardenhuis, woonzorgcentrum, grijsaard, bejaarde oudere, kwetsbare oudere. Allerlei benamingen passeerden in de loop der tijden de revue. Pas vanaf de jaren zeventig verschoof het beeld van en over de ouderen. Dit werd met name veroorzaakt door het toenemend aantal ouderen en de toegenomen welvaart. De verzorgingsstaat deed zijn intrede. Armenzorg en charitas werden ingeruild voor pensioenvoorzieningen en een volwaardig stelsel van collectieve voorzieningen op het gebied van sociale zekerheid en gezondheidszorg. De staat werd verantwoordelijk voor het welzijn van zijn burgers.

Maar de bomen bleven niet tot in de hemel groeien. Grenzen van de verzorgingsstaat kwamen eind jaren negentig in zicht. Ook op cultureel gebied veranderden inzichten. Afhankelijkheid en consumentisme werden gezien als nadelen van een alles bestierende overheid. Eigen verantwoordelijkheid werd weer als deugd ervaren. Emancipatie en individualisme waren naast

het collectivisme ook erfenissen uit de jaren zeventig. De babyboomgeneratie, die inmiddels het maatschappelijk leven domineert, ondervindt steeds meer kritiek en wordt gezien als de belangrijkste consument van de toekomstige ouderenvoorzieningen. De vraag doet zich voor of het huidige voorzieningenniveau gehandhaafd kan blijven. Rusten de lasten van de verzorgingsstaat niet te eenzijdig op de jongeren en de werkende bevolking?

Het Nationaal Programma Ouderenzorg startte in 2008. Er werd een 'Eigen Kracht'-conferentie georganiseerd met het idee dat ouderen zelf moeten kunnen bepalen of en hoe ze zorg willen. Binnen dit programma staat de zelfstandigheid van ouderen centraal, zoals blijkt uit gepresenteerde ervaringen: 'Ik ben bijzonder, dat kan ik gerust zeggen', stelt Gré van Tilburg. En ze heeft gelijk. Met haar 91 jaar maakt ze zich in de cliëntenraad van het woonzorgcentrum hard voor andere ouderen, is ze politiek actief, blijft ze bij de tijd via e-mail en internet en neemt ze deel aan de redactiecommissie van het maandblad van het centrum. 'Geestelijk ben ik goed, mijn enige beperking is dat ik in een rolstoel zit. Daardoor heb ik bij alles hulp nodig.'

Maar niet overal waren de ervaringen goed. De kritiek op de zorg, de bureaucratie en het gebrek aan middelen nam toe. In 2010 verscheen in HP/De Tijd een artikel



Levensloop.

over misstanden in de zorg met de titel 'Ik wil naar huis'. De Tweede Kamer stelde vragen aan de minister en wilde opheldering over het kabinetsvoornemen om zorgzwaartepakketten kostendekkend te maken. Volgens de Socialistische Partij (SP) maakte het artikel duidelijk dat je de zorg niet goed kunt plannen of organiseren met deze sinds 1 januari 2010 ingevoerde financieringsmethode.

Hoe lang is het stelsel houdbaar? Hoe ambivalent zijn wij over de verzorgingsstaat? Enerzijds zijn wij vol kritiek op tekortkomingen, bureaucratie en afhankelijkheid van voorzieningen. Anderzijds stellen wij steeds hogere eisen en verwachten wij dat de overheid een betaalbaar en toegankelijk stelsel overeind houdt.

Het gesubsidieerde leven staat ter discussie. Van prenatale screening, kinderbijslag, studiefinanciering, WAO en pensioen tot het persoonsgebonden budget. Nieuwe ethische dilemma's dienen zich aan. Het gaat niet meer om zorg van de wieg tot het graf. De vraag hoe we oud worden is belangrijk geworden. Er worden eisen gesteld aan de kwaliteit van leven.

In 2011 organiseerden ZonMw en de Rode Hoed een discussie over ethische dilemma's in de gezondheidszorg. Filosoof Marcel Zuijderland stelde in de discussie: 'Weinig mensen zeggen inderdaad 120 te willen worden, maar als geld en gezondheid geen probleem zijn, veranderen ze daarover van gedachten. Het is dus wel goed om daar onderzoeksgeld op in te zetten, want sterven is een slechte zaak.'



Minister Suurhoff reikt eerste AOW-pensioen uit.

AWBZ



AWBZ
Algemene
Wet
Bijzondere
Ziektekosten

Modernisering van de zorg

In 1968 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd. De wet was oorspronkelijk bedoeld om in de kosten te voorzien van langdurige intramurale zorg, ziekenhuiszorg langer dan één jaar en verzorging, verpleging en behandeling in verpleeginrichtingen.

Na een periode van kwalitatieve verbetering van de bestaande instellingen door middel van erkenningen, breidde de werkingssfeer zich steeds verder uit. Dagbehandeling in 1977, kruiswerk in 1980, huishoudelijke hulp en ADL-ondersteuning in 1992, persoonsgebonden budget in 1994 en thuiszorg en verzorgingshuizen in 1997.

In *Vox Hospitii*, het tijdschrift van de beroepsgroep van verpleeghuisartsen, werd uitvoerig aandacht besteed aan de in 1983 verschenen WVC-nota *Volksgezondheid bij beperkte middelen*. Volgens de nota moest de indicatiestelling voor opname in verpleeghuizen zeer kritisch worden bezien, zodat deze huizen niet vol raakten met relatief weinig zorgintensieve patiënten. Een onzorgvuldige formulering vond de commentator Jan Stoop; voor deze groep van patiënten was amper een indicatie voor opname aanwezig. In de nota werd verder bepleit dat een betere samenwerking nodig was tussen verpleeghuizen en bejaardenoorden, het open bejaardenwerk, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg, en met het uitdragen van kennis van het

verpleeghuis. Volgens Stoop was dit niet budgetneutraal te realiseren en de verschillende financieringsstromen waren een complicerende factor. Met een vooruitziende blik pleitte hij in 1983 al voor één financiering voor de verschillende vormen van ouderenzorg.

Het uitbreiden van de werkingssfeer was gericht op kostenbeheersing, substitutie en samenhang in de zorg. Verdere uitbreidingen werden gedaan vanuit de gedachte de AWBZ om te vormen tot een brede basisverzekering. Toen in 1994 afscheid genomen werd van dit idee keerde men terug naar de opvatting dat de AWBZ bedoeld is voor langdurige en onverzekerbare zorg.

Vanaf 2003 wordt gewerkt aan modernisering van de AWBZ. Via marktwerking werd beoogd de kostenstijgingen te beperken. Verzekeraars kregen een actievere rol via een inkoopbeleid. De zorg moest zich richten op de vraag van de patiënt en niet meer aanbodgericht georiënteerd zijn.

Uit een enquête die de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (NVVA) in 2003 onder haar achterban hield, bleek dat verpleeghuisartsen stuitten op vele knelpunten in de uitvoering van de AWBZ. Naar aanleiding daarvan stuurde de vereniging een brief naar de toenmalige staatssecretaris van VWS, mevrouw Ross. Kern van de problemen was dat veel indicatieorganen

geen of verkeerde indicaties stelden voor de aanspraak op de functie behandeling. Dit leidde ertoe dat mensen die vóór de modernisering van de AWBZ wel behandeld werden door de verpleeghuisarts en andere behandel-disciplines, die zorg misliepen of dreigden mis te lopen.

Om aanspraak te kunnen maken op een vergoeding vanuit de AWBZ is een indicatie nodig. Oorspronkelijk lag de indicatiestelling bij de gemeente. Vanaf 2005 wordt de indicatiestelling verzorgd door het Centrum Indiciestelling Zorg, een landelijke instantie met 49 regionale kantoren. De zorg waarop iemand recht heeft, wordt in natura of via een persoonsgebonden budget verstrekt. De omvang van de zorg wordt vanaf 2009 uitgedrukt in zorgzwaartepakketten.



Veranderingen
in de AWBZ.
Wat merkt U
ervan?

Meld het ons op
www.meldactieawbz.nl
of bel (030) 29 16 777

De zorgen over de betaalbaarheid van de zorg, en met name de AWBZ, namen toe. In 2011 werd verdere invulling gegeven aan de 'modernisering'. Delen van de AWBZ die gericht zijn op welzijn, werden overgeheveld naar de gemeenten. Wonen en zorg werden gescheiden, dat wil zeggen dat de kosten voor verblijf niet meer onder de AWBZ vallen. Het gebruik van het persoonsgebonden budget werd teruggedrongen. Er werd extra geïnvesteerd in 'handen aan het bed' door de inzet van 12.000 extra medewerkers. Kleinschaligheid en zorg in de buurt werden gestimuleerd.

Zorgverleners hebben ambivalente gevoelens ten opzichte van de moderniseringsplannen. Algemeen wordt gevreesd voor verschraving van de zorg. Over marktwerking bestaat verdeeldheid. Daartegenover staat dat het opheffen van de financieringsschotten een stimulans kan betekenen voor betere samenwerking en afstemming tussen zorgverleners.

Oudenliedenzorg



Petrus Foreestus.



Herman Boerhaave.

De dokter komt in beeld

Invalide, arme en oude mensen een verwarmde rustplaats en eten geven is in heel Europa vanaf de vroege middeleeuwen gebaseerd geweest op christelijke naastenliefde, rijkdom en prestige. Verplichtte het Concilie van Aken (817) kloosters om hulpbehoevenden in een charitasafdeling (hospitaal, gasthuis) op te vangen, eeuwen later verbood het Concilie van Vienne (1311) dit omdat deze uitstraling van kerkelijke rijkdom niet rijmde met werken van barmhartigheid. Vervolgens beheerden streng gereguleerde de rijke stedelijke burgers gast-, armen-, weduwen-, wezen- en oudenliedentehuizen (5% van de Europeanen werd zestigplusser).

In deze tehuizen bedreef een stadsarts diagnostiek en medische behandeling (zoals Petrus Foreestus in Delft tussen 1558-98). Na de introductie in de 17e eeuw van natuurwetenschappelijk gefundeerde 'bedside'-diagnostiek door Herman Boerhaave (*Institutiones Medicinae*, 1708) die weerklank vond in heel Europa, namen tehuizen met veel zieken een doctor medicinae en een chirurgijn in dienst.

In de stedelijke chaos van de Franse revolutie (1789) richtten grondleggers als Laënnec en Corvisart voor de vele zieke en hulpbehoevende slachtoffers grote 'zie-

kenhuizen' op met lange rijen ziekbedden. Dit stimuleerde een nieuwe 'ziekenhuisgeneeskunde' volgens het Boerhaaveconcept. Omdat vele chronisch zieken zestigplusser waren, schreef de arts Philippe Pinel in 1812 vanuit het Parijse Hôpital Salpêtrière 'Considérations sur la constitution sénile et sur son influence dans les maladies aiguës': daarmee werd Pinel een grondlegger van de Europese ouderengeneeskunde. Later schreef de Engelsman Maclachlan (1863) een verhandeling en de Fransman Charcot (1867) schreef klinische lessen over verouderingsziekten waarvoor de Amerikaan Nascher (1909) de term 'geriatrics' introduceerde en waarmee hij de Engelse Marjory Warren aanzette tot erkenning van het specialisme 'geriatrics' in 1948.

In Nederland gaf de Duitse bezetter met het Ziekenfondsbesluit (1941) het startschot voor de naoorlogse ontwikkeling van ouderengeneeskunde. Ziekenhuizen boden geen langdurige verpleging meer maar ontwikkelden zich tot medisch diagnostische en therapeutische centra. Particuliere initiatieven gaven aan afgedankte herenhuizen, ziekenhuizen, psychiatrische paviljoens en sanatoria een tweede leven als verpleeginrichting. Opeenvolgende 'adviezen inzake verpleeghuizen' aan de regering bevatten criteria voor de bouw, zorg en behandeling. Zo achtte het Rotterdams Bouwcentrum (1968) ten minste 100 ver-

pleegbedden noodzakelijk om één arts zich volledig te laten wijden aan de medische patiëntenzorg.

In 1954 legde de Haagse GGD-arts M.D.J. van der Meer de basis voor een vierdelige ouderengeneeskunde: a] thuis en in ouderenwoningen door de huisarts, b] ambulante consultatie en controle door de GGD-arts, c] in revalidatieverpleeghuizen en tehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden (later psychogeriatrische bewoners) door de verpleeghuisarts en d] in ziekenhuizen door de klinisch geriater. De stedelijke Haagse en landelijke Friese regio benadrukte de niet-klinische geriatric, in de Amsterdamse en Arnhemse regio kwamen Geriatrische Afdelingen in Algemene en Psychiatrische Ziekenhuizen (GAAZ en GAPZ) tot stand, inclusief het grote aantal van 250 klinisch-geriatrische bedden in ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum.

Tot 1968 pionierde in een verpleeginrichting vooral één huisarts naar wie ziekenfondspatiënten zich lieten overschrijven. Deze (verpleeg)huisartsen-van-het-eerste-uur ontwikkelden gaandeweg 'een vak apart voor een beperkte doelgroep in een eigen locatie' met multidisciplinaire stafvorming, werken in loondienst (AWBZ, 1968), onderlinge waarnemingsregelingen, professionalisering door vooral onderlinge casuïstische bijscholing en het formuleren van medisch reacterend en

abstinerend beleid. De systematiek werd beschreven en uitgewerkt in vakgroepbladen en door directies in jaarverslagen van (de verenigde) verpleeghuizen. In 1989 kwam de verpleeghuisarts-in-opleiding in beeld. Kort daarop leerden verpleeghuisartsen extramurale projecten opzetten en begeleiden, en in fusienetwerken samenwerkingsverbanden met verzorgingshuizen aangaan. De oorspronkelijke beperkte doelgroep verkleinde tot gevorderd demente mensen die nergens meer konden worden opgevangen. Hieraan werd een nieuwe beperkte doelgroep toegevoegd: ouderen met een dynamisch complex syndroom waarvoor geriatrische revalidatie of in elk geval steun bij herstel of medische palliatie van een complex stervenstraject geïndiceerd werd. Hoe kleinschaliger de 24-uurs zorg wordt geregeld, des te afstandelijker de specialist ouderengeneeskunde opereert.



Pinel in Salpêtrière (1795).

Grondleggers en pioniers in ouderengeneeskunde



M.D.J. van der Meer.

De grondlegger van de Nederlandse invulling van de ouderengeneeskunde is de sociaal geneeskundige M.D.J. van der Meer, die in 1954 de algemene geriatrie in vier onderdelen uitwerkte. Hoewel het Scheveningse Congres inzake het Bejaardenvraagstuk (1956) korte metten maakte met de misvatting dat veroudering onomkeerbaar verval bracht, volgde in Nederland nog veel pionierswerk voordat ouderengeneeskunde doel trof.

Huisartsen en medisch ziekenhuisspecialisten bekwaamden zich in ouderengeneeskunde binnen hun eigen doelgroep en stuurden hun medisch uitbehandelde patiënten naar het 'derde echelon'. Herhaalde verzoeken vanuit deze 'niche' om klinische geriatrie (1983) en het specialisme ouderengeneeskunde (1990) te erkennen, duurden twintig tot dertig jaar. De pioniers gebruikten hiertoe twee invalshoeken: belangenbehartiging (de lobbyist) en praktijkwetenschap (de promoti). De (grootste) restgroep zocht steun bij elkaar voor ontwikkeling.

Pioniers in *huisartsgeneeskunde voor ouderen thuis in bejaardenoorden*, waren: huisarts A. Fuldauer, die het standaard huisartsgeneeskundig onderzoek van de bejaarde aanvulde met psychosociale en functionele aspecten (1966); huisarts A.P. Oliemans, die de morbiditeit in de huisartspraktijk voor het eerst relateerde aan

de oudere leeftijd (1969); klinisch chemicus J.M. Sepers, die normaalwaarden vond in klinisch-chemisch onderzoek van bejaarden in bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (1975); huisarts F.J.A. Huygen, die de zorg beschreef voor ouderen in de eerste lijn (1977) en medisch ziekenhuisdirecteur J.C.M. Hattinga Verschure, die de aard en omvang benoemde van het verschijnsel mantelzorg (1971).

Pioniers in *ambulante geriatrie* waren: huisarts F.J.G. Oostvogel, die de verzorgingsbehoeften van bejaarden opsomde (1969); GGD-arts H.W.J.M. Fennis, die relevante kenmerken van bejaarden demografisch beschreef en indicatiestelling van bejaardenzorg initieerde (1973) en D.H. Sipsma, die regionale, sociale geriatrie in theorie en praktijk bracht en dementerende verpleeghuisbewoners indeelde naar hun behoefte aan begeleiding, verzorging en verpleging (1986).

Pioniers in *klinische geriatrie* waren: J.B.V. Welten, die het lot van de bejaarden in ziekenhuizen in kaart bracht (1968); J. Schouten, die geriatrie beschouwde (1978), een GAAZ en GAPZ oprichtte in het Slotervaartziekenhuis (1979) en een GAAZ in Arnhem stimuleerde en internist J.Th.R. Schreuder, die tussen 1959 en 1968 twee derde (n = 250) van alle ziekenhuisbedden in Zonnestraal, Hilversum onderbracht in de grootste klinisch geriatrische afdeling ooit.

Van de pioniers in *verpleeghuisgeneeskunde (specialisme ouderengeneeskunde)* waren de volgende lobbyist: J. Stoop met zijn inzet voor de erkenning door KNMG, Regering en Volksvertegenwoordiging; J.J.M. Michels die als eerste bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde doceerde aan medisch studenten; medisch-verpleeghuisdirecteur S. Braadbaart, die een geriatrische polikliniek voerde en pleitte voor de functie van sociaal geriater (1962); F.J.G. Oostvogel, die de eerste voorzitter van de NVVA werd (1972); H.W. ter Haar die de Stichting Alzheimer Nederland (1984) en Alzheimer Europa oprichtte; M.W. Ribbe die verpleeghuisdemografisch pleitte voor verbetering van de positie van verpleeghuisartsen door middel van een beroepsopleiding (1989); zenuwarts H.L. van Aller, die de verpleeghuiszorg verhelderde met de begrippen 'cure' en 'care' (1989); H.J.M. Cools die een handboek *Multidisciplinaire Verpleeghuiszorg* schreef (1989); verpleeghuisarts-filosoof B. Keizer, die zijn praktijk voor het grote publiek beschreef in zijn roman *Het refrain is Hein* (1994); C.M.P.M. Hertogh, die de werkmethode van probleemgerichte functionele geriatric uitwerkte (1997) en J.M.G.A. Schols die extramurale samenwerking met de huisarts stimuleerde (2000).

Wetenschappelijk explorerende pioniers waren: A.H.E. van der Meer-van Manen, met de eerste verpleeghuisgeneeskundige geneesmiddelevaluatie in verpleeghuizen (klinische evaluatie van cinnarizine bij geriatrische patiënten. Ned Tijdschr Geneesknd 1967;11:256-61); C. Leering, die de ADL-score voor gestoord menselijk functioneren introduceerde (1968); F.J.G. Oostvogel en F. Baar die terminaal-palliatieve zorg in een aparte unit (1971) en een regionaal palliatief centrum initieerden; H.J.M. Cools, die continu zorginfecties en infectieuze uitbraken

(een aanzet voor de SNIV/RIVM) registreerde en richtlijnen voor hygiëne (WIP) en preventie en behandeling van urine-/luchtweginfecties, AIDS, MRSA, influenza en norovirus in verpleeghuizen stimuleerde (1985-2009), ketenzorg initieerde, zoals een strokeservice (1988-2005), het beleid formuleerde voor ongewenst urineverlies en restrictief kathetergebruik (1991-1993) en terminale, continue, subcutane morfine-infusie introduceerde (1996); M.W. Ribbe, die de beroepsopleiding opzette (1989-1993) en (inter)nationale wetenschapsvorming inzake verpleeghuiszorg (het assessment- & protocolleninstrument interRAI, 1991-2009; fysieke en psychische kenmerken van verpleeghuispatiënten, 1995-2009; verpleeghuizen internationaal vergeleken, 1997; het stervenslijden van demente mensen, pneumonieprognose index, 2003-2009) stimuleerde; J.W.P.M. Konings, die in het kader van wel of niet behandelen de besluitvorming beschreef rond ziekenhuisopname van verpleeghuispatiënten (1993); A.M.M. Berkhout, die de aard en omvang van beperkingen in het voedingsgedrag van demente verpleeghuisbewoners en hun gewichtsverlies signaleerde (1989-1996); J.C.M. Lavrijsen, die morele oplossingen bracht voor patiënten in vegetatieve staat (2005); P. van Dijk, die prognostiek van dementie formuleerde (1994); R.T.C.M. Koopmans, die het beloop van gevorderde dementie en probleemgedrag beschreef (1994-2010); R. van Balen, die kosteneffectieve ketenzorg voor heupfractuurpatiënten bedacht (2001-2012); C.M.P.M. Hertogh, die standpunten inzake wilsverklaringen van demente patiënten formuleerde (2006); J.M.G.A. Schols, die preventie van uitdroging tijdens een hittegolf (2009) en preventieve behandeling van ondervoeding benadrukte (2004-2009) en P. van Houten die preventieve behandeling van dubbele incontinentie benadrukte (2008).

Joop Michels: een bijzondere hoogleraar



Joop Michels.

De eerste (bijzondere) hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, Joop Michels, werd in 1980 benoemd aan de Nijmeegse Faculteit der Medische Wetenschappen. Het is niet zonder trots dat ik tijdens lezingen over ons vakgebied, met name in het buitenland, altijd spreek over de eerste hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde ter wereld. Waarbij ik vervolgens natuurlijk vertel dat ons specialisme uniek is in de wereld.

De bijzondere leerstoel werd mogelijk gemaakt door de Stichting St. Joannes de Deo. Deze stichting is verbonden aan de Stichting Kalorama te Beek-Ubbergen. Het is aan Joop Michels te danken dat de verpleeghuisgeneeskunde een gezicht kreeg. Hij was een enorme inspirator voor het vak. Aan zijn colleges en participatie aan landelijke commissies en symposia denken nog velen met veel plezier terug. Michels heeft in de loop der jaren menig bewoner van Kalorama meegenomen naar de collegezalen. Hij gebruikte bloemrijke voorbeelden uit de praktijk en bracht deze altijd met veel humor te berde. Michels heeft daarmee de toon gezet voor de wat zuidelijke en licht Bourgondische cultuur van de latere afdeling verpleeghuisgeneeskunde. Michels liet zich overigens waar het kon vergezellen door zijn echtgenote Cornelia. Hij gebruikte haar ook vaak in zijn speeches, dus iedereen kende haar.

Raymond Koopmans



Joop Michels overhandigt Anneke Froeling taart met daarop het NVVA-logo tijdens de officiële openingshandeling van de opleiding.

Nijmegen kent door Michels een lange traditie in de verpleeghuisgeneeskunde. Al heel vroeg was er een coschap en vormde de verpleeghuisgeneeskunde een onderdeel van de vakgroep huisarts-, sociale en verpleeghuisgeneeskunde. Hij was eigenlijk zijn tijd ver vooruit. Daarbij stimuleerde Michels de coassistenten sterk om wetenschappelijk onderzoek te verrichten. De coassistenten die in het verpleeghuis het coschap liepen, moesten bijvoorbeeld een scriptie schrijven en die ook presenteren. Dit tijdens een coschap van slechts vier weken. Maar doordat Michels zeer inspirerend was, deed iedereen die klus met plezier. Het is daarom niet verwonderlijk dat nog steeds het grootste deel van de

afgestudeerde artsen dat voor de specialisatie verpleeghuisgeneeskunde kiest, afkomstig is uit Nijmegen.

Michels was vooral een leraar en minder een onderzoeker. Hij was zelf ook niet gepromoveerd en heeft slechts een beperkt aantal promovendi begeleid. Dat heeft echter geen enkele invloed gehad op zijn wetenschappelijke en maatschappelijke impact.

Michels heeft veel landelijke invloed gehad en zat in diverse landelijke commissies. Ook heeft hij veel geschreven waarbij hij andermaal zijn tijd ver vooruit was. Zo schreef hij in 1985 een artikel met als titel: 'Heeft de huisarts de verpleeghuisarts nodig?'. Dit is tot op de dag van vandaag een actueel onderwerp, inclusief het vraagteken. Hij schreef ook over de toekomst van het verpleeghuis en hoe dit zich verhoudt tot bijvoorbeeld de eerste lijn, het ziekenhuis, de verzorgingshuizen en maatschappelijke vraagstukken van de ouderenzorg. Zijn afscheidscollege in 1989 droeg de titel: 'De validiteit der emeriti'. Daarin maakt hij bijvoorbeeld onderscheid in senioren en bejaarden. Emeriti rekent hij tot de senioren. Dat zijn ouderen die hun leven (nog) kunnen organiseren. Bejaarden rekent Michels tot de uitgedienden. Zij hebben professionele hulp nodig of zijn in een tehuis opgenomen. Dergelijke stellingnames waren tekenend voor Michels.

Michels werd in 1997 opgevolgd door prof. dr. Paul Froeling (overleden in 2010). In 2005 werd de bijzondere leerstoel verpleeghuisgeneeskunde omgezet in een profileringsleerstoel. In 2007 werd de bijzondere leerstoel, die omgedoopt werd in de 'Joop Michels leerstoel', bezet door prof. dr. Myrra Vernooij-Dassen. Zij kreeg als niet-medicus de leeropdracht: psychosociale aspecten van zorg voor kwetsbare ouderen.



Joop Michels.

Ondergetekende bewaart een goede herinnering aan Joop Michels. Hij heeft veel met hem samengewerkt en colleges van hem gehad. Michels is in 2002 overleden. Zijn gehele huisbibliotheek is na zijn overlijden verplaatst naar het UMC St Radboud. Daar zijn dus nu nog historische boekwerken te vinden die mede ons vak, via Michels, hebben gevormd.

Het is mij dan ook een bijzondere eer dat ik nu de toga van Joop Michels mag dragen. Deze was overigens daarvoor van zijn vader. Daarmee heeft de toga ook al de bejaarde leeftijd bereikt. Omdat Michels langer was dan zijn vader, is de toga met 30 cm verlengd. Cornelia had zijn naam erin geborduurd. Dit naamplaatje prijkt onder de foto van Joop Michels in de vergaderzaal van de afdeling Eerstelijngeneeskunde.

Oprichting van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen



verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), voorloper van Verenso, heeft zich vanaf het begin van de jaren zeventig ingezet voor de verpleeghuisgeneeskunde – tegenwoordig ouderengeneeskunde. De NVVA werd op 23 november 1972 opgericht door de besturen van de Katholieke Vereniging voor Verpleeghuiszorg (KVV) en de Federatie van Verpleeginstellingen voor langdurig Zieken. Aanleiding hiervoor was de schaalvergroting en de ontwikkeling van het beleid ten aanzien van de kwaliteit van de verpleeghuisgeneeskunde. De vereniging is de belichaming van de zoektocht naar de inhoud en erkenning van het vak verpleeghuisgeneeskunde geworden. De geschiedenis van de verpleeghuisgeneeskunde is voor een belangrijk deel dan ook de geschiedenis van de NVVA. De vereniging heeft zich sinds de oprichting als doel gesteld de onderlinge samenwerking en gedachtewisseling tussen artsen, werkzaam in verpleeghuizen, over werk en wetenschap te bevorderen en de bijscholing van deze artsen te verbeteren. De NVVA is, met enkele verwante verenigingen, betrokken geweest bij het beleid dat over de verpleeghuizen werd gemaakt.

De geschiedenis van de NVVA kent twee grote ontwikkelingen. Na een langdurige strijd om erkenning en registratie van het beroep en de beroepsgroep, volgde de



Erepenning NVVA.

totstandkoming van de academische opleiding voor verpleeghuisgeneeskunde. Daarnaast was er het streven wetenschappelijk onderzoek te genereren op het gebied van verpleeghuisgeneeskunde en hieraan richting te geven. De NVVA zette zich in de beginjaren met name in om officiële, juridische erkenning te krijgen voor de beroepsgroep en voor de identiteit van de verpleeghuisartsen. Door de grote groei van het aantal verpleeghuizen en van de totale capaciteit van de verpleeghuiszorg eind jaren zestig, was er veel vraag naar verpleeghuisartsen. Voor die tijd hadden de meeste artsen die in verpleeghuizen werkten een dubbelfunctie en heerste het idee dat het werk van de verpleeghuisarts erbij werd gedaan of begon als artsen een andere carrière achter

de rug hadden. Volgens Oostvogel, de eerste voorzitter van de NVVA, vond men verpleeghuisartsen *second grade practitioners for third grade people*. Het werk van deze nieuwe artsen was echter vernieuwend en baanbrekend. De NVVA maakte zich hard om het unieke van de functie verpleeghuisarts, verantwoordelijk voor het behandelen en adviseren over de behandeling van patiënten met complexe, multidisciplinaire problematiek, naar voren te brengen. Bij de oprichting van de vereniging moest de verpleeghuisgeneeskunde nog systematisch opgebouwd worden. In deze pioniersfase speelde de NVVA een belangrijke rol in het zetten van de eerste stappen in de richting van een volwaardige medische discipline. De vereniging en het beroep professionaliseerden samen langzaam. Aanvankelijk werd verpleeghuisartsregistratie ondergebracht bij de huisartsen. Met de oprichting van de NVVA wilde men hier verandering in brengen met een aparte registratie voor verpleeghuisartsen. Dit zorgde voor wrijving tussen de NVVA en de KNMG. Uiteindelijk kwam er in 1989, met de oprichting van een tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en de officiële registratie, erkenning voor de nieuwe specialistische beroepsgroep. Later startten ook in Nijmegen (1995) en Leiden (1997) de beroepsopleiding. Al in 1980 was de eerste universitaire leerstoel een feit. Verpleeghuisarts Michels werd aan de universiteit van Nijmegen bijzonder hoogleraar in de verpleeghuisgeneeskunde.

In november 2005 fuseerde de NVVA en de NVSG (Nederlandse Vereniging voor Sociale Gerieters); hierbij bleef de naam NVVA behouden. Er ontstond een nieuwe medische discipline voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken over de hele zorgketen, ongeacht de verblijfplaats van de patiënt. In 2009 ging de NVVA verder onder de naam Verenso, een samentrekking van vereniging en specialisten ouderengeneeskunde/sociaal gerieters. Aanleiding voor deze verandering was de nieuwe naam voor de beroepsgroep: specialisten ouderengeneeskunde. Sinds 15 juli 2009 is de term verpleeghuisarts geen beschermde titel meer en staan artsen met deze expertise ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde.



Algemene ledenvergadering.

De hoogleraren en de wetenschappelijke onderbouwing

Per 1 september 1989 werd Ribbe aan de Vrije Universiteit te Amsterdam benoemd tot de eerste facultaire en gewone hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde. Aanleiding was de beroepsopleiding die daar werd ondergebracht. Michels was hem vanaf 1978 al voorgedaan als bijzondere hoogleraar in Nijmegen en in 1984 Oostvogel te Rotterdam.

Aan de route naar een gewone leerstoel ging in het verleden vaak een bijzonder ordinariaat vooraf. Anno 2012 is er nog steeds een aantal universitaire centra waar een specialist ouderengeneeskunde als hoogleraar ontbreekt. Vrijwel alle leerstoelen van de verpleeghuisartsen/ specialisten ouderengeneeskunde waren/zijn gekoppeld aan het werkveld van de beroepsgroep. Dat gold en geldt echter niet voor de eerste leerstoel van Schols aan de Universiteit Tilburg en de leerstoel van Van Delden aan de Universiteit Utrecht. Voor deze beide leerstoelen was de taakopdracht veel breder, namelijk respectievelijk de chronische zorg en de medische ethiek.

In de inaugurele rede van de hooggeleerden wordt de noodzaak van wetenschappelijke onderbouwing van het praktijkveld van de verpleeghuisgeneeskunde/ouderengeneeskunde nadrukkelijk genoemd.

Ribbe stelde in zijn inaugurele rede vast dat er nog nauwelijks sprake is van enige onderzoekstraditie en

dat het aan de noodzakelijk infrastructuur ontbreekt. Hij hield een pleidooi voor academisering van verpleeghuizen, waarbij naar zijn oordeel de onderzoeksthema's medisch zorgbeleid en patiëntgebonden onderzoek prioriteit verdienen.

Cools pleitte voor onderzoek naar het samengestelde zorgproces, de wisselwerking tussen aandoeningen, gevolgen en de persoonlijke aanpassing van patiënten aan alle beperkingen. Hij hield tevens een pleidooi voor een gerichte en tijdelijke topdown-benadering in het toewijzingsbeleid van geld voor verpleeghuisgeneeskundig onderzoek om de positie te verbeteren ten opzichte van reeds gevestigde gezaghebbende universitaire vakgroepen en onderzoeksinstellingen.

Sipsma had zich eerder al verdienstelijk gemaakt als hartstochtelijk pleitbezorger voor de erkenning van het specialisme klinische geriatrie en ijverde voor verdergaande universitaire inbedding van dit specialisme.

Froeling wilde gerichte aandacht voor onderzoek naar de palliatieve aspecten van de zorg en symptoombestrijding. Eefsting vroeg speciaal aandacht voor de in de zijn ogen belangrijkste uitkomstmaat van wetenschappelijk onderzoek, namelijk die van de kwaliteit van leven van zowel patiënt als mantelzorger. Hij constateerde bezorgd dat er nog niet of nauwelijks onderzoeksresultaten zijn over verpleeghuisgeneeskundig handelen.

Van Delden had en heeft als speerpunten voor onderzoek de ethiek van de levenseindebeslissingen, de ethiek van de ouderenzorg en de ethiek van medische wetenschappelijk onderzoek.

Koopmans hield, vanwege de nog zeer beperkte hoeveelheid wetenschappelijke data, een pleidooi voor epidemiologisch en beschrijvend onderzoek. Deze basis, zo betoogde hij, is noodzakelijk voor het verrichten van interventiestudies. Tevens vroeg hij aandacht voor casestudies als middel om beter inzicht te krijgen in de indringende en complexe problematiek van verpleeghuispatiënten. Schols stelde dat erkenning en verspreiding van de verpleeghuisgeneeskunde gestaafd moet worden door resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Zijn aandacht is gericht op de epidemiologie en achtergrond van relevante medische problemen en zorgproblemen bij ouderen en chronisch zieken en op evidence-based interventies bij deze doelgroepen, geriatrische revalidatie, transformatieprocessen en innovatie in de medische ouderenzorg.

Als thema's van onderzoek werden door Hertogh genoemd: empirisch beschrijvend onderzoek over praktijkgerichte ethiek, het ontwikkelen van passende effectmaten voor ouderen, het gebruik van psychofarmaca, belevingsgerichte bejegening, wilsverklaringen bij dementie en de effecten van zorgtechnologie op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.

Ook Achterberg vroeg aandacht voor nieuwe onderzoeksstructuren en -instrumenten voor het onderzoek naar de kwetsbaarste ouderen. Hij pleitte voor meer pragmatische onderzoeksvormen die beter lijken aan te sluiten bij de complexe klinische situatie van die kwets-

baarste ouderen dan de klassieke Randomized Clinical Trials. Tevens vroeg hij aandacht voor naast meer handen ook meer brein aan het bed. Zijn speerpunten: geriatrische revalidatie, pijn en kwaliteit van leven bij dementie.

Zowel Cools als Ribbe hielden recentelijk hun afscheidsrede. Cools merkte bij zijn afscheid in 2009 op dat er sinds zijn start als hoogleraar heel wat proefschriften over verpleeghuisgeneeskunde zijn verschenen die overwegend descriptief van aard waren. Hij vroeg zich af waarom specialisten ouderengeneeskunde tot dan toe minder prioriteit hadden gegeven aan wetenschappelijke onderbouwing van medisch-technische vooruitgang. Ribbe noemde in zijn afscheidsrede in 2011 als onderzoeksspeerpunten de geriatrische revalidatie, dementie, cerebrovasculaire aandoeningen en gerontopalliatieve zorg. Hij gaf een overzicht van wat de internationale samenwerking in de interRAI-groep aan wetenschappelijke data en dissertaties had opgeleverd.

En de specialist ouderengeneeskunde gaat voort. Om te zoeken naar wegen in de geneeskunde die leven aan jaren kunnen toevoegen, te ontdekken waar het primaat ligt van de deskundigheid en een verbinding te kunnen maken tussen praktijk en wetenschap. Daarbij niet alleen strevend naar erkenning, maar ook naar herkenning en 'gekend' worden als verbindende professie waarbij het gaat over de ouderdom, geneeskunst, ethiek en kwetsbaarheid.

Deze alinea is een compilatie van de titels van oraties van de (bijzonder) hoogleraren Ribbe (1992), Cools (1993), Froeling (1998), Eefsting (2002), Van Delden (2003), Koopmans (2005), Schols (2008), Hertogh (2010) en Achterberg (2011).

Commissie Wetenschappelijke Aangelegenheden (CWA)

De Nederlandse Vereniging van verpleeghuisartsen (NVVA) had de ambitie een wetenschappelijke vereniging te zijn. De statuten van de NVVA uit 1982 zijn daar duidelijk over. De bevordering van de wetenschappelijke bestudering vanuit de medische professie van de gehele problematiek van de ouder wordende bevolking, zowel binnen het verpleeghuis als daarbuiten, was een taak van de NVVA.

Het unieke van de doelstelling van de NVVA was dat het onderzoeksveld niet gericht was op een specifieke

aandoening of het verouderingsproces. Het beroep van de verpleeghuisarts en het daarbij horende onderzoeksgebied, richtte zich op een gebied dat meer inhield dan het genezen van één ziekte en op het behandelen van patiënten met multiple problematiek.

Een dergelijke belangrijke taak maakte het noodzakelijk een aparte commissie in het leven te roepen, die belast was met het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen. In 1976 werd de Commissie Wetenschappelijke Aangelegenheden, de CWA, opgericht. Het verantwoordelijkheidsgebied van de commissie strekte zich uit tot buiten het verpleeghuis. Het ging om het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek op het totale gebied van de verpleeghuisgeneeskunde.

In de beginperiode was het moeilijk om de leden van de NVVA te interesseren voor het lidmaatschap van de CWA. Tevens zocht men naar een juiste insteek. Een wetenschappelijke attitude was de meeste verpleeghuisartsen vreemd. Men wilde gewoon een 'goede' dokter zijn in de eigen toko. Een feedbackcultuur op medisch handelen ontbrak veelal.

De CWA ontwikkelde zich tot de belangrijkste denktank binnen de NVVA. De commissie onderhield een breed



netwerk binnen de ouderengeneeskunde en heeft een stroom aan publicaties nagelaten. De leden van de commissie publiceerden zelf actief en lieten een geweldige stimulans uitgaan om publicaties en onderzoek tot ontwikkeling te laten komen. In 1984 verscheen een artikelenreeks over verpleeghuisgeneeskunde in *Medisch Contact*, wat uitmondde in het standaardwerk *Capita Selecta van de verpleeghuisgeneeskunde*. Het handboek (Capita Selecta) werd ter ere van het 12,5-jarig bestaan van de CWA uitgegeven.

De CWA was een bolwerk van wetenschappers en heeft zowel wetenschappers aangetrokken als voortgebracht. Hoogleraren en promovendi hebben deel uitgemaakt van de commissie en zijn eruit voortgekomen. Ook de verpleeghuisartsen in opleiding, de VAIO's, werden gestimuleerd tot het doen van onderzoek. Vanuit de CWA werd 'de scriptie van het jaar' ingesteld. VAIO's moesten zelf het initiatief nemen om hun scriptie in te sturen. De aanmeldingen waren aanvankelijk beperkt. Koudwaternvrees, spreken in het openbaar en het krijgen van kritiek waren drempels voor de jonge artsen om hun scriptie aan te melden.

Vanuit de CWA is een wetenschapscommissie ontstaan die uitvoerig betrokken was bij de medisch-ethische toetsing van wetenschappelijk onderzoek. Het wetenschappelijk niveau van *Vox Hospitalii* werd gestimuleerd en op een hoger plan gebracht door vertegenwoordigers vanuit de CWA. Dat wetenschappers onafhankelijk



Raad van Ouden (Gerousia).

en zelfstandig willen zijn, heeft ook het hoofdbestuur van de NVVA ervaren. De CWA had een eigen budget en wenste de gelden, tot ongenoegen van de penningmeester van de NVVA, naar eigen inzicht aan te wenden. De CWA duldde geen bevoogding van de penningmeester.

In 2009 nam Herman Cools, jarenlang lid van de CWA, afscheid als hoogleraar in Leiden. Wat een aantal sprekers naar voren bracht over de betrokkenheid van Cools bij wetenschappelijk onderzoek en zijn verdiensten voor onderwijs en nascholing, is toepasbaar op de gehele commissie. Steekwoorden daarin zijn: gedreven, visionair, eigenzinnig, het niet uit de weg gaan van controversen en het uitoefenen van invloed op de houding van artsen als het gaat om de aandacht voor kwetsbare patiënten.

De status van de dokter: zo was het



Vanaf midden jaren zestig van de vorige eeuw (zo ongeveer vanaf het begin van de AWBZ) tot medio jaren tachtig werkten in verpleeghuizen vooral huisartsen op leeftijd. Deze huisartsen hadden in de regio rondom de verpleeghuizen waar ze werkten vaak hun naam gevestigd en letterlijk een eigen status opgebouwd.

Op zoek naar rust en regelmaat, voltooiden ze de laatste jaren van hun carrière in het verpleeghuis, waar ze vaak binnengelokt werden als geneesheer-directeur. Ze hadden én hielden hun status. Ze mochten zich bemoeien met de organisatie van de zorg, ja eigenlijk met van alles en nog wat, en verleenden elk op eigen wijze en letterlijk vanuit een huisartsenblik medische zorg aan



Artsen in hun werkomgeving.

hun verpleeghuisbewoners. Medische zorg, die toen zeker nog niet een CLSM-karakter had, laat staan een eigen verpleeghuisgeneeskundig gezicht.

Hun leidinggevende rol stond niet ter discussie. Een dokter wist immers alles en hoorde dus zonder meer in de directie thuis. Hun status en charisma waren in feite on-aantastbaar. Snel na 1968 hadden enkele van deze verpleeghuisdokters in de gaten dat de geneeskunde voor kwetsbare en hulpbehoevende verpleeghuispatiënten een specifieke benadering vergde en ook een eigen erkenning verdiende. Ik ben er dan ook van overtuigd dat de 'macht en uitstraling' van enkele van deze traditionele verpleeghuisdokters, die echt als voorlopers en kartrekkers hebben gefunctioneerd, zeker hebben meegeholpen om landelijk tot een eigen vakgebied te komen. Die verdienste komt hen ten volle toe. Het jaar 1990 was derhalve een kroonjaar. Ons vakgebied kreeg een wettelijke status. Wat waren en zijn we daar nog steeds trots op.

Zo werd het

Maar ondanks deze trots ging het daarna helaas spoor-slags bergafwaarts met de status van de verpleeghuisdokter. Ambities waren er in woord en gedachte misschien nog wel, maar in het verpleeghuis brokkelde de positie van 'de erkende verpleeghuisarts' meer en meer af. Intramuraal ontstond er een heilloze discussie.

sie over de waarde en houdbaarheid van het medische model. Het fenomeen 'manager' deed zijn intrede. Wonen en welzijn leken belangrijker te worden dan zorg en behandeling. De hoofdzuster verdween van de afdeling. Het niveau van de verzorging daalde. De bureaucratie en eindeloze registratieverantwoording kwamen op, net zoals het CIZ, het Centraal 'Irritatie-orgaan' voor de Zorg en ten slotte die verfoeide marktwerking. Het veilig en luxe dokteren in het verpleeghuis was verdwenen en de meeste verpleeghuisartsen stonden erbij en keken ernaar. Veel verpleeghuisartsen verstijfden ook en verhardden van natuur. Met andere behandelaars werden en worden ze tot op de dag van vandaag op veel plaatsen als lastig en niet veranderingsbereid afgeschilderd. Geleidelijk verdween de verpleeghuisdokter ook uit het management. Daar kwam nog bij dat de verpleeghuisarts extramuraal maar geen echte poot aan de grond kreeg.

Gedurende deze ontwikkeling kreeg het verpleeghuis zelf ook nog eens met een groeiend negatief imago te maken, zodat er eigenlijk tot op de dag van vandaag een situatie bestaat die er niet voor zorgt dat jonge artsen met enthousiasme het vak instromen. Te meer ook omdat de high tech-gezondheidszorg veel attractiever is dan het zorgen voor 'in wachtkamers van de dood' opgeborgen, uitgebluste en in een sterk van *ageism* druipende maatschappij, vaak als waardeloos beschouwde oude mensen.

Enige jaren geleden kreeg ik de volgende metafoor onder ogen van C. van Beek uit het boekje 'Medimetaforen; Beeldspraak in de geneeskunde, 2001': 'Is hij verpleeghuisarts..? ... Ach wat zielig voor die jongen; ik dacht nog wel dat hij zo goed kon leren...'

Deze metafoor bevestigt voor mij nog eens op duidelijke wijze de door ons allen ongewenste status van de verpleeghuisarts: een tweederangs dokter die blij mag zijn dat hij of zij er uiteindelijk toch nog in is geslaagd om een opleiding tot specialist te voltooien.



Verbeelding ambacht arts-patiënt.

De status van de dokter: zo moet het worden

Zoals gezegd bevestigt de metafoor uit het vorige venster nog eens op duidelijke wijze de ongewenste status van de specialist ouderengeneeskunde: een dokter waaraan je niet te veel moet vragen dat buiten het vaste stramien omgaat. Een dokter waar je niet zoveel aan hebt, die weinig assertief is: in hedendaagse termen 'een watje' dus. Een dokter ook met weinig ondernemersgeest, die het liefste veilig en luxe in een verpleeg-

huis opereert waar alles en iedereen binnen handbereik is. Een dokter die graag ook zelf 'gepamperd' wordt. En... een dokter ook die tot voor enige jaren geen concrete impulsen kreeg van een echt van zich afbijtende beroepsvereniging. Het zal duidelijk zijn. Als we ons vakgebied echt serieus nemen, laat staan echte status willen (terug)verdienen, dan moet er de komende tien jaar door onszelf (!) anders geacteerd worden.



Want ondanks het hierboven geschetste (en soms wellicht wat gechargeerde) negatieve beeld is er inmiddels, in ieder geval landelijk, toch een professionele basis gelegd die meer ondernemend en innovatief handelen mogelijk maakt. De beroepsvereniging Verenso is sterker geprofessionaliseerd en gelukkig veel zichtbaarder geworden. De academische basis van ons vakgebied groeit gestaag vanuit een aantal universiteiten. De vervolgopleidingen hebben inmiddels genoeg deskundige, vakbekwame en enthousiaste specialisten ouderengeneeskunde afgeleverd en in de voorgestane ontwikkeling naar een meer integrale ouderenzorg wordt de specialist ouderengeneeskunde steeds vaker genoemd als een in feite onmisbare schakel. *Last but not least* is de naam van het vakgebied verpleeghuisgeneeskunde gewijzigd in 'specialisme ouderengeneeskunde'. We zijn dus echt speciaal en dat mag iedereen weten.



Specialisten ouderengeneeskunde moeten zich zonder excuus nu maar eens echt uitgedaagd voelen om met gepaste trots hun vakgebied uit te dragen. Met een IPAD-benadering, dus Innovatief, met Passie, Authentiek en met Durf én met de bezieling van een missionaris en de overtuigingskracht van een tweedehands autohandelaar moeten ze zelf aan de gang gaan om, in de regio waar ze werkzaam zijn, duidelijk te maken dat ze er, samen met andere collegamedici, zijn voor alle patiënten met complexe ziekte- en zorgproblematiek, ongeacht de plaats waar deze patiënten verblijven.

Daarvoor is het nodig dat ze op positief kritische wijze betrokken blijven bij de beleidsvorming en ontwikkelingen van de verpleeghuisorganisatie waarvoor ze werken. Weg dus met die 'hakken in het zand'. Ook

zullen ze open moeten staan voor externe beoordeling en benchmarking ten aanzien van hun vakinhoud en vakuitvoering, want daar is niets mis mee.

Deze opdracht is zeker niet makkelijk omdat je bij het overtuigen van anderen binnen en buiten het verpleeghuis eigenlijk moet uitgaan van het adagium: 'changing happens person by person'. Dit adagium leert ons echter wel om stug vol te houden, want onze activiteiten zullen zich uiteindelijk zeker lonen. Status en charisma bouw je namelijk niet van de ene op de andere dag op.

Ik hoop dan ook dat alle specialisten ouderengeneeskunde zich extra uitgedaagd voelen door de volgende toepasselijke spreuk van Gandhi:

*Zuerst ignorieren sie dich,
dann lachen sie über dich,
dann bekämpfen sie dich
und dann gewinnst du!!*

Ik ben ervan overtuigd dat de specifieke inhoudelijke waarde van ons vakgebied in de nabije toekomst in het zorgveld breed gekend en erkend zal zijn. Die erkenning zal dan automatisch ook betekenen dat er weer meer mogelijkheden komen voor meer managementbetrokkenheid van specialisten ouderengeneeskunde. Want niet alleen de logica, maar ook de varkenscyclus in de zorg, is in ons voordeel. We gaan dus samen op weg naar een zichtbare en breed gewaardeerde specialist ouderengeneeskunde; een specialist van statuur met een daarbij passende status.

Gerijpte dokters: het ontstaan van de opleiding



In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw werden de meeste verpleeghuizen geleid door een geneesheer-directeur, die zowel het management als de patiëntenzorg voor zijn rekening nam. Vaak was dit een oudere huisarts of internist, die het aan het eind van zijn carrière wat rustiger aan wilde doen en zo meteen kon profiteren van een goedbetaald loondienstverband met een mooie pensioenregeling. In die tijd was de hoogte van het pensioen nog gebaseerd op het laatst verdiende salaris.

Bekeken door de bril van nu, is het haast onvoorstelbaar dat één persoon toen het werk deed van een heel managementteam en van een groep artsen. Maar daarbij moet wel bedacht worden dat het begrip bureaucratie nog niet was uitgevonden en dat de medische zorg zich in die tijd beperkte tot de behandeling van intercurrente aandoeningen. Kennis van de specifieke presentatie van ziekten bij ouderen en de daarmee gepaard gaande stoornissen, beperkingen en handicaps, ontbrak veelal. Ook de behandeling van de latere stadia van chronische aandoeningen, zoals multiple sclerose, cerebrovasculair accident of de ziekte van Parkinson, stond nog in de kinderschoenen. In toenemende mate ontstond daardoor onder de artsen, die toen werkzaam waren in een verpleeghuis, het besef dat hun werk iets

anders was dan bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde of interne geneeskunde. Een aantal actievelingen onder hen richtte in 1972 de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) op, die ijverde voor erkenning en een eigen opleiding. In 1979 werd door de KNMG de commissie Voorbereiding Erkenning en Registratie Verpleeghuisartsen in het leven geroepen. De werkzaamheden van deze commissie leidden er uiteindelijk toe dat de staatssecretaris van Volksgezondheid zich in oktober 1988 akkoord verklaarde met de erkenning van de verpleeghuisgeneeskunde als zelfstandig specialisme. En zo konden op 1 september 1989 – na 17 jaar voorbereiding – de eerste 15 artsen (9 mannen en 6 vrouwen) starten met de opleiding; de eerste opleiding tot verpleeghuisarts ter wereld.

De Vrije Universiteit Amsterdam kreeg de opleiding toegewezen, omdat zij als enige universiteit bereid was fors te investeren in onderwijs en onderzoek in de verpleeghuisgeneeskunde. Wel moest de universiteit aan de KNMG beloven, dat de opleiding niet gehouden was aan de VU-eis, dat al het onderwijs gegeven moest worden in lijn met het evangelie van Jezus Christus. Anders zou onderwijs over ethische onderwerpen als abstineren en euthanasie bemoeilijkt worden.

Het opzetten van de opleiding was een krachttoer. Immers, nergens ter wereld bestond een voorbeeld. Voor de structuur kon nog teruggerepen worden op de huisartsopleiding: vier dagen praktijk en een wekelijkse terugkomdag, waarbij de groep artsen in opleiding (aios) begeleid werd door een verpleeghuisarts en een gedragswetenschapper. Maar de inhoud moest helemaal in eigen beheer ontwikkeld worden. Alle leden van de NVVA kregen het verzoek lijsten op te sturen met diagnoses en onderwerpen die aan bod moesten komen. Een andere groep verzamelde hier vervolgens in de universiteitsbibliotheek literatuur bij en vroeg lokale protocollen op. Het was een race tegen de klok om er onderwijsprogramma's van te maken. Het lukte de groepsbegeleiders maar net om de jonge dokters één terugkomdag voor te blijven.

Verpleeghuisartsen in opleiding (vaio's) en later aios ouderengeneeskunde zijn een heterogene groep: de jongste is 23 jaar en de oudste is een cardioloog, die op zijn 59e jaar wilde switchen naar de ouderengeneeskunde. De groep bevat ook veel huisartsen en aan het begin van deze eeuw ook even een piek met niet-westerse allochtone asielzoekers die dachten met de verpleeghuisgeneeskunde de kortste route naar een specialistentitel te hebben gevonden. Maar het merendeel bestaat toch

uit mannen en vrouwen, in een verhouding van 1:2, van gemiddeld 34 jaar met 7 jaar ervaring sinds het behalen van het artsexamen. Hiermee zijn de aios ouderengeneeskunde bij de start van de opleiding gemiddeld 5 jaar ouder dan hun collega's in andere specialismen. De keuze voor ouderengeneeskunde vergt kennelijk enige rijpheid.



AIOS tijdens terugkomdag.

Professionalisering samenwerking opleidingsinstituten

SEE YOU SOON!

Ontstaan Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland (SOON)

In het voorgaande heeft u kunnen lezen hoe de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde tot stand kwam: een zoektocht naar een curriculum voor een specialisme dat nog nergens ter wereld bestond. De medewerkers van de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts van de Vrije Universiteit Amsterdam, waar de eerste groep artsen in 1989 met de opleiding startte, voelde zich dan ook ware pioniers. Met hart en ziel en met het besef dat hier iets unieks ontwikkeld werd, werkte de jonge afdeling aan de inhoud van een nieuw vakgebied.

De eerste onderwijsprogramma's werden in een middag geschreven en waren voornamelijk gebaseerd op ervaringskennis van enkele collega's. Gegevens van wetenschappelijk onderzoek in de verpleeghuisgeneeskunde waren er nauwelijks en raadplegen van de wereldliteratuur was in dit pre-PubMed-tijdperk geen sinecure. De belangrijkste meerwaarde van de opleiding bestond toen voornamelijk uit de kritische uitwisseling van ervaringen tijdens de wekelijkse terugkomdag en de gestructureerde begeleiding van de arts-assistent door een ervaren verpleeghuisartsopleider. Overigens zijn dit

tot op de dag van vandaag nog steeds twee krachtige leermethodes.

Ondertussen groeide de behoefte aan opleidingsplaatsen zo snel, dat naast de VU ook de universiteiten van Nijmegen (1995) en Leiden (1997) capaciteit kregen toegewezen van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratiecommissie. De komst van de twee nieuwe instituten was erg wettelijk voor de Amsterdamse opleiding. De pioniers kregen ineens navolgers, die het in hun ogen natuurlijk kwalitatief aflegden tegen de superieure opleiding van de VU. Dit grotebroergevoel heeft tot ver in deze eeuw de verhoudingen tussen de drie instituten bepaald.

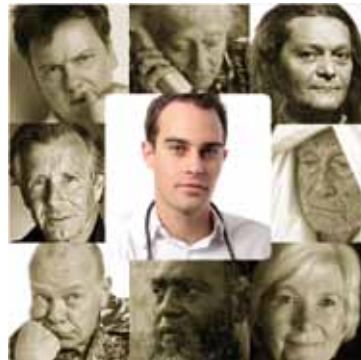
In 2004 kwam de kentering. Verenso en de opleidingsinstituten grepen de uitbreiding van het werkkterrein van de verpleeghuisarts met dat van de sociale geriatrie aan voor een uitbreiding van de duur van de opleiding met externe stages in het ziekenhuis en de ambulante ouderenzorg. Het ontwerpen en implementeren van deze nieuwe driejarige opleiding heeft de aanzet gegeven tot veel meer samenwerking tussen de drie instituten: met zijn drieën zijn ze ongeveer even groot als een gemiddeld opleidingsinstituut huisartsgeneeskunde. Te klein dus om effectief zelfstandig de klus te klaren. En de klus was groot: de nieuwe driejarige opleiding was organi-

satorisch ingewikkeld met opleidings- en stageperiodes, die in tijdsduur konden variëren. Tegelijkertijd moest er didactisch en inhoudelijk een kwaliteitsslag gemaakt worden. Didactisch, omdat alle medische vervolgopleidingen competentiegericht moesten worden ingericht volgens de zeven CanMEDS-domeinen, en inhoudelijk, vanwege de grotere vakinhoudelijke bekwaamheid, die van de verpleeghuisarts nieuwe stijl werd verwacht.

De hoofden van de opleidingsinstituten zagen in dat nauwere en georganiseerde samenwerking de enige route was naar een kwalitatief betere opleiding. En zo werd op 21 april 2009 SOON opgericht: de stichting Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland. SOON bleek een schot in de roos voor de coördinatie van gezamenlijke projecten en het organiseren van een aantal structurele activiteiten van de drie opleidingen:

- Een centrale aanmelding voor de opleiding.
- De kaderopleiding voor opleiders: een didactisch scholingsprogramma voor alle opleiders.
- De Startclass: centraal onderwijs over medisch handelen in acute situaties en ter voorbereiding op de ziekenhuisstage.
- Landelijke aios-dagen: tweemaal per jaar centraal onderwijs door topklinische docenten.

- Onderwijsontwikkeling: een nieuw toetsplan, kennistoetsen.
- PR-activiteiten om de belangstelling voor een carrière in de ouderengeneeskunde te verhogen onder studenten en jonge artsen, bijvoorbeeld via banenmarkten, advertentiecampagnes, cursussen voor basisartsen.
- Een geautomatiseerd registratiesysteem met digitaal portfolio voor alle aios en opleiders.



Campagneposter SOON.

En daarnaast kregen de instituten met SOON een aanspreekpunt voor externe partijen, zoals VWS, ActiZ, KNMG, Verenso, SBOH, Huisartsopleiding Nederland. Voorlopig zijn er meer plannen dan handen, en dat is een goed teken.

1989	Start tweejarige opleiding aan de Vrije Universiteit Amsterdam (15 plaatsen)
1991	Verhoging instroom naar 36 plaatsen per jaar (VU Amsterdam)
1995	Verhoging instroom naar 72 plaatsen per jaar (36 VU en 36 KU Nijmegen)
1997	Verhoging instroom naar 84 plaatsen per jaar (36 VU, 36 KUN en 12 LUMC)
1999	Verhoging instroom naar 112 plaatsen per jaar
2007	Start driejarige opleiding
2009	Oprichting SOON

Promoveren

Er is heel veel relevant onderzoek gedaan, maar niet alleen binnen het vak. Behalve specialisten ouderengeneeskunde zijn ook veel onderzoekers uit andere disciplines bezig (geweest) met promotieonderzoek dat relevant is voor ons vak. Dit venster beperkt zich dan ook tot promoties van geregistreerde verpleeghuisartsen en specialisten ouderengeneeskunde vanaf het moment dat het specialisme is erkend, dat wil zeggen vanaf 1989.

Niet alle promoties vonden plaats onder auspiciën van een afdeling of hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde. Miel Ribbe verdedigde zijn proefschrift in april 1989, dus voor de erkenning van het specialisme en voordat de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van start ging. Ook na de erkenning van het specialisme verpleeghuisgeneeskunde vonden promoties bij andere afdelingen plaats. Froukje Boersma en Jan Eefsting (dubbelpromotie in 1996) promoveerden bij twee hoogleraren psychiatrie, Raymond Koopmans (1994) bij een hoogleraar huisartsgeneeskunde en Jos Schols (2000) bij een hoogleraar huisartsgeneeskunde en een epidemioloog. Harald de Burlet (1992) promoveerde wel bij een verpleeghuisarts, maar zijn promotor was hoogleraar gerontologie Frits Oostvogel. Met de toename van het aantal hoogleraren verpleeghuisgeneeskunde zijn zij ook steeds vaker promotor bij promoties van verpleeghuisartsen/specialisten ouderengeneeskunde.



Promotie Roland Wetzels.

Werden proefschriften in de periode tot 2000 vooral nog in het Nederlands geschreven, daarna werd de trend om dit in het Engels te doen. De inhoud van de proefschriften is zeer divers. Dementie is vaak onderwerp van onderzoek. Andere proefschriften zijn soms van meer algemene aard (zoals het onderzoek van Jos Konings over ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten, en het onderzoek naar RAI-MDS van Wilco Achterberg), behandelen een specifiek probleem (zoals incontinentie in het proefschrift van Paul van Houten) of een specifieke patiëntencategorie (het onderzoek van Jan Lavrijsen).

Per 1 september 2011 zijn de eerste aioto's (arts in opleiding tot onderzoeker) gestart binnen het specialisme ouderengeneeskunde. Hierbij wordt de opleiding

gecombineerd met promotieonderzoek. Het onderzoek van Annelore van Dalen-Kok valt bijvoorbeeld binnen de INTERCEPT-studie: INTERNational Comparisons on the effects of Pain, behaviour and it's Treatment of quality of life in dementia. Het doel van deze studie is om de complexe relatie tussen pijn, gedrag en kwaliteit van leven van mensen met dementie in het verpleeghuis te exploreren op basis van verschillende studies, zowel in Nederland als in Duitsland. Simone Hendriks zal haar



Promovendus olieschilderij door Willy Belinfante.

promotieonderzoek doen bij de afdeling verpleeghuis-geneeskunde van het VUmc, onder begeleiding van prof. dr. Cees Hertogh, dr. Martin Smalbrugge en ir. Jenny van der Steen. Het onderzoek zal gaan over het klinisch beloop van dementie in verpleeghuizen. Willemijn van Erp doet een vervolg op de studies van Jan Lavrijsen over patiënten in een vegetatieve toestand. De historische trend dat meer mannen dan vrouwen willen promoveren lijkt verleden tijd.

Man, vrouw, jong, oud... Elke promovendus zal het herkennen: je de 'prins te rijk'-voelen bij de gedachte aan het opslurpen van kennis en de vrije toegang tot allerlei artikelen. Zelf weet ik nog goed dat ik in het begin 's ochtends wakker werd met het doornemen van artikelen in mijn dromen. Via PubMed had ik verscheidene zoekstrategieën opgeslagen die wekelijks meer dan 200 artikelen aanboden ter screening. Een zekere valkuil van onderzoek doen is dat je te veel in een keer wilt: focussen is een belangrijk element bij het doen van onderzoek. Het veldwerk van het onderzoek bracht mij en de onderzoeksassistente in negen verpleeghuizen verspreid over het land. Veel reizen en redelijk lange dagen, maar aan het eind van de dag een heerlijk gevoel: 'Yes, weer data binnen!'

En dan, na afloop is er het kleine boekje. Dat is alles wat er is overgebleven van een spannende reis. Ik neem het dikwijls in de hand en dan voel ik toch wel lichte trots: dit is het en ik heb het voor elkaar gekregen!

Politiek

Ik ben klein en zij zijn groot

Binnen onze achterban is er veel discussie geweest over hoe Verenso en de specialisten ouderengeneeskunde de belangen van kwetsbare ouderen kunnen behartigen. Dit speelt op diverse niveaus.

Binnen de zorgorganisatie hadden veel specialisten ouderengeneeskunde moeite met het neerzetten van goede en verantwoorde zorg. Dit kwam onder andere doordat de samenwerking en communicatie met hun management niet altijd vlekkeloos verliep. Het management had veel moeite om, met de bezuinigingen in de ouderenzorg, de financiën op peil te houden en om voldoende en goed gekwalificeerd personeel in te zetten bij een slappe arbeidsmarkt.

Verenso probeert zijn leden zoveel mogelijk te ondersteunen bij problemen, ook door middel van symposia over communicatie met het management. Ook het innoveren van de eigen praktijkvoering, zoals het elektronisch patiëntendossier en taakdelegatie, is voor vele specialisten ouderengeneeskunde een thema voor onderhandeling. In de politiek draait het veel meer om woorden dan om beelden. Aan ons, als specialisten ouderengeneeskunde, de taak ons duidelijk binnen en buiten het verpleeghuis te positioneren.

Er was een tendens dat ActiZ de NVVA niet als volwaardige gesprekspartner zag, omdat ouderen prettig wilden wonen/participeren en ActiZ vond dat verpleeghuisartsen aan het medicaliseren waren. Door de tijd heen ontstond er een paradigmaverschuiving, namelijk: als je als patiënt prettig wilt wonen, is de basisvoorwaarde dat er goede zorg aanwezig is, waaronder medische zorg. Binnen onderhandelingen met VWS over de behandel-functie van de zorgzwaartepakketten, kwam dit element duidelijk naar voren. De eerste discussies gingen over: wat behandel je nu eigenlijk als verpleeghuisarts als de meeste patiënten chronische en progressieve aandoeningen hebben. Kortom: VWS wilde bezuinigen op behandelaars. De NVVA heeft veel betekend om uit te leggen dat behandeling ook verbetering van functioneren of kwaliteit van leven betreft en niet alleen het genezen. In de onderhandelingen over DBC's, zoals over de geriatrische revalidatie, speelt dezelfde discussie. We blijven hameren op het feit dat patiënten in het verpleeghuis, het verzorgingshuis en thuis behandeling nodig hebben en aanspraak kunnen maken op de specialist ouderengeneeskunde.

Binnen universiteiten is het van groot belang dat de diverse vakgroepen inzien, dat onderwijs aan coassistenten in de ouderengeneeskunde essentieel is. Voor de ontwikkeling van de aankomende arts, ongeacht op welk vakgebied hij zal komen te werken. Aandacht en

kennis van en over ouderen is belangrijk voor de vorming van de aankomende arts. Daarnaast is er de ontmoeting met ons vak. Want een dergelijke ontmoeting met ons vak maakt dat de coassistent ook bewust kan kiezen voor dit vak. Binnen de gremia, die de onderzoeksgelden verdelen, is het van belang dat zij weten hoe weinig onderbouwd ons vakgebied nog is, en dat veel meer geld moet worden vrijgemaakt voor verder onderzoek. Dit om de Nederlandse ouderenzorg nog verder te verbeteren en goed op de kaart te zetten. Politiek is onderhandelen. Onderhandelen om een plaats te krijgen die nodig is voor een toekomstbestendige ouderenzorg.

Binnen de KNMG zijn we maar een kleintje, maar de inhoud is en blijft goed. Thema's over de toekomstige ouderenzorg staan hoog op de speerpuntenlijst van de KNMG; en terecht. In de onderhandelingen met de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD): om voldoende nieuwe specialisten ouderengeneeskunde te krijgen is het van importantie dat de financiering en de arbeidsvoorwaarden marktconform zijn.

Dat brengt mij eigenlijk tot het punt om nog eens naar de definitie van politiek te kijken: Politiek is de (per defi-

nitie onvolmaakte) wijze waarop in een samenleving de belangentegenstellingen van groepen en individuen tot hun recht komen – meestal op basis van onderhandelingen – op de verschillende bestuurlijke en maatschappelijke niveaus.

Ik denk dat Calimero zijn eierdop ontgroeid is, maar ook in de grote wereld blijven belangentegenstellingen en politiek altijd bestaan. Dus maak van het politieke debat maar een gezellige (!) hobby.



Vergaderzaal Tweede kamer.

Verenso en bewindslieden

Een politicus denkt aan de volgende verkiezing, een staatsman aan de toekomst

Als staatssecretaris moet je breed georiënteerd zijn en heel wat dossierkennis bezitten. Het laat zich raden: de een heeft meer met sport, de ander meer met verstandelijk gehandicapten en weer een ander meer met ouderen. Of je nu Erica, Margo, Clémence, Jet of Marlies heet, het is geen gemakkelijke opgave. Er is een drukke agenda. Er is een oppositie die je graag het vuur aan de schenen legt. Er is een programma van het kabinet. De medewerkers van het ministerie, die er vaak al vele jaren langer zitten dan jij, hebben daardoor veel meer dossierkennis. Ze kunnen je volledig op het verkeerde been zetten (à la Yes, Minister). Zorg dat je een goede relatie met je medewerkers houdt, want voor je het weet dien je een verbetervoorstel in, dat in de regeringsperiode voor jou door de oppositiepartij was ingediend. En dan heb je nog allerlei belanghebbenden, waaronder een beroepsvereniging als Verenso. Daarnaast heb je nog je eigen karakter.

Erica, enthousiast voor alles, met zeer goede contacten met alle belanghebbenden en een warm hart voor alle sportieve en zwakkeren in de samenleving, ontwikkelde het persoonsgebonden budget. Margo moest weer opboksen tegen het joviale karakter van haar voorganger, maar petje af, met haar enorme dossierkennis



Overhandiging publicatie Handleiding Onderlinge Toetsing. Van links naar rechts namens de NVVA: Inge van der Stelt, Ria Severijns, Herman Maassen, Erica Terpstra, voormalig staatssecretaris VWS, Dirk van der Wedden.

liet ze geen steekje vallen en toen zij later in de Sociaal Economische Raad (SER) belandde, kwam van haar in 2008 het SER-advies *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*.

In mijn periode als voorzitter van de NVVA hadden we voornamelijk contact met medewerkers van het ministerie, die goede dossierkennis hadden en empathisch luisterden, maar er altijd bij vertelden dat zij helaas niet over het geld gingen. De verpleeghuisartsen stonden bekend als vredelievend en dus was het voor het ministerie ook veilig vaarwater. Van onze beroepsgroep

hoefde je geen problemen te verwachten, we waren soft. Als er dan overleg was met Clémence, was het altijd met meerdere personen tegelijk en kwam ze ietwat nerveus binnen met wat papieren onder haar arm en begon te vertellen hoe ze in het verleden zelf ooit in een verpleeghuis had gewerkt als verpleeghulp. Na afloop deelden medewerkers van het ministerie haar speech uit. Een speech, die ze zelf niet had besproken en waarvan ik tot op heden ook niet weet of ze hem zelf van te voren had gelezen.

Het was in de periode toen we als NVVA de regio's langs gingen, waar diverse signalen waren dat het niet goed ging met de zorg. De zorg was op diverse plekken ondermaats en op een aantal locaties liepen alle verpleeghuisartsen weg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) had het zoveelste rapport op rij gemaakt; de verpleegkundige zorg in de ouderenzorg gleed steeds verder af. Het IGZ-rapport stond geagendeerd, maar IGZ sloeg niet met de vuist op tafel. De hand die je voedt, sla je niet. Het was de periode om verdere bezuinigingen voorlopig te voorkomen en de functiebehandeling goed neer te zetten. Dit alles was niet mogelijk in dialoog. Dus werd het een uitzending in *NOVA*. De boodschap was duidelijk: verpleeghuisartsen stoppen met hun werk omdat zij niet langer meer kunnen instaan voor de kwaliteit van de zorg. Vervolgens eiste de Tweede Kamer dat de staatssecretaris harder moest

gaan optreden tegen verpleeghuizen die hun patiënten slecht verzorgden.

Er volgden spoeddebatten en de KNMG hielp ons met een lobbyiste. Portefeuille dragers van de oppositiepartijen horen je goed en nemen het ook mee. Portefeuillehouders van regerende partijen verdedigen hun beleid; hoe voorspelbaar.

Gelukkig zit er anno 2012 een staatssecretaris die de portefeuille ouderenzorg goed moet kennen. Hoewel, als het over begrotingen ging, zei Hans van Mierlo 'De begroting is net als een deken in de winter: als de één hem naar zich toe trekt, ligt de ander in de kou'. Het blijft voor Verenso dus gewoon trekken aan de deken.



Voormalig staatssecretaris H.J. Simons.

Ontwikkeling van de sociale geriatrie tot 1997

Vlak voor de Tweede Wereldoorlog was de zorg voor chronisch zieke ouderen op een bedenkelijk laag peil beland. Gemeenten en provincies besloten toen om deze zorg te verbeteren en eisten van de betrokken hulpverleners dat zij richtlijnen zouden opstellen. Artsen zochten elkaar op voor uitwisseling van kennis en het maken van plannen voor een wellicht nieuw vakgebied.

In 1947 werd de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (NVG) opgericht, waarvan naast artsen vooral ook psychologen deel uitmaakten. Nadat enkele artsen in Engeland waren gaan kijken hoe men daar de medische zorg voor ouderen had ontwikkeld, kwam de ontwikkeling van de ouderengeneeskunde en ouderenzorg in een stroomversnelling. De artsen van de NVG wilden erkenning voor het nieuwe vakgebied en richtten in 1961 de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG) op. De betrokken artsen waren internisten, verpleeghuisartsen en huisartsen die deels ook in verpleeghuizen werkten. Maar ook sociaal geneeskundigen, want de visie van de pioniers J.Th.R. Schreuder en R.J. van Zonneveld was, dat de ziekenhuiszorg voor chronische ouderen door een geriater gedaan kon worden en de regionale coördinatie van de zorg voor deze doelgroep door een gespecialiseerd sociaal geneeskundige. Vanuit die gedachte werd gesproken over de sociaal geriatrisch

geneeskundige naast de klinisch geriater. In 1972 was het dan ook het eerste advies van Van Zonneveld aan LAD en KNMG om deze specialismen in de toekomst te erkennen. De klinisch werkende geriater richtten vanaf die tijd hun peilen op de erkenning van hun vakgebied, wat in 1983 geschiedde.

De sociaal geriatrisch geneeskundigen waren zover nog niet. Zij richtten wel een werkgroep sociale geriatrie binnen de NVvG op om te komen tot een erkenning als sociaal geriater. Maar intern en extern was er discussie of die erkenning gezocht moest worden in de curatieve of de preventieve sector. Hierbij speelden de grote veranderingen in de sociale psychiatrie. Querido is degene geweest die de sociale psychiatrie als eerste heeft beschreven. Als sociaal geneeskundige van de Amsterdamse GGD was ook hij aanhanger van het sociaal geneeskundige gedachtegoed. Trimbos was de psychiater die zich ingespannen heeft om aandacht te vragen voor de mens met psychische problemen in diens sociale omgeving.

Door de aandacht die Querido en Trimbos hadden weten te wekken bij de overheid, werd in 1982 besloten de ambulante instellingen onder te brengen in Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg



Rob van Zonneveld, de bedenker van de naam sociale geriatrie en Laurie Boltjes, de eerste geregistreerde sociaal geriater.

(RIAGG). In 1983 werden aparte afdelingen voor ouderen van de RIAGG's opgezet. Door dit overheidsbesluit kwamen geriatrisch werkende artsen uit de sociale geneeskunde en sociale psychiatrie officieel in de curatieve gezondheidszorg terecht. Op de preventieafdelingen van de RIAGG's kwamen geen artsen, maar vooral psychologen te werken. In het Besluit erkenningsnormen en -voorwaarden voor RIAGG's (1984) werd een wettelijke basis gegeven aan deze vorm van ouderenzorg. De bejaarden werden inhoudelijk en organisatorisch een aparte doelgroep genoemd. De RIAGG-afdeling ouderenzorg was de eerste jaren de snelst groeiende

afdeling en is nu niet meer weg te denken uit het werkveld van de Ambulant Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ). Parallel aan deze RIAGG-differentiatie werden de gemeentelijke indicatiecommissies opgericht. Het fundament van deze indicatiecommissies werd gelegd door de wettelijke aanwijzing in de Wet op de Bejaardenoorden, die stelde dat er een geriatrisch deskundig arts in de gemeentelijke indicatiecommissies moest participeren. De sociale geriatrie heeft zich tegen deze achtergrond ontwikkeld. Het is een synthese tussen de werkwijze van de ouderenafdelingen in de AGGZ en die van de indicatiecommissies.

In 1991 richtte de NVvG een register op voor Sociaal Geriatrisch Geneeskundigen waarin artsen werden ingeschreven die aan specifieke cursorische opleidingseisen, werkervaring en een proeve van wetenschappelijke bekwaamheid hadden voldaan. In 1995 besloot de NVvG om zich op te heffen ten behoeve van twee nieuwe verenigingen: de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie (NVKG) en de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie (NVSG). De NVKG had als belangrijkste speerpunt de verspreiding van de klinische geriatrie in de algemene en academische ziekenhuizen en de NVSG de erkenning als medisch specialist. Separaat konden zij slagvaardiger verder.

Ontwikkeling van de sociale geriatrie vanaf 1997

Pas in 1997 besloot de NVSG om de tien jaar eerder gestarte gesprekken met het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) stop te zetten en zelfstandige erkenning aan te vragen bij het College voor Huisarts- en Verpleeghuisartsengeneeskunde (CHVG). Met het oog daarop werd aan de Vrije Universiteit (VU) een eigenstandige verkorte opleiding tot sociaal geriater opgezet. Het hoofd van de opleiding, Frank Hoek, speelde hierin een cruciale rol waardoor de nieuwe opleiding een vliegende start kende in 1998. De opleidingsduur was twee jaar, maar leidde nog niet direct tot inschrijving in een

officieel specialistenregister. Daarom bleef het verenigingsregister van Sociaal Geriatrisch Geneeskundigen voortbestaan met een College van Deskundigen (CVD) dat de aanvragen en herregistratieverzoeken beoordeelde.

In die tijd kwam de extramuralisering van de verpleeghuizen op gang en gingen sociaal geriateren door fusies van RIAGG's en psychiatrische ziekenhuizen ook klinisch en transmuraal werken. Ook stootten psychiatrische ziekenhuizen geleidelijk hun woonfunctie af, waardoor hele paviljoens van ouderenpsychiatrie overgedragen werden aan verpleeghuizen. De verpleeghuisarts bemerkte een gebrek aan psychiatrische kennis en sociaal geriateren bemerkten een gebrek aan bekwaamheid met betrekking tot chronisch somatische aandoeningen bij ouderen. Hierdoor kwamen de sociaal geriateren en de verpleeghuisartsen elkaar plots tegen op de werkvloer en op bijscholingen. Enkele sociaal geriateren kwamen op psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen te werken en evenzo kwamen verpleeghuisartsen vaker op de ouderenafdeling van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te werken.

Dit ontging de beide beroepsverenigingen, de NVSG en de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen



(NVVA) niet. Maar ook de CHVG was dit niet ontgaan en daarom wees het college de erkenningsaanvraag voor het specialisme sociale geriatricie in 2001 uiteindelijk af, omdat men meende dat er overlap was ontstaan met het reeds bestaande specialisme verpleeghuisgeneeskunde. Vanuit praktijkoverwegingen spraken de besturen van de NVVA en de NVSG de intentie uit om de mogelijkheden van inhoudelijke en bestuurlijke samenwerking te onderzoeken.

De leden van beide beroepsverenigingen stemden in met de verkenning en kwamen snel tot de conclusie dat het takenpakket van beide artsendgroepen grote overeenkomsten kende. De opleiding van sociaal geriater aan de VU was immers ook gebaseerd op die van de verpleeghuisartsen aan dezelfde universiteit. In 2002 werd een nieuw gezamenlijk takenpakket vastgesteld en konden de besturen aan de slag met de voorbereidingen voor een eventuele fusie van de beroepsgroepen. Er kwam een nieuwe driejarige opleiding tot verpleeghuisarts en de jonge opleiding tot sociaal geriater ging daarin op. In 2006 fuseerden de beroepsgroepen en hield de NVSG op te bestaan. Bij haar opheffingssymposium werd als nalatenschap het *Handboek Sociale Geriatricie* gepresenteerd.

Onder de werktitel 'algemeen geriater' ging de beroepsgroep aanvankelijk verder en werden de meeste sociaal geriateren lid van de NVVA, die haar naam verlengde tot Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriateren. Omdat de NVVA het register van sociaal



Uitreiking van het handboek door de redacteuren aan de voorzitter van de NVVA (april 2006).

geriatricisch geneeskundigen niet zou overnemen, werd notarieel het register publieksrechtelijk gedeponneerd onder de naam Geriopterix, register van sociaal geriateren, dat anno 2012 nog bestaat en de herregistraties van zittende sociaal geriateren op professionele wijze afhandelt. Dit gesloten register wordt door pensionering van sociaal geriateren, zoals beoogd, met het jaar kleiner.

De naam algemeen geriater stuitte echter op verzet van de klinisch geriateren; dit verzet zou jaren duren, ondanks vele gesprekken hierover. Ook de KNMG mengde zich in de discussie en in 2009 werd de naam specialist ouderengeneeskunde – naar analogie van de specialist kindergeneeskunde – door alle partijen akkoord bevonden. De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriateren, wijzigde de naam vervolgens in Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde.

Takenpakket

Een einde en een begin

Onder de noemer 'een einde en een begin' werd in 2003 de *Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater* gepresenteerd. Het betekende de bevestiging van een groeiende praktijk en het begin van een nieuwe na te streven norm. Belangrijk in de ogen van de opstellers was dat de verpleeghuisarts, die zich van oorsprong vooral op de medische zorg binnen het verpleeghuis richtte, steeds meer transmuraal ging werken op het gebied van dagbehandeling, substitutieprojecten en consultatie. De verpleeghuisarts werd in toenemende mate verantwoordelijk voor patiënten in het verzorgingshuis, thuis en in het ziekenhuis.

De nota was een logisch vervolg op de in 1989 gestarte opleiding, de officiële erkenning in 1990, de in 1992 verschenen *Nota Functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts* en het in 2000 opgestelde *Beroepsprofiel verpleeghuisarts*. De nota richtte zich niet alleen op de verpleeghuisarts. Ook de sociaal geriater werd hiermee aangesproken. Het takenpakket ontleende vele methoden en kwaliteitscriteria aan de sociale geriatricie, zoals vastgelegd in het *Protocol psycho-organische stoornissen en de taak van de sociaal geriater* uit 1995, *Vervolgopleiding sociaal geriater* uit 1996 en *Kwaliteitscriteria voor de beroepsuitoefening van artsen werkzaam in de sociale geriatricie* uit 1997.



Arts en patiënt.

Het oude takenpakket uit 1992 was dus gedateerd. Het nieuwe takenpakket moest bijdragen aan de herkenbaarheid van het vak, richting geven aan de dagelijkse praktijk, een leidraad zijn bij de ontwikkeling van richtlijnen, richting geven aan de opleiding, en ondersteunend zijn voor de positie van verpleeghuisarts en sociaal geriater. Termen die bepalend zijn voor de taken zijn: zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. Het gaat om taken, kennis en vaardigheden en de rol van de hoofdbehandelaar, de medebehandelaar en de consultant.

Een kernformulering van het takenpakket is: 'De doelgroep voor de beroepsgroep van verpleeghuisartsen en sociaal geriateren zijn de kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe problemen en met één of meer aandoeningen, ongeacht de plek waar ze verblijven.'

Daarbij is de benadering primair probleemgericht en niet ziektegericht teneinde de mogelijkheden voor functionele autonomie en kwaliteit van leven te optimaliseren.'

Tussen 2003 en 2012 was er wel wat te doen rond het takenpakket. Met name het accent op de verschuiving van de aandacht van het verpleeghuis naar de thuis-situatie bracht de tongen binnen de beroepsgroep in beweging. 'De doelgroep die twintig jaar geleden in het verpleeghuis zat, zit nu in het verzorgingshuis of thuis. Dus moeten we onze doelgroep achterna gaan', zei Mieke Draijer, specialist ouderengeneeskunde en voorzitter van Verenso in 2010.

Peter Holland, voorzitter van de KNMG, signaleerde in 2008 het volgende: 'De kloof die zowel in de eerste lijn als in het verpleeghuis bestaat tussen enerzijds de verzorgenden en anderzijds de huisarts en verpleeghuisarts. Gevolg daarvan is dat huisartsen en verpleeghuisartsen in de ouderenzorg met oneigenlijke taken worden opgezadeld. De signaleringsfunctie (moet er een arts bij worden geroepen) en coördinatiefunctie worden onvoldoende ingevuld, vanwege een kwantitatief gebrek aan gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden.'

Het *Algemeen Dagblad* schreef in augustus 2011: 'Nederlandse verpleeghuizen kampen met een groot tekort aan gespecialiseerde artsen. Daardoor worden lang niet alle ouderen goed behandeld en worden ziektes en aandoeningen veel te laat ontdekt. Nederland telt 350 verpleeghuizen en 1500 specialisten ouderengeneeskunde, die tot voor kort verpleeghuisartsen werden genoemd. Op dit moment zijn er 180 verpleeghuisartsen te wei-

nig. De opleiding tot medisch specialist ouderengeneeskunde is weinig populair; in plaats van de benodigde 327 studenten tellen de opleidingen er dit jaar 220.'

De tijd staat niet stil. Bij het opstellen van het takenpakket werd al opgemerkt dat regelmatige bijstelling noodzakelijk is. De toenemende levensverwachting, de aandacht voor de kwaliteit van leven voor de patiënt, het terugdringen van de institutionalisering, het leggen van meer nadruk op samenwerking met huisarts en medisch specialist en ketenzorg, vragen allemaal om aanpassingen in het takenpakket.

In 2012 verscheen *Het beroepsprofiel en competenties van de specialist ouderengeneeskunde*. Hierin wordt meer dan ooit het accent gelegd op de specifieke competenties van de specialist ouderengeneeskunde en waarin deze zich onderscheidt van de huisarts en de medisch specialist. Of, zoals Rini Eringfeld, specialist ouderengeneeskunde bij de Zorgboog stelt: 'Ik wist al



Arts en patiënt.

heel jong dat ik arts wilde worden. De beslissing om specialist ouderengeneeskunde te worden, maakte ik omdat ik graag op een breed terrein wilde werken aan de gezondheid van mensen. Het is een complex vak waar je veel kennis voor nodig hebt.'

Identiteit, verzuiling en thematisering van de werkplek



Symboliek verzuiling.

Verzuiling is een sociologisch begrip, waarmee wordt bedoeld op de verticale structuur in de samenleving, gebaseerd op één of meer levensbeschouwelijke karakteristieken. Het doel van verzuiling is het bijhouden bij grote verdeeldheid. Dit begon al in de 19e eeuw door de emancipatie van de rooms-katholieken en gereformeerden. In het begin van de 20e eeuw verliep ook de ontwikkeling van de moderne gezondheidszorg voor het grootste deel langs verzuilde lijnen.

Het is niet goed mogelijk zuilen strikt te definiëren. In ieder geval kunnen een protestants-christelijke, een rooms-katholieke en een socialistische zuil worden onderscheiden. Er is echter ook een meer algemene zuil waar te nemen. De eerste tekenen van afbrokkeling werden zichtbaar in de jaren vanaf 1950. Anno 2006 is de verzuiling zo goed als verdwenen, hoewel er nog een aantal restanten is overgebleven.

In het verleden waren er gereformeerde en socialistische rusthuizen, joodse en protestants-christelijk ziekenhuizen, en humanistische en antroposofische herstellingsoorden. Het personeel hoorde automatisch thuis bij de instelling van hun eigen kleur. Hun levensbeschouwelijke identiteit paste als vanzelf bij de instelling waar zij werkten. Dat was tegelijk hun kracht, maar ook

hun zwakte. Hun kracht was een sterke profilering van de identiteit en hun zwakte was dat zij deze niet zelf hoefden te profileren. Dit laatste deed de instelling als zodanig. Zoals hiervoor al aangegeven, heeft deze situatie haar vanzelfsprekendheid verloren.

Enkele oorzaken hiervoor zijn:

- Secularisering: door samenwerkingsverbanden en fusies is de identiteit verwaterd of verdwenen.
- Regionalisering: er wordt aan de inwoners van de gehele regio zorg geboden.
- Transmuralisering: de zorgverlening gaat meer en meer over de muren van de instellingen heen.
- Fragmentatie: zorgverlening wordt steeds meer gezien als het aanbieden van een pakket diensten dat men onafhankelijk van zorgverlener en zorgrelatie kan aanbieden.
- Professionalisering: professionele zorgverlening komt neer op het toepassen van (theoretische) kennis en leidt uiteindelijk tot het uitvoeren van gecontracteerde zorg.

De balans is momenteel zo, dat de zorgverlening is versnipperd en dat levensbeschouwelijke identiteit diffuser is geworden. Identiteit wordt dan ook steeds meer gekoppeld aan individuele personen. Deze verenigen zich in identiteitsgebonden netwerken.

Er is nog een aantal voorbeelden van identiteitsgebonden instellingen overgebleven. Dit zijn onder andere: Het Rosa Spierhuis voor kunstenaars en wetenschappers, Felixoord voor vegetariërs, Antroz, gebaseerd op inspiratie vanuit de antroposofie en Salem, Norschoten en De Wijngaard, gebaseerd op de Bijbel en de belijdenisgeschriften. Deze laatste drie huizen hebben een prolife standpunt.

Deze verpleeghuizen zijn gebaseerd op een godsdienst, ideologie of filosofie, die de grondgedachte vormt zoals hiervoor aangegeven. Hierdoor ontstaat een samenbindend karakter met daarbij een normering voor gedrag.

De afgelopen jaren wordt het verpleeghuis echter steeds meer gepositioneerd als een integraal onderdeel van een zorgketen, waarbij op geleide van de zorgvraag een arrangement plaatsvindt. Dit staat los van de verblijfscontext waarin zich de zorgvrager bevindt.

Het verpleeghuis in haar traditionele vorm verdampt, maar de verworven expertise op het gebied van behandeling groeit uit tot een kernexpertise in de ouderenzorg. Het management van verpleeghuisorganisaties

moet deze expertise goed op de markt zien te brengen. De ontkoppeling van zorg en verblijf dwingt de zorgaanbieders verder om nieuwe behandelmogelijkheden te ontwikkelen in uiteenlopende verblijfscontexten. Zij kunnen hierbij ook gebruikmaken van nieuwe mogelijkheden op het vlak van zorgtechnologie. Een instelling kan de specifieke identiteit/filosofie ook regionaal en landelijk aanbieden als specifiek product.

De mate en de snelheid waarin dit alles realiseerbaar is, hangt af van lokale omstandigheden en concurrerende krachten. Hiermee is dus gezegd dat er weer nieuwe kansen ontstaan, die we zeker moeten benutten.



Rosa Spier.

Het tijdschrift



Al vroeg in het bestaan van de NVVA, de voorloper van Verenso, fungeerde de Vox Hospitii als mededelingenblad voor de leden verpleeghuisartsen. Elke uitgave bestond uit een aantal eenzijdig bedrukte gestencilde A-viertjes, bijeengehouden door een nietje aan de linkerbovenzijde. De Vox verscheen aanvankelijk onregelmatig. Daar moest verandering in komen. Pogingen om samen te gaan met het toenmalige Tijdschrift voor Gerontologie, het huidige Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (TGG), waren op niets uitgelopen. De reden daarvan was dat de redactie van dit tijdschrift niet van zins was aan de eis van het NVVA-bestuur te voldoen, om de naam verpleeghuisgeneeskunde op de omslag te vermelden.

In 1982 werd door het NVVA-bestuur een redactiecommissie ingesteld met als een van de taken zorg dragen voor een regelmatige verschijning. Vanaf 1983 werd de Vox het Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde (TVV) met een driemaandelijks verschijning. De redactie stelde zich ten doel *'het opnemen van artikelen die betrekking hebben op de verpleeghuisgeneeskunde in al haar facetten'*. Daarbij was het van belang een juiste balans te bewaken tussen de publicatie van vakgerichte artikelen enerzijds en belangrijke informatie vanuit alle geledingen van de vereniging anderzijds.

De eerste hoofdartikelen in de vernieuwde Vox handel-

den onder meer over de rol van 'De psycholoog in het verpleeghuis' en ook toen al over 'De verpleeghuisarts in het verzorgingstehuis' en 'Samenwerking tussen verpleeghuisarts en huisarts'. Naast vakinhoudelijke medische onderwerpen als de ziekte van Parkinson, het korsakovsyndroom, CVA, hyperparathyreoïdie, hart-ritme- en geleidingsstoornissen, was er ook aandacht voor aspecten als de verschillende categorieën van verpleeghuispatiënten, de plaats van het verpleeghuis en de verpleeghuisarts 'in een turbulente omgeving', de methode van werken en het multidisciplinaire team. Het eerste themanummer verscheen in 1987 en was gewijd aan dementie.

Met een nieuwe cover werd in het septembernummer van 1989 met trots melding gemaakt van de erkenning van de verpleeghuisgeneeskunde als volwaardige geneeskundige discipline. Parallel aan de vakontwikkeling als gevolg van de universitaire inbedding nam het wetenschappelijk gehalte van artikelen in de Vox toe. Vanaf 1994 verscheen er jaarlijks een extra tijdschriftnummer ter gelegenheid van het NVVA-jaarcongres. Twee decennia na het verschijnen van de eerste Vox Hospitii beschouwde in 1996 de toenmalige redactie die naam als anachronistisch en besloot om voortaan de naam 'Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde (TVV)' te voeren. 'Vox Hospitii' bleef echter, zij het wat minder prominent, op de omslag staan.

Het Redactioneel van het meinumner van 1997 besloot, refererend aan het 25-jarig bestaan van de NVVA, met de woorden dat het tijdschrift *'na de fase van bewezen levensvatbaarheid een afspiegeling moet gaan worden van de dynamische vitaliteit van ons vak en haar enthousiaste beoefenaars'*. In diezelfde tijd stond echter het voortbestaan van het tijdschrift ter discussie. Er waren problemen over financiering en productie. Met de overstap naar een andere uitgever, die proactief zou gaan zorgen voor advertentie-acquisitie, was het tijdschrift echter gered. Niet veel later werd vanuit de redactie van het TGG actie ondernomen om de mogelijkheden tot samengaan met het TvV te verkennen. Ook het TGG had te maken gekregen met overlevingsproblemen. De TvV-redactie en het NVVA-bestuur stonden echter op het standpunt dat de NVVA een eigen verenigingsblad behoefde. In hoeverre oude pijn bij deze standpuntbepaling een rol speelde, laat zich raden.

In de loop van de volgende jaren nam het aanbod en de diversiteit van manuscripten toe en daarmee ook het

aantal pagina's van de tijdschriftnummers. Met ingang van 2005 onderging het tijdschrift opnieuw een verandering van vormgeving en indeling. Er werden nieuwe rubrieken als 'Gesignaleerd', 'Kennistoets' en '5 vragen aan...' geïntroduceerd. Het tijdschrift verscheen vanaf die tijd inclusief het congresnummer zes keer per jaar. Nadat de beroepsgroep en de vereniging een naamswijziging ondergingen, ging vanaf het najaar 2009 ook het tijdschrift verder onder de nieuwe naam 'Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO)'. Met deze verandering verdween de naam 'Vox Hopitii' definitief van de omslag.

Verenso-bestuur en Raad van Toezicht onderschreven in het voorjaar van 2012 de visie dat het tijdschrift voor de beroepsgroep een waardevolle rol vervulde. De eerder ingezette koers met de gevarieerde inhoud van zowel onderzoeks- als praktijkartikelen, casusbesprekingen, vaste rubrieken en verenigingsnieuws, en het regelmatig uitbrengen van themanummers diende gecontinueerd te worden.



Belevingsgericht wonen in woonzorgcentra



Anton Pieckhofje.



Nieuw Toutenburg.

Van koude naar warme zorg

In de jaren dat de huidige verpleeghuisbewoners geboren werden, was de zorg voor chronisch zieken, en vooral dementerenden, ronduit erbarmelijk. Weinig van de huidige bewoners kenden als kind een eigen slaapkamer of douche, laat staan centrale verwarming. De toen bestaande verpleeghuizen waren bouwkundig vaak een mengeling van algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Afdelingen of paviljoenen met grote slaapzalen, lange gangen en huiskamers. Dokters in het wit, verpleging in het wit of blauw. Het beleid was een kopie van het ziekenhuis, men kende niet anders. De opleiding tot ziekenverzorger moest nog worden uitgevonden.

In de jaren dat psychogeriatrische verpleeghuizen of afdelingen ontstonden, was er geen eenduidigheid over wat dementie nu precies was. Laat staan hoe je daar goed mee moest omgaan. Er was grote invloed vanuit de psychiatrie met hun opvattingen over geestelijk gestoorde bejaarden. De psychiatrie, die in de jaren zestig en zeventig helemaal in het teken stond van allerlei ontdekte medicaties die werkzaam waren bij gedragsstoornissen. De gevolgen van de hersenatrofie moest je zo goed mogelijk begeleiden, want uiteindelijk verdwenen de gedragsstoornissen in de loop van het ziekteproces

vanzelf. Verpleeghuisartsen (veelal oud-huisartsen) en psychologen zagen dementie echter vooral als ouderdomsziekte. Men geloofde in de mogelijkheden om dit ziekteproces en de verschijnselen ervan positief te beïnvloeden. Een van de mogelijkheden was de Realiteits Oriëntatie Training (ROT), waarvoor handleidingen werden geschreven. Systematisch werden dementerenden geconfronteerd met de realiteit van elke dag, welke dag, welke tijd enzovoort. Ook probeerde men het verloop of verbeteringen vast te leggen. Een van die methodes was de BOP-score (Beoordeling Oudere Patiënt). Uiteraard waren er mensen die vraagtekens zetten bij deze benaderingswijze. Er ontstond een stroming van mensen die de dementerende niet wilden afschrijven, maar ook niet geloofden in het twintig keer per dag zeggen, dat hun moeder echt al overleden was. Maar hoe dan wel?

In Friesland werd Nieuw Toutenburg als eerste verpleeghuis met een loopcircuit gebouwd. Men geloofde in beweging en dat elke hoek van de gang voor de dementerende een nieuwe ontdekking betekende. Bovendien zou de dementerende voldoende moe worden om goed te kunnen slapen. Bij het Anton Pieckhofje van Hans Houweling ging men uit van zoveel mogelijk behoud van het gewone dagritme en de gewoonten van de demen-

terenden. Behoud van eigen autonomie en bij voorkeur geen psychofarmaca waren belangrijke uitgangspunten. Acceptatie van gestoord gedrag, en niet de confrontatie en geen medicatie, was een onderdeel van zijn concept van warme zorg. Er werden dus aardappels geschild, boontjes gedopt en er werd gebreid. Ook geloofde de psycholoog Bére Miessen in een aansluiting van zorg bij de beleving van de dementerende van dat moment. Uit Amerika kwam Naomi Feil voor volle zalen haar ideeën over *validation* vertellen. Er diende waarde gehecht te worden aan verbaal en non-verbaal gedrag van dementerenden. Handleidingen werden geschreven over hoe je de techniek van validation, ofwel het waarderen van het gedrag van dementerenden kon vormgeven.



Slaapzaal Amstelhof 19e eeuw.



Recreatiezaal 21e eeuw.

Veel van de hiervoor genoemde ontwikkelingen werden samengebracht in geïntegreerde, belevingsgerichte zorg. Cora van de Kooy promoveerde op een onderzoek naar het invoeren van deze zorg met als titel *Gewoon lief zijn?*. Zij stelde dat gewoon lief zijn tekortschiet in de zorg voor dementerenden. Het verzorgen van iemand met dementie vraagt op deskundige wijze steeds weer afstemming van de zorg op zijn werkelijkheid en behoeften.

In de praktijk van vandaag zie je nog veel elementen uit de hier beschreven ontwikkelingen. Mensen met gestoord gedrag door dementie worden nog vastgezet, krijgen psychofarmaca en worden nog als gedragsgestoorde personen gezien. Maar gelukkig zien we steeds meer vormen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg, zeker bij en in de ontwikkelingen van kleinschalig wonen. En voor mensen die nog op zoek zijn naar de juiste wijze een tip: duik eens in de stapel literatuur.

Patiëntencategorieën

Als verpleeghuis heb je de maatschappelijke verplichting geïndiceerde mensen op te nemen. Ten opzichte van deze mensen geldt een opdracht hen zo goed mogelijk te huisvesten. En met betrekking tot het personeel is er de opdracht om voorwaarden te creëren om 'goede' zorg te kunnen verlenen. Hoe gingen de zorgorganisaties om met deze soms tegenstrijdige doelen?

De verdeling van somatiek en psychogeriatricie in de verpleeghuiswereld is nu algemeen bekend. Binnen deze hoofdverdeling kent het hedendaagse verpleeghuis de volgende functies: revalidatiereactivering, langdurige zorg (behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging), terminale zorg, observatie en diagnostiek, consultatie en advies, tijdelijke opvang en crisisopvang.

Hoe was dat in het begin en welke aspecten hebben bij de patiëntendifferentië een rol gespeeld? De eerste verpleeghuizen, vaak gevestigd in een oud herenhuis, waren vooral somatisch. Dat kwam vooral door het feit dat het ziekenfonds de helft van de dagprijs (ongeveer vijftien gulden!) voor maximaal drie maanden vergoedde. Een uitzondering hierop was het verpleeghuis Nieuw Toutenburg in Friesland, dat in 1959 zijn deuren opende en in 1963 een eigen arts, Henk ter Haar, aanstelde. Dit was het eerste psychogeriatriche verpleeghuis. Er werd overigens bij dementie nog weinig over psychogeriatricie gesproken. Mensen met

dementie waren geestelijk gestoorde bejaarden (GGB), die als GGB-patiënten in de psychiatrie thuishoorden. Voorvechters voor een andere benadering, zoals Henk ter Haar, hebben een enorme verandering teweeggebracht. Het blijft de vraag of dit zonder de invoering van de AWBZ ook gelukt was.

De AWBZ, die in 1968 in werking trad, stelde dat 'patiënten recht hebben op voorzieningen ter voorziening van hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging, daaronder begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter verbetering van hun levensomstandigheden'. Om gebruik van dit recht te kunnen maken, diende er wel een medische noodzaak (AWBZ-indicatie) te bestaan. Wanneer iemand ernstige symptomen van dementie vertoonde, werd in het algemeen een AWBZ-indicatie aanwezig geacht. De opnamestroom van mensen met dementie verplaatste zich van de psychiatrie naar de verpleeghuizen, waarvoor aparte afdelingen of instellingen werden gebouwd.

Daarmee was de nu bekende onderverdeling in somatiek en psychogeriatricie een feit. Binnen deze groepen werd door verpleeghuisorganisaties op diverse wijzen verder gedifferentieerd. Soms op grond van leefstijl, soms op grond van ziektefase. Want al die nieuwe verpleeghuizen hadden nauwelijks eenpersoonskamers en opgenomen mensen kwamen dus langdurig bij elkaar te liggen.



Sfeerimpressie 'warme zorg'.

Vanuit de bewoneroptiek werd binnen de somatiek geleidelijk de onderverdeling tussen langdurig verblijf, revalidatie en terminale zorg een feit. Voor de psychogeriatric was de familie veelal de drijfveer voor verdere differentiatie. Het schrik-effect bij een kennismakingsbezoek op een huiskamer met een tiental diep demente mensen was groot. Een ander aspect was het al dan niet hebben van gedragstoornissen. In een aantal gevallen was er

reden om zorg voor een bijzondere doelgroep te ontwikkelen. De zorgproblematiek van bijvoorbeeld doofblinden, mensen met de ziekte van Korsakov, of de ziekte van Huntington zorgde voor een eigenstandige patiëntendifferentiatie binnen een bestaand verpleeghuis.

De ontwikkeling van de speciale zorg voor mensen met de ziekte van Huntington kende een heel bijzondere voorgeschiedenis. Het was de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg (!), die aandrang op de ontwikkeling van speciale units voor mensen met deze ziekte en wel in Beekbergen en Katwijk. In beide plaatsen stond een verpleeghuis, waarvan de medisch directeur een psychiater was. Mensen met de ziekte van Huntington vertoonden naast psychiatrische symptomen ook ernstige lichamelijke verschijnselen. Zij kwamen naar het oordeel van de Inspectie op somatisch gebied ernstig tekort in het psychiatrisch ziekenhuis. Zowel in Beekbergen als in Katwijk werd de speciale zorg ontwikkeld, waarna later een aantal andere verpleeghuizen volgden.

Multidisciplinair werken, CSLM-zorg



Arts en verpleegkundige.

Vanzelfsprekendheden zijn oorspronkelijke ideeën die door herhaling en acceptatie algemeen aanvaard zijn. Zo is multidisciplinair werken in een verpleeghuis vandaag de dag vanzelfsprekend en het lijkt erop, dat het nooit anders is geweest. Maar niets is minder waar. Jos Schols vergeleek in zijn oratie het huidige verpleeghuis met buitenlandse *nursing homes*. Nursing homes verlenen zorg, die erg veel lijkt op de zorg in bejaardenoord en vorige eeuw. De zorg is vooral gericht op de ondersteuning van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) door verpleegkundigen. In dat kader is het boeiend te vermelden, dat ouderen voor opname in een bejaardenoord tot in de jaren zeventig medisch gekeurd werden. Men diende een redelijke zelfstandigheid te hebben en niet (te) dement te zijn. Dat aspect gold niet voor de verpleeghuizen rond de jaren zestig. Voor medische behandeling van een opgenomen patiënt werd een huisarts ingeschakeld.

Vanaf de jaren zestig kwam daar verandering in, mede door de invoering van de AWBZ. Met de invoering van deze wet kwam er een erkennings- en vergoedingsstelsel voor verpleeghuizen. Daarin werden de kwaliteiten en kwantiteiten van het noodzakelijke personeel in verpleeghuizen benoemd. De huidige samenstelling van het medisch/paramedisch personeel is daar nog op gebaseerd. Deels door deze regelgeving en deels door behoefte vanuit de nieuwe verpleeghuizen, kwamen er

artsen in dienst naast het verplegend personeel. Maar ook activiteitenbegeleiders, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers, psychologen en diëtisten raakten meer en meer gewoon in het verpleeghuis. Veel van deze professionals waren opgeleid in het ziekenhuis en waren het instructiemodel van de specialist gewend, zeker in de jaren zeventig. Er ontstond echter een grote behoefte om zich te onderscheiden van ziekenhuiszorg en bejaardenzorg.

Zo ontstond de term CSLM-zorg als omschrijving van de kenmerken van verpleeghuiszorg. CSLM-zorg staat voor continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg. Het continue en langdurige hing samen met de aard van de complexe ziektebeelden waarmee mensen werden opgenomen. Er verschenen veel publicaties over de wijze waarop verpleeghuisorganisaties vorm moesten geven aan multidisciplinaire samenwerking. Want zoals gezegd, dit idee was voor veel professionals niet vanzelfsprekend. In de praktijk was er een flinke drempel om patiëntgegevens met elkaar te delen en de eigen inzet op anderen af te stemmen. Want het alleen rond de tafel brengen van een aantal disciplines en het aanwijzen van een voorzitter kon moeilijk multidisciplinaire zorg worden genoemd. Nee, het ging om het samen vaststellen van de zorgproblemen en het vervolgens samen bespreken van welke disciplines het best geëquipeerd waren om de zorgproblemen op te lossen. Na vele uren overleg en



Een multidisciplinair overleg (MDO).

het slechten van veel territoria in de jaren zeventig en tachtig, ontstond een zorgvorm die zijn bestaan absoluut heeft bewezen. Het idee is vanzelfsprekend geworden. Maar helaas is CLSM-zorg inmiddels niet meer onderscheidend voor verpleeghuiszorg. Als je de advertenties mag geloven, kent nu bijna elke tak van sport binnen de gezondheidszorg een multidisciplinaire aanpak, van GGz tot oncologie.

In de afgelopen jaren is weinig aandacht besteed aan de nadelen, die kunnen kleven aan multidisciplinaire zorg.

Het multidisciplinaire team kan vertragend werken in de besluitvorming, omdat alles eerst besproken moet worden. Ook kan het betekenen dat professionals hun eigen verantwoordelijkheid niet meer nemen. Patiënten en hun familie krijgen nogal eens te horen, dat 'het' team beslist. En zelfs als zij als patiënt of familie deel uitmaken van dat team, is het maar de vraag of dit recht doet aan hun afhankelijke positie. Wellicht is het supermarktmodel de volgende stap. De verpleeghuisorganisatie biedt aan en de patiënt of diens vertegenwoordiger bepaalt, ook al gruwelen de professionals soms van deze keuze.

Van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde

Een geschiedenis

In de middeleeuwen had men al oorden voor chronisch zieken, namelijk de kloosters met hun kloostergeneeskunde. Deze vorm van geneeskunde was voornamelijk charitatief. Men leverde zorg, veiligheid en kennis, al ging dit voornamelijk via de kruidentuin. Voorbeelden hiervan zijn de leprozerieën die ontstonden omdat lepra een chronische aandoening was die specifieke zorg vereiste. Later in de middeleeuwen ontwikkelden deze zich, tijdens de pestuitbraak, tot pesthuizen. Opvallend is dat juist dit soort huizen later werden omgebouwd tot ziekenhuizen met aparte afdelingen als het dolhuis, weeshuis en verpleeghuis. Wie er zorg gaf was erg wisselend en situatieafhankelijk. In 1865 werd het artsexamen ingevoerd en was het specifiek aan deze doelgroep voorbehouden de geneeskunde te bedrijven.

Na de Tweede Wereldoorlog ontstond er een groei van verpleeghuizen waarin men zich richtte op de opvang van chronisch zieken, uitbehandelde ziekenhuispatiënten en revalidatiepatiënten. Ook kwamen er meer ouderen en nam de overheid steeds meer een rol op zich; de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) startte in 1968. Er ontstond steeds meer institutionalisering (minimaal 100 bedden in verband met de financiering en

kwaliteit), professionalisering in de zorg, met in 1957 de oprichting van de Vereniging van Verpleegthuizen en in 1960 de start van de opleiding voor ziekenverzorgenden, en er ontstond specialisatie in behandeling. In november 1972 werd de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) opgericht. De vereniging kreeg een eigen tijdschrift en ontwikkelde programma's voor kwaliteitsverbetering en scholing.

Toch waren er nog veel basisartsen werkzaam in verpleeghuizen en in 1980 startte pas de opleiding tot verpleeghuisarts. Deze opleiding was verbonden aan de afdeling sociale geneeskunde van de Universiteit van Utrecht. Ook veel huisartsen 'bekeerden' zich tot het verpleeghuisartsenvak om allerlei, voor hen, motiverende redenen. Pas in 1989 wordt het specialisme verpleeghuisarts erkend, komt er een aparte opleiding en vormt men samen met de huisartsen één register. Ook komt er steeds meer wetenschappelijk onderzoek op gang.

Was het aanvankelijk nog zo dat er in de verpleeghuizen klachtgericht werd gewerkt, men had toch vrij snel in de gaten dat er méér disciplines bij nodig waren, dat er vooruitgekeken moest worden, en dat er systematisch gewerkt kon worden. Als vanzelfsprekend was er vanuit de verpleeghuisartsen enige invloed op het management

met betrekking tot zorg en behandeling. Het begrip CLSM (continue, langdurige, systematische, multidisciplinaire zorg) deed zijn intrede. De verpleeghuisgeneeskunde kijkt niet alleen klachtgericht maar ook naar de totale persoon in zijn omgeving. Dit gebeurt cyclisch (bijvoorbeeld elk half jaar), samen met alle disciplines die bij de patiënt betrokken zijn (zorgplan). Het gaat vaak over complexe problematiek bij veelal geriatrische patiënten met somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen. Maar ook over jongeren en revalidanten of specifieke doelgroepen, zoals jong dementerenden, of dementerenden met gedragsstoornissen.

Misschien wordt het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts wel het meest gekarakteriseerd door hetgeen op de erepenning van de NVVA staat: 'Geneeskunst is soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten'. Vanuit de NVVA kwam er een kwaliteitssysteem, onder andere door onderlinge toetsing, accreditatie, richtlijnen en standaarden. Maar ook ontstond er steeds meer samenwerking met andere beroepsgroepen wat resulteerde in steeds meer multidisciplinaire richtlijnen en toetreding tot de KNMG. De verpleeghuisarts ging steeds meer naar buiten voor consulten op verzoek van de huisarts, voor consulten in ziekenhuizen, of om mee te werken aan poliklinieken als het Geriatrisch Centrum of de Geheugen polikliniek. Naast de in het verpleeghuis opgenomen patiënten, zien zij steeds

vaker ook de patiënten met een verpleeghuisindicatie in het verzorgingshuis, of patiënten die nog thuis kunnen wonen maar toch enkele dagen per week opgevangen, dan wel bekeken dienen te worden (dagbehandeling).

Onder andere door samenwerking met de sociaal geriaters was er behoefte aan een nieuwe naam. Uiteindelijk werd dit, na een belangrijke rol van de KNMG, specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde zal in de toekomst meer gaan werken voor de zorgverzekeringswet, meer voor de patiënten thuis, in het ziekenhuis of in het verzorgingshuis, maar natuurlijk ook in het verpleeghuis of in de verpleeghuiszorg in de wijk.



Bezoek van arts aan patiënt in verzorgingshuis.

Ontwikkelingen in het werkveld

Begin jaren zeventig werkte de verpleeghuisarts nog voornamelijk via het zogenaamde medisch model waarbij hij enkele keren per dag op de afdeling kwam en iedereen aan de arts vroeg hoe het eigenlijk allemaal moest. Maar al in 1979 werd de witte jas afgeschaft en kon het zorgpersoneel de verpleeghuisarts met de voornaam aanspreken. Vanaf 1982 werd langzaam het multidisciplinaire model ingevoerd waarbij het ging om 'holistisch' denken.

Vanaf eind jaren zeventig bekleedden verpleeghuisartsen van Lucia medisch adviseurschappen in de verschillende verzorgingshuizen, om daar de zorg op een kwalitatief hoger niveau te brengen. De ontwikkeling naar multidisciplinair werken zorgde voor de introductie van psychologen, diëtisten, psychomotore therapeuten en ergotherapeuten, die tot dan toe in de PG-verpleeghuizen nauwelijks aanwezig waren. Daardoor beperkte de verpleeghuisarts zich toen al wat meer tot de core-business en kwam hij minder frequent op de afdelingen. Ook kwamen er steeds meer protocollen en standaarden.

Sinds 1987 is consultatie opgenomen in de AWBZ en wordt de verpleeghuisarts door huisartsen, de GGz en specialisten geraadpleegd bij niet-opgenomen patiënten. In 1989 kwamen er subsidies op gang voor de verpleeghuisgeïndiceerde patiënten in de verzorgingshuizen en via medisch adviseurschappen werd dit uitgebreid met

verschillende disciplines. De verpleeghuisarts en de huisarts moesten elkaar in zogenaamde complementariteit vinden. Om voorbereiding en uitvoering van het zorgplan te verbeteren, werd vanuit Lucia een verpleegkundige naar de verzorgingshuizen gestuurd. De verpleegkundige zou zich later ontwikkelen tot de praktijkverpleegkundige, en nog later tot verpleegkundig specialist.

Voor alle behandelaars is scholing vanzelfsprekend en verplicht, net als de intercollegiale toetsing. Er zijn behandelaars die artikelen schrijven, die lezingen geven en die boeken schrijven. Er komen promotieplaatsen voor artsen en psychomotore therapeuten.



Thebe Lucia, Breda.

De opleiding tot verpleeghuisarts is opgezet in samenwerking met de Universiteit van Nijmegen. Er worden ook huisarts- en coschapstages aangeboden, veelal aan medicijnenstudenten uit Utrecht.

Er is inmiddels een aantal gespecialiseerde afdelingen ontstaan, zoals de afdeling voor jongdementerenden, voor revalidatie, gerontopsychiatrie, chronisch somatische zorg en observatie PG. Er wordt steeds meer kleinschalige zorg op maat geleverd. Ook wordt een aantal verzorgingshuisbedden omgezet in verpleeghuisbedden als de patiënten daar recht op hebben. De behandelgroep en de zorgverleners ontwikkelen steeds meer expertise. Zij gaan ook steeds meer naar buiten en als logisch gevolg daarvan nemen zij deel aan de zich ontwikkelende ketenzorg. Er worden afspraken gemaakt met het ziekenhuis om niet alleen de revalidatiepatiënten orthopedie en neurologie over te nemen, maar ook om met name de CVA-patiënten sneller over te nemen omdat het voor hen niet goed is lang in het ziekenhuis te liggen.

In de toekomst zullen er steeds meer specialistische afdelingen komen welke zorgarrangementen bieden, met zorgpaden waarin beschreven staat welke zorg men precies krijgt, meestal als onderdeel van een regionale keten. Ook in de wijk kan de specialist ouderengenees-

kunde veel betekenen voor een groep kwetsbare ouderen, zeker als er sprake is van complexe problematiek met of zonder dementering. Samen met de huisarts en de praktijkondersteuner, de verpleegkundig specialist en de thuiszorg is straks elke wijk en elk dorp geschikt om in te blijven wonen met een goede, betaalbare en tevreden vorm van zorg en welzijn.



Interpretatie door Paul Jorritsma; eigen schoonheid van ouderdom en veroudering.

Grenzen van het medisch handelen: kennis als onmacht

'All power corrupts'; zei Lord Acton, *'and absolute power corrupts absolutely'*. En medische macht, hoe corrupteert die? Of dacht u dat artsen niet corrupteerbaar waren?



Lord Acton.

Mijn eerste kennismaking met kennis als macht vergeet ik nooit. Het was aan het eind van mijn coschap Interne geneeskunde. Ik zat op de poli. Het was laat in de middag. Er kwam een jongen binnen van rond de 20 jaar, samen met zijn moeder. Hij had een vaag verhaal en voelde zich intens beroerd. De assistent had er geen zin in en zei tegen mij: 'Kijk jij maar even.'

Ik onderzocht hem. Jong joch, goed lijf, waar moet je naar zoeken? Geen koorts of pijn. Ik luisterde naar zijn

longen toen ik ineens iets geks rook. Ik had net een jaar obducties gedaan in een ziekenhuis en daar, op de afdeling PA, een fijne neus ontwikkeld voor zelfs het meest minieme snufje formaldehyde. Aceton dus! Ik vroeg of hij kon plassen. Hij zei nors: 'Ik doe niet anders.' Ik ging vol spanning met de urine naar het lab. Glucose+++ en het soortelijk gewicht was 1033. Yes! Ik stormde bijna terug naar de inmiddels lege wachtkamer in de nu goeddeels verlaten poli en riep hem al van verre triomfantelijk toe: 'Je hebt diabetes!'

Mijn eerste geheel op eigen kracht aan een ziek lichaam ontworstelde diagnose, en lang geen kattenpis, want diabetes vaststellen in een 20-jarige, dat gaat wèl ergens over. Na al mijn twijfels over mijn vermogen om dokter te worden was hier eindelijk de bevestiging, ik kon het best. Hoera. Hoera? Maar die jongen dan? Daar zat ik niet mee. De elegantie waarmee dit hele klinische beeld zomaar ineens van een onbegrijpelijke warreling van gegevens door mij in een handomdraai was omgetoverd tot een samenhangend panorama, trof mij als iets zeer bevredigends. De wetenschappelijke analyse van de gebeurtenissen in ons lichaam levert in een dergelijke situatie kennis op, waarmee je het niet alleen snapt, maar de boel ook nog een goede wending kunt geven. Mooiere macht is er niet.

Het gevoel een dergelijke situatie volledig in de hand te hebben (hoe illusoir ook) is dermate vergiftigend dat veel medici eraan verslaafd raken. Verslaafd aan een vorm van overzicht, die geen ruimte kent voor een persoonlijke invulling. Wittgenstein hekelde deze verslaving aan wetenschappelijke kennis in zijn uitspraak in de Tractatus: 'We voelen dat zelfs als alle mogelijke wetenschappelijke vragen zijn beantwoord, onze levensproblemen nog helemaal niet zijn aangeroerd.'

Het hedendaagse ziekenhuis is een diagnosefabriek, helemaal ingesteld op het beantwoorden van wetenschappelijke vragen rond noodlottige verwickelingen in ons lichaam. De arts in het ziekenhuis is uit de brand als zij tegen een icterische patiënt kan zeggen: 'U hebt een pancreaskopcarcinoom.' Hoera, we snappen uw jeuk en uw gele huid. Over de verschrikkelijke vraag hoe het nu in godsnaam verder moet, gaat zij zich niet buigen, maar de patiënt krijgt wel te horen dat hij het ziekenhuis moet verlaten. Op zoek naar een plek waar de wetenschappelijke vragen op de achtergrond worden geschoven: een hospice of vergelijkbare setting. Wat mij altijd verbaasd heeft over het bestaan van zoiets als een hospice, is dat niemand zich ergert aan het feit dat doodzieke mensen een goed heenkomen moeten zoeken om te ontkomen aan de harteloze terreur van de diagnosejagers waar het ziekenhuis zo prat op gaat.



Is het niet ongelofelijk dat we gretig miljarden uitgeven aan diagnostiek waar je niks aan hebt, terwijl we uiterst karig, om niet te zeggen onbeschaamd gierig, omspringen met instituten waarin de diagnose wel geloofd wordt en alle aandacht uitgaat naar zorg en troost? Ik zal nooit wennen aan artsen zonder grenzen die tot halverwege de crematie bezig blijven met het in kaart brengen van lichamelijke verwickelingen die niets betekenen in het zicht van de dood.

Ontstaan geriatrische revalidatiezorg

Revalideren betekent letterlijk 'weer goedmaken'. Het begrip is ontstaan als een uitbreiding van de directe medische zorg na een trauma of ziekte, met als doel het opnieuw verkrijgen van een toestand waarbij de patiënt een productief en sociaal geïntegreerd persoon kan zijn. Het zorgen voor hen die minder goed mee konden komen, werd eeuwenlang voornamelijk gedreven door liefdadigheid (caritas). Deze zorg werd met name door de kerk georganiseerd.

In het begin van de vorige eeuw begon dat langzaam te veranderen, vooral tijdens de Eerste Wereldoorlog. Het begrip revalideren kreeg de aandacht van legerofficieren toen miljoenen gewonden weer moesten leren meedoen op het slagveld, of later thuis, weer in de gewone maatschappij. Hierna kreeg het nog niet direct de erkenning die het nu heeft, mogelijk omdat men dacht dat er nooit meer zo'n grote oorlog zou komen. Het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog, met wederom een grote hoeveelheid (soms tijdelijk) gehandicapten door verwondingen, was waarschijnlijk de doorslaggevende impuls voor het verder uitwerken van deze discipline. Het leger heeft dus in zekere zin aan de basis gestaan van de revalidatiegeneeskunde.

In de Verenigde Staten ontstond de formele erkenning van de revalidatiegeneeskunde in 1958, met Howard Rusk als een van de pioniers. Hij stelde als doelen van

de revalidatiegeneeskunde: 'Het elimineren van de lichamelijke beperkingen indien mogelijk, het verzachten van de handicap en het trainen van de persoon met een resthandicap zodat hij kan leven en werken naar eigen vermogen'. Achterliggende imperatieven zijn altijd deels moreel geweest ('Het is niet genoeg een gewonde of zieke in leven te houden, het moet ook een zinvol leven zijn') en deels economisch; de financiële lasten van handicaps voor de samenleving moesten worden verminderd.

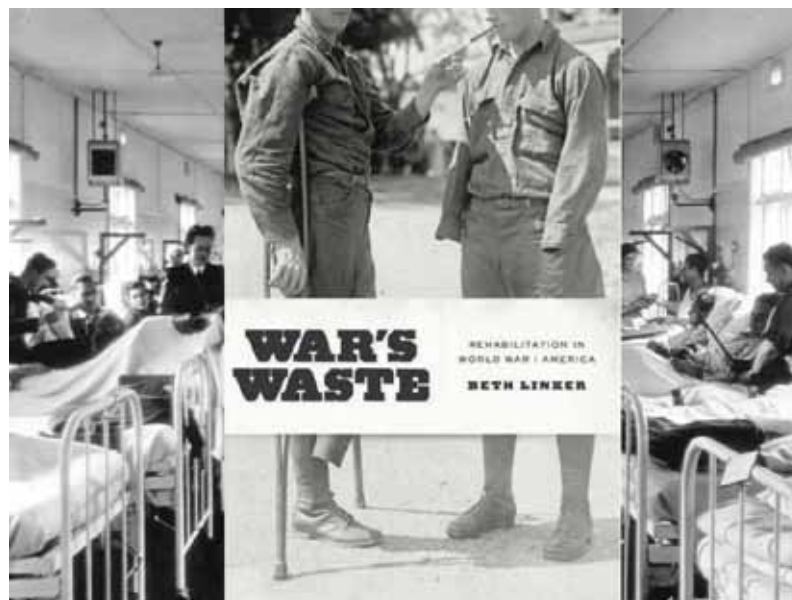
Na de Tweede Wereldoorlog nam de overheid de verantwoordelijkheid van de caritas en de kerk steeds meer over. Een van de peilers van de verzorgingsstaat was de AWBZ, die vanaf 1968 zorgde voor een enorme groei van het aantal verpleeghuizen, en ook voor een sterke kwaliteitsgroei van deze instellingen. De meeste verpleeghuizen begonnen als een ziekenhuis voor chronisch zieken. Al vanaf de invoering van de AWBZ namen verpleeghuizen revalidatiepatiënten op, maar sinds de jaren tachtig gebeurde dit meer georganiseerd.

Er werd jarenlang gesproken over somatische revalidatiezorg, bijvoorbeeld bij de beschrijving van het ZZP-9-pakket. In 2010 is, na lang lobbyen door onder andere Verenso, de term geriatrische revalidatiezorg officieel erkend in het ministeriële taalgebruik.

De geriatrische revalidatie verschilt in methode niet van de revalidatie zoals die in revalidatiecentra wordt geboden. De doelgroep is wel anders. Geriatrische revalidatiezorg bestaat uit geïntegreerde, multidisciplinaire zorg die gericht is op herstel van functioneren en sociale participatie bij laagbelastbare ouderen, na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Er wordt gestreefd naar een zodanig herstel op het niveau van activiteiten en participatie, dat terugkeer naar de oude woonsituatie mogelijk is.

Jaarlijks worden er in Nederland ongeveer 25.000-30.000 patiënten vanuit de ziekenhuizen opgenomen in verzorgings- of verpleeghuizen voor verder herstel of revalidatie. Het lukt bij 60% hen weer te ontslaan naar hun oorspronkelijke woonomgeving, na een gemiddelde opnameduur van twee maanden. Ongeveer 10% van de patiënten overlijdt tijdens de opname en voor de overige 30% is een (interne) verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis noodzakelijk. Aan de revalidatie gaat in 93% van de gevallen een ziekenhuisverblijf vooraf. Hoewel het dagelijks functioneren van de patiënten gedurende het revalidatieverblijf gemiddeld verbetert, bereikt 53% van de patiënten niet het functi-

onele niveau in het algemeen dagelijks leven (ADL) en het mobiliteitsniveau van vóór de ziekenhuisopname. De meerderheid wordt dus niet 'de oude' maar leert zich aanpassen aan een lager niveau van functioneren. Hierbij spelen persoonlijke en omgevingsfactoren, naast het functieniveau, een doorslaggevende rol. Geriatrische revalidatie vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde.



Ontwikkelingen in de zorg voor dementie in Nederland

'Dus, het is dementie... gelukkig geen Alzheimer...' Om maar met Alzheimer te beginnen; toen psychiater en neuropatholoog Alois Alzheimer in 1907 de neuropathologie van de later naar hem genoemde ziekte beschreef, was er geen specifieke zorg voor dementie. Over dementie – of wat men daar toen onder verstond – werd tot 1900 vijfmaal in een vaktijdschrift (PubMed) gepubliceerd en dat ging niet over zorg. Dit zal niemand verbazen. Vanuit het huidige perspectief gezien had destijds een zeer gering aantal mensen dementie. Bij extrapolatie van het huidige dementiebegrip en leeftijdsspecifieke prevalentiecijfers naar de Nederlandse situatie in 1900, gaat het naar schatting slechts om 6.000 personen.

In de 19e eeuw en in de eerste helft van de 20e eeuw werden mensen met problematiek die we nu duiden als dementie, opgenomen in psychiatrische instellingen, in armenhuizen of tehuisen voor hulpbehoevende ouderen. Sindsdien is er veel veranderd. Vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw krijgt de zorg voor mensen met dementie de aandacht van de overheid en werkers in de ouderenzorg. In 1959 werd het eerste categorale verpleeghuis in gebruik genomen, Nieuw Toutenburg in Noardburgum (Friesland). Na de invoering van de AWBZ in 1968 was er een forse groei van het totaal aantal ver-

pleeghuizen, inclusief afdelingen voor psychogeriatric. In het begin van de 21e eeuw ging het om ruim 30.000 psychogeriatricische plaatsen. De zorg werd geboden binnen een multidisciplinaire setting, waarbij groepen vaak werden samengesteld naar de mate van zorgafhankelijkheid, het differentiatiemodel. Vanwege de hierbij noodzakelijke overplaatsingen is dit model later herzien. De nadruk kwam meer te liggen op geïndividualiseerde, belevingsgerichte benadering in kleinere eenheden met een huiselijk karakter. De zorg was gericht op het optimaliseren van factoren die in potentie het functioneren en het welbevinden negatief konden beïnvloeden.

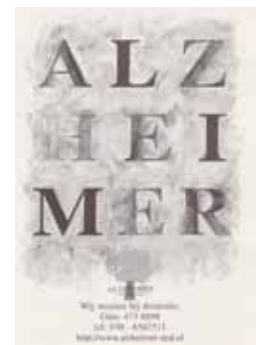
Vanaf de jaren zeventig kwam er ook vanuit de wetenschap en het grote publiek steeds meer aandacht voor dementie. Deze interesse ging meer dan voorheen uit naar mensen met dementie die thuis woonden. Voor hen kwam bij de verpleeghuizen psychogeriatric dagbehandeling beschikbaar voor activering, sociale contacten en vermindering van de zorgbelasting voor het thuismilieu. In de tweede helft van de jaren tachtig kwamen binnen verzorgingshuizen vormen van dagopvang tot ontwikkeling voor bewoners en mensen uit de wijk. Mensen bleven langer thuis. Ter versterking van de eerste lijn werden ambulante teams opgezet voor diagnostiek, begeleiding en ondersteuning van de mantelzorgers.

In 1984 werd Alzheimer Nederland opgericht. De rol van deze belangenbehartiger is tegenwoordig niet meer weg te denken bij vernieuwingen in de zorg rond dementie en de publieksinformatie. Na jaren onderzoek naar *disease-modifying drugs* kwamen eind jaren negentig de eerste cholinesteraseremmers op de markt. Er waren aanvankelijk hoge verwachtingen. De beschikbaarheid van medicatie was een belangrijke promotor voor (vroeg)diagnostiek en de ontwikkeling van geheugenpoli's. Secundair hieraan ontstond een extra vraag naar zorg en begeleiding.

In het begin van het huidige millennium werden nog twee ontwikkelingen in gang gezet die de huidige zorg voor mensen met dementie in grote mate bepalen. Allereerst de modernisering van de AWBZ, die gericht was op 'het maken van de omslag van aanbod- naar vraagsturing'. Een andere ontwikkeling kwam op gang na het verschijnen van het rapport van de Gezondheidsraad over Dementie (2002). Het ging hierbij vooral om betere afstemming van het zorgaanbod op de behoeftes van mensen met dementie en hun naasten, én om een betere afstemming tussen zorgaanbieders. Hiertoe werden achtereenvolgens het Landelijk Dementie Programma (2004) en het Programma Ketenzorg Dementie (2008) gestart. Momenteel wordt gewerkt aan een Zorgstandaard Dementie. Of een en ander de samenhang heeft bevorderd, zal de toekomst moeten uitwijzen. Wel is de positie van mensen met dementie en de directe omgeving versterkt.

De zorg voor mensen met dementie bestaat tegenwoordig ook uit het bieden van de mogelijkheid om hun lerend vermogen aan te spreken, om adaptatie aan en acceptatie van de aandoening te faciliteren en hen te laten participeren in het vormgeven van hun eigen zorgtraject.

Er is anno 2012 een breed pallet aan zorg- en ondersteuningsvormen voor mensen met dementie beschikbaar. Naast de eerder genoemde vormen van zorg en respijtzorg zijn er de ontmoetingscentra, met laagdrempelige dagbesteding en ondersteuning van de mantelzorg, Alzheimercafe's voor mensen met dementie en betrokkenen uit hun omgeving, waarbij laagdrempelig onderling contact wordt gefaciliteerd en informatie wordt gegeven. Verder bestaan er gespreksgroepen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Afhankelijk van de behoefte worden specifieke voorzieningen ontwikkeld, zoals gespreksgroepen voor jonge mensen met dementie en dagbehandeling gericht op mensen met een specifieke achtergrond. Volgend op de al jaren bestaande bewegingsmelders en codesloten, neemt de technologie (*e-health*) sinds het begin van de 20e eeuw een grote vlucht bij de zorg voor mensen met dementie. De innovatieve technologieën zijn bruikbaar voor het optimaliseren van het zelfstandig functioneren, welbevinden, activiteiten en ontspanning, sociaal contact, communicatie, en veiligheid en monitoring van de betrokken patiënt. Deze toepassingen kunnen ook ondersteuning bieden aan verzorgers en de belasting van mantelzorg en professionele zorg positief beïnvloeden.



Jonge mensen met niet-aangeboren hersenletsel

Niemand tussen Wal en Schip

'Je bent jong en je wilt wat' was in de beginperiode van de jubilerende beroepsvereniging een populaire reclameslogan van een jonge omroep, die net als onze beroepsgroep de hemel wilde bestormen. Maar als je jong bent, wat wilt, maar (bijna) niets meer kunt, is de zorg zo complex en intensief dat je al snel in het verpleeghuis terecht komt. Daar troffen de artsen vanaf de jaren zeventig dan ook voor het eerst deze jonge mensen aan, veelal getroffen door het noodlot van een ernstig hersenletsel. In geval van een verkeersongeluk bevon-

den ze zich op een verkeerd moment op een verkeerde plek. In geval van zuurstoftekort na een hartstilstand confronteerden ze ons met de schaduwkant van reanimatie. Allen in coma geraakt en door nieuwe medische technieken niet overleden, maar binnen enkele weken de ogen geopend met een slaap-waakritme, zonder teken van contact. We weten dat er jonge mensen zijn die twintig jaar later nog steeds die lege blik in hun ogen hebben. En we kennen de families die jaren bleven hopen om daar enig teken van bewustzijn in te zien.

Wie ooit deze ontluistering heeft gezien, zal de missie begrijpen om deze uitzichtloze toestand te voorkomen. Deze missie had een basis in eigen casuïstiek en betrokkenheid bij Ineke Stinissen en haar familie. Zij lag van 1974 tot 1990 in een vegetatieve toestand in een verpleeghuis en haar lot was onderwerp van felle maatschappelijke debatten. Voor het eerst pasten we in die tijd scenario's toe waarbij het staken van kunstmatige toediening van voeding en vocht in uitzichtloze situaties werd gezien als het staken van zinloos medisch handelen. Deze benadering werd in de jaren negentig het uitgangspunt in rapporten van de Gezondheidsraad en de KNMG. Daarmee werd in Nederland een toonaangevend kader geschapen voor medisch-ethisch handelen door met name verpleeghuisartsen, nu specialisten ouderen-



geneeskunde. Al ventileren vele anderen in de media een mening, het zijn met name deze specialisten die voor de moeilijke beslissingen staan over doorgaan of stoppen. Zij beginnen daar waar artsen in ziekenhuizen en revalidatiecentra ophouden, omdat die vanuit hun specialisme geen antwoord meer hebben op de prangende vraag hoe het verder moet. Het in die tragische context bij deze jonge mensen nemen van goede beslissingen, vereist vele competenties op het scherpst van de snede. Ons unieke academisch specialisme geeft de mogelijkheid om die competenties in de opleiding te leren. En om in de praktijk onder andere de omvang, het beloop, de langetermijnzorg en de besluitvorming te onderzoeken. Vanaf 2011 is dat onderzoek opgenomen in een eerste opleidingstraject van een arts in opleiding tot onderzoeker (aioto) binnen het specialisme ouderengeneeskunde, een nieuwe mijlpaal in de academisering van het vak. Specialisten ouderengeneeskunde en aios verrichten ook samen onderzoek naar de problematiek van mensen met andere vormen van ernstig hersenletsel, zoals minimaal bewustzijn (*minimally conscious state*), bewuste toestand met ernstige resttoestand van niet-aangeboren hersenletsel en het *locked-in syndrome*. De laatste groep is bij bewustzijn,



Arts en patiënt.



Arts en patiënt.

maar kan alleen met oogbewegingen communiceren, zoals de film 'The Diving Bell and the Butterfly' indringend in beeld brengt.

Dat het specialisme ouderengeneeskunde zich ook inzet voor jonge patiënten, lijkt door de nieuwe naam wat naar de achtergrond te verdwijnen. Paul Froeling († 2010), het eerste hoofd van de opleiding in Nijmegen, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde en schipper, zei echter ooit dat in Nederland eigenlijk geen patiënten 'tussen wal en schip' mogen vallen. Dat werd uiteindelijk zijn lotsbestemming, maar specialisten ouderengeneeskunde kunnen zijn missie voortzetten om ervoor te zorgen dat er niemand buiten de boot valt. En dat het specialisme ouderengeneeskunde daarmee ook voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel en hun naasten een 'geborgden haven' biedt.

Neurologische aandoeningen, CVA en Parkinson



Naast dementie zijn CVA (cerebrovasculair accident) en de ziekte van Parkinson in verpleeghuizen veel voorkomende neurologische aandoeningen. Deze aandoeningen zijn bij uitstek voorbeelden van complexe ziektebeelden. Ouderen die hiervoor in het verpleeghuis worden opgenomen, ondervinden in het dagelijks leven ernstige hinder van de gevolgen op het gebied van spreken, slikken en lopen. Maar tegelijkertijd is hun cognitie vaak gestoord, iets wat het omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan ernstig bemoeilijkt. Het is dan ook niet voor niets dat depressie bij CVA en Parkinson zo vaak voorkomt. Daarnaast kunnen beide ziektebeelden uiteindelijk uitmonden in dementie.

Bij de ziekte van Parkinson ondervinden patiënten hinder in de alledaagse communicatie. In het Nijmeegse VIP-project (Verpleeghuizen op weg naar Integrale Parkinsonzorg) is een inventarisatie gedaan van knelpunten bij patiënten en zorgprofessionals. Het wisselende karakter van traagheid in motoriek en denken blijkt voor onbegrip bij het verplegend en verzorgend personeel te zorgen, mede door onvoldoende kennis van de ziekte. Het belang van regelmatige medicijntijden wordt onvoldoende onderkend. Ook wordt een aanzienlijk deel van de patiënten onderbehandeld uit angst voor negatieve bijwerkingen van de Parkinsonmedicatie, met als ge-

volg een sub-optimaal motorisch functioneren. Intensievere samenwerking tussen de parkinsonneuroloog, parkinsonverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde kan de diagnostiek en behandeling van deze patiënten verbeteren. Samenwerking en bundeling van expertise in regionale netwerken van zorgverleners en behandelaars in de eerste lijn (ParkinsonNet) maakt de zorg goedkoper. Het is van harte te hopen dat de kwaliteitsimpuls die in gang is gezet door de landelijke dekking van ParkinsonNet, zich ook voortzet in een betere zorg en behandeling voor patiënten in dagbehandeling of voor hen die kortdurend of langdurend in een verpleeghuis verblijven. In ieder geval zijn de ervaringen met de Groninger Parkinson Short-Stay (GPSS) positief: driekwart van de patiënten kan na intensieve kortdurende revalidatie weer naar huis. In elk geval bevatten de multidisciplinaire Richtlijn 'Ziekte van Parkinson' en de handreiking 'Multidisciplinaire Parkinsonzorg in het verpleeghuis' genoeg adviezen die in de praktijk kunnen en moeten worden geïmplementeerd.

De aandacht voor CVA is de laatste jaren toegenomen vanwege alle ontwikkelingen in de geriatrische revalidatie. CVA-revalidatie vanuit het verpleeghuis – dat zich kenmerkt door een oudere populatie met multimorbiditeit en een lager revalidatietempo dan in een revalidatie-

centrum – is een belangrijke peiler van het specialisme ouderengeneeskunde. Na de eerste positieve evaluatie van stroke services in Nederland in de Leidse EDISSE-studie (2001) zijn in de 'Nijmeegse Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke (GRAMPS)'-studie de kenmerken en het beloop van deze kwetsbare groep onderzocht, alsmede de voorspellers voor succesvol ontslag. Uit de GRAMPS-studie, maar ook uit eerder onderzoek, komt naar voren dat de tijd die geïnvesteerd wordt aan deze geriatrische revalidatie veel minder is dan wenselijk wordt geacht. De ZZP-financiering, die de hoeveelheid in te zetten (para)medische behandeling limiteert, is hier deels debet aan. De overheveling van de geriatrische (dus ook CVA-)revalidatie naar de Zorgverzekeringswet, die nu wordt getest in zeventien proeftuinen, en het door VerenSo te ontwikkelen triage-instrument, zijn impulsen om de kwaliteit van de keten te verbeteren. Deze ontwikkelingen zorgen er ook voor dat de specialist ouderengeneeskunde zijn specialistische kennis op het gebied van neurologische revalidatie in de volle breedte kan uitoefenen. Maar net als bij parkinson-revalidatie dient ook de groep intramuraal verblijvende CVA-patiënten veel meer aandacht te krijgen. Een begin is gemaakt met het Amsterdamse CASTILON-onderzoek dat de kenmerken en zorgbehoefte van de chronisch somatische CVA-patiënten verder in kaart heeft gebracht.

Samenvattend heeft de geriatrische revalidatie een kwaliteitsimpuls gekregen. Toch verdienen ook intramuraal verblijvende patiënten met CVA, de ziekte van Parkinson en andere neurologische aandoeningen meer aandacht, in zowel wetenschappelijk onderzoek als in de praktijk. Ook bij deze groep is verdere functieverbetering wenselijk, gebruikmakend van de principes van neurorevalidatie, maar tegelijk ook aandacht voor de verwerking van de blijvende gevolgen van de ziekte.



Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen

'IK MAAK ME
STERK VOOR
KWETSBARE
OUDEREN'

ARTSEN
VAN NU

De wet van de remmende voorsprong

Medische zorg voor kwetsbare ouderen vindt bij voorkeur niet plaats in het ziekenhuis, maar in de thuis-situatie. Thuis kan daarbij zijn: (begeleid) zelfstandig wonen, verzorgd wonen, of verpleegd wonen. Medicalisering van het leven van kwetsbare ouderen en ziekenhuisopnamen van deze ouderen moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Dat kan alleen als de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie goed op orde is. Op dit moment, in 2012, is dat nog niet het geval. Een grote sprong voorwaarts kan worden gemaakt als specialisten ouderengeneeskunde de medische zorg voor alle kwetsbare ouderen in het verzorgingsgebied van het verpleeghuis tot hun verantwoordelijkheid gaan rekenen. In dat geval worden zij samen met de huisartsen verantwoordelijk voor de medische zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Van specialisten ouderengeneeskunde vraagt dit een cultuuromslag van instellings- naar gebiedszorg.

In 2008 schreef Peter Holland (voorzitter van de federatie KNMG) in *Medisch Contact* over een zorgvacuüm in de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Door de dubbele vergrijzing en doordat de opname van ouderen in het verpleeg- en verzorgingshuis steeds

langer wordt uitgesteld, wonen steeds meer kwetsbare ouderen tot op hoge leeftijd thuis. Ook neemt de gemiddelde leeftijd en daarmee de kwetsbaarheid van bewoners in verzorgingshuizen toe. De huisartsenzorg en thuiszorg worden daardoor overvraagd.

Op het gebied van de zorg voor kwetsbare ouderen heeft Nederland last van de wet van de remmende voorsprong. In Nederland is de zorg voor kwetsbare ouderen, meer dan in andere landen, geïnstitutionaliseerd in de vorm van verpleeghuiszorg. In het verleden heeft de concentratie van specifieke medische en verpleegkundige kennis in instellingen een sterke impuls gegeven aan de kwaliteit van de medische zorg aan kwetsbare ouderen in verpleeghuizen. Nu de ouderen en de overheid een opname in het verpleeghuis zo lang mogelijk willen uitstellen, wordt Nederland geconfronteerd met de keerzijde van de medaille. In de eerste lijn is kennis en kunde op het gebied van de medische en verpleegkundige zorg aan kwetsbare ouderen verloren gegaan. Ook is de eerste lijn organisatorisch niet meer op deze zorg ingericht.

In 2010 heeft de KNMG het federatiestandpunt *Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen* uitgebracht. Dit standpunt is tot stand gekomen in overleg tussen huis-

artsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten en patiëntenorganisaties. Het standpunt beschrijft welke veranderingen er in de thuissituatie en in het ziekenhuis nodig zijn om tot een sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen te komen. De huisartsenzorg is gekozen als het centrale aanspreekpunt voor medische zorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie.



De belangrijkste aanbevelingen ter versterking van de medische zorg aan kwetsbare ouderen vanuit de huisartsenzorg zijn:

- uitvoeren van een multidomeinprobleemanalyse gericht op het somatische, functionele, sociale, psychische en communicatieve functioneren van de oudere;
- verlenen van de medische en verpleegkundige zorg aan de hand van een zorgbehandelplan dat is opgesteld op basis van de multidomeinprobleemanalyse;
- instellen van professionele trajectbegeleiding bij dementie;
- jaarlijkse screening op polyfarmacie bij alle kwetsbare ouderen;
- instellen van een multidisciplinair hometeam, waarin de zorgverlening aan alle kwetsbare ouderen in een bepaalde buurt wordt besproken door in ieder geval de huisarts en wijkverpleegkundige en zo mogelijk door de specialist ouderengeneeskunde en de andere betrokken zorgverleners;
- een goede consultfunctie van specialisten ouderengeneeskunde voor huisartsen.

Mijn hoop en verwachting zijn dat binnen tien jaar iedere huisartsenzorg gebruik maakt van de kennis en kunde van een specialist ouderengeneeskunde en dat hiervoor adequate financiering beschikbaar komt.

Verantwoorde zorg

Verpleeghuisartsen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.' Artikel 2 Kwaliteitswet zorginstellingen (1996).

De inspecteurs van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn onder andere belast met het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De wettelijke norm 'verantwoorde zorg' is ingevuld door richtlijnen, standaarden en risico-indicatoren (kortweg veldnormen). De Inspectie stelt zelf in principe geen normen op; zij maakt bij haar toezicht gebruik van bestaande veldnormen. Om deskundig toezicht te kunnen houden, is voldoende kennis van de zorg belangrijk. Binnen het programma ouderenzorg van de Inspectie werken daarom enkele (voormalig) verpleeghuisartsen. Ze houden, net als de andere inspecteurs, toezicht in de ouderenzorg, maar zij zijn vaak ook gericht bezig met onderwerpen waar hun specifieke medische kennis en ervaring voor nodig zijn.

De inspecteurs met een verpleeghuisgeneeskundige achtergrond hebben de ouderenzorg in de loop van de-

cennia vanuit verschillende gezichtshoeken beleefd: als verpleeghuisarts, als hoofd van dienst of als directeur. Zij zien diezelfde ouderenzorg nu als senior inspecteur vanuit een ander perspectief.

De toekomstige inspecteurs begonnen in de jaren tachtig als huisarts of internist hun werkzaamheden in verpleeghuizen. Om zich te bekwamen volgden ze een scholing bij de Stichting Sociale Gezondheidszorg (SSG) in Utrecht. Er was immers nog geen opleiding in de verpleeghuisgeneeskunde; die kwam pas in 1988. Vanaf



Inspectierapporten over medicatieveiligheid.

1990 konden zij zich als verpleeghuisarts registreren. Verantwoorde zorg was nog geen begrip. Dat kwam veel later. Kwaliteit en veiligheid van zorg streefden ze vanzelfsprekend na. Kwaliteit was gerelateerd aan wat ze in hun artsenopleiding geleerd hadden en aan wat vanuit hun eigen betrokkenheid op de patiënten, het beste was. Veel patiënten in het verpleeghuis waren toen zelfstandig mobiel met rollator of stok. De toekomstige inspecteurs deden alle medische werkzaamheden. Ze draaiden alle diensten, vaak zelfs zeven dagen op en zeven dagen af.

Na een aantal jaren als verpleeghuisarts gewerkt te hebben, maakten zij, eind jaren tachtig en begin jaren negentig, de stap naar een combinatie van medisch werk en management. Ze gaven leiding aan (para)medische en psychosociale beroepsbeoefenaren. Ze hielden zich bezig met enerzijds 'beslissingen rond het levenseinde' en anderzijds de attributen van de geestelijke verzorging, zoals altaardwalen. Hoe divers kan het werk zijn. Wetenschappelijk onderzoek deed zijn intrede in de verpleeghuizen. De artsen startten intercollegiale toetsing; een bibliotheek werd ingericht. Dat alles natuurlijk in het licht van deskundige en patiëntgerichte zorg, ofwel verantwoorde zorg *avant la lettre*.

Pas later in de jaren negentig kwam het kwaliteitsdenken op met het *Model Integrale Kwaliteitzorg-Verpleeghuizen* (MIK-V), kwaliteitshandboeken, protocollen en de bijbehorende borging. Vervolgens hielpen de artsen mee met het voorbereiden van de audits om een keurmerk te krijgen van Perspekt of INK. Veel later kwamen de kwaliteitskaders verantwoorde zorg (2007), indicatoren en het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording.



Senior Inspecteur/verpleeghuisarts aan het werk.

Nu zijn zij al jaren senior inspecteur; ze kijken naar diezelfde ouderenzorg vanuit het perspectief van toezichthouder. Ze toetsen de kwaliteit en veiligheid van de zorg in verpleeg-, verzorgingshuizen en kleinschalige woonvoorzieningen aan de hand van wet-, regelgeving en veldnormen. De veldnormen kennen zij nu beter dan ooit tevoren. De nabijheid van politiek Den Haag is voelbaar. Bovenal zijn ze artsen die alle aspecten van de verpleeghuiszorg uit eigen ervaring kennen. Zij werken met dezelfde passie voor de ouderenzorg als toen ze in het verpleeghuis werkten. Regelmatig leveren ze een bijdrage aan de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Zij weten waarover ze praten en zij kunnen risicovolle situaties snel inschatten omdat ze zelf 'met de voeten in de klei' hebben gestaan.

Ban de Band

De intentie tot beschermen geeft meer schade dan je lief is

Mede naar aanleiding van de acties van NVVA in 2005 'Verpleeghuiszorg onder de maat' werden er in 2006 gelden vrijgemaakt bij VWS om verantwoorde zorg in de ouderenzorg te verbeteren, de zogenaamde 'zorg voor beter trajecten'. Doel is een kwalitatief betere, efficiënte en duurzame zorg met tevreden patiënten. Deze trajecten zijn door VWS uitbesteed aan Vilans, die in samenwerking met onder andere de NVVA, Sting, LVV het programma verzorgde. Eén van de onderwerpen is het minder toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de ouderenzorg. De trajecten heten 'Maatregelen op maat' en 'Ban de Band'. Deze trajecten kregen een forse stimulans door activiteiten van de IGZ en de ondertekening van de intentieverklaring 'Zorg voor vrijheid' door branche- en beroepsorganisaties in 2008.

Het was uit literatuurstudies allang duidelijk dat er wereldwijd veel gefixeerd wordt in de psychogeriatrische zorg. Uit het onderzoek van Anna Huizing komt een prevalentie naar voren van 11% banden in bed, 8% banden in de stoel, 8% stoel met tafelblad, 57% twee beddekken hoog, 14% hansop en 1% domotica. Daarnaast werd er een grote spreiding tussen de huizen gevonden. Dit had niet met de personele bezetting te maken maar wel met de cultuur en kennis van het huis.

Fixatie wordt in de psychogeriatrische zorg veelal gebruikt om valincidenten te voorkomen. Echter het heeft niet het effect waarvoor het wordt ingezet (zoals het voorkomen van breuken). Fixeren gebeurt meestal met de beste bedoelingen. Personeel is bang dat iemand valt en zich pijn doet, vaak vraagt de familie er ook om. Die vindt het een veilig idee dat vader of moeder 's nachts niet onverhoeds uit bed kan stappen. Maar die veiligheid is vaak een illusie.

Tijdens de 'zorg voor beter trajecten' worden multidisciplinaire teams op hun pilot-afdelingen in de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg begeleid om tot minder vrijheidsbeperkende maatregelen te komen. Om misverstanden te voorkomen: een non-fixatie-beleid is niet een kwestie van meer of minder personeel, maar van bewust beleid. Het vereist veel overleg en je moet goed kijken naar de individuele persoon. Wat kunnen we doen om te voorkomen dat iemand valt? Sommige mensen met dementie blijven bijvoorbeeld maar lopen. Ze kunnen niet stoppen. Maar ze worden natuurlijk moe. Dan kun je ze vastzetten, maar je kan ze ook een rolstoel geven waarbij ze nog wel kunnen trippelen. Dan kunnen ze toch uiting geven aan die loopdrang.

Van 2008 tot en met 2011 zijn drie tranches Maatregelen op maat en zes tranches Ban de band gedaan. In de psychogeriatrische zorg had gemiddeld 9% een

onrustband en 20% een vergelijkbare maatregel. In zes maanden tijd wisten de psychogeriatrische teams het volgende te bereiken:

- Afname van 57%-73% banden;
- Afname van 50%-61% vergelijkbare maatregelen (hesjes, triplehoezen, tafelbladen, kantelstoelen);
- Afname van het aantal cliënten met psychofarmaca 10%;
- Aantal valincidenten +3%;
- Aantal breuken niet verhoogd;
- Afname van het aantal agressie-incidenten 14%;
- Domotica was gestegen (volgde pas later omdat inzet van domotica ook budgettaire gevolgen heeft).

Laat mensen zo lang mogelijk, zo veel mogelijk zelf doen. En ja, dat heeft ook risico's. Maar die wegnemen maakt mensen lang niet altijd gelukkiger. 'Als iemand slecht ter been is, maar nog wel zelf naar de wc kan, kun je zeggen: ik neem het zekere voor het onzekere, zet die persoon 's nachts vast en geef hem incontinentiemateriaal. Maar stel je eens voor dat dat jezelf of je moeder overkomt.' Met minder vergaande maatregelen als laserpalen of belmatten kun je iemand beter in zijn waarde laten. Op het moment dat hij of zij de benen

uit bed zwaait, krijgt de verpleging een seintje om te helpen.

Zoals altijd is er gebrek aan voldoende financiering. Zo vind ik het jammer dat er landelijk geen nulmeting bij de start is gedaan en geen eindmeting. Verder duurde een tranche Ban de band maar zes maanden en ik had ook graag de resultaten gezien na een jaar. De enthousiaste deelnemers hebben me echter wel geïnformeerd: 'Roelie, wij hebben helemaal geen banden meer, goed hè?' Heerlijk.



Kwaliteitsbeleid

Kookboekgeneeskunde of lessen in koken?

De NVVA startte in 1997 met de ontwikkeling van haar eerste richtlijn, inmiddels zijn er elf gepubliceerd. Tegenstanders van het fenomeen 'richtlijn' voelen zich beperkt in hun professionele autonomie en fulmineren tegen wat zij 'kookboekgeneeskunde' noemen. Voorstanders zien in een richtlijn een zinvol recept en in het ontwikkelproces een boeiende les in koken, waarbij het gaat om het zorgvuldig afwegen van evidence en klinische praktijkervaring in de ouderengeneeskunde. Hoe dan ook, richtlijnen zijn anno 2012 niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg.

In augustus 1999 werd de eerste NVVA-richtlijn (*Hartfalen*) gepubliceerd. De keuze voor dit onderwerp werd als volgt gemotiveerd: 'In andere verschenen richtlijnen (NHG standaard en CBO consensus richtlijn) komt het cyclische karakter van de verpleeghuisgeneeskundige diagnostiek en behandeling onvoldoende naar voren. Het frequent voorkomen van comorbiditeit is specifiek voor de verpleeghuispopulatie en de verpleeghuisarts heeft vaak te

maken met dilemma's bij de diagnostiek en behandeling, waarbij de ernst van het hartfalen afgewogen moet worden tegen de gevolgen van de andere aandoeningen'. Deze motivatie speelt nog steeds een rol bij de behoefte aan eigen richtlijnen.

Naast de elf Verenso-richtlijnen is er de afgelopen jaren in ruim dertig richtlijnwerkgroepen van andere organisaties geparticipeerd om het ouderengeneeskundig perspectief zo goed mogelijk te belichten. Maar dan nog is het vaak nodig een eigen versie te maken naar aanleiding van de multidisciplinaire richtlijn.



Van links naar rechts: Herman Maassen, Inge van der Stelt, Ria Severijns, Dirk van der Wedden.

De methodiek van richtlijnontwikkeling is in de loop der jaren gewijzigd. Grofweg kun je stellen dat het accent is verschoven van *expert-opinion* en literatuuronderzoek (consensusrichtlijn) naar systematisch literatuur onderzoek en gradatie van bewijs en *expert-opinion* (evidence-based richtlijn). De methodiek is complexer en tijdrovender geworden. Essentieel blijft echter, zeker voor de ouderengeneeskunde, de klinische expertise, waardoor de conclusies uit de literatuur kunnen worden vertaald naar bruikbare aanbevelingen.

Een van de doelen van richtlijnontwikkeling is verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. De NVVA droeg hieraan bij met het project Begeleide implementatie richtlijn Salode (2002-2005). Binnen dit project werden 47 instellingen begeleid bij de opzet van een anti-decubitus beleid. Na correctie voor opnames vanuit het ziekenhuis (met decubitus) bleek de prevalentie/incidentie van decubitus significant gedaald! De 'geleerde lessen' zijn later benut in het Zorg voor Beter project Decubitus. Binnen het programma Zorg voor Beter hadden de begeleide implementatieprojecten voor de richtlijnen Probleemgedrag, Mondzorg en Vocht en Voeding, eveneens aantoonbaar betere patiëntenzorg als resultaat.

Dergelijke implementatieprojecten vragen veel tijd, een multidisciplinaire inrichting en commitment van het (hoger) management. Continue aandacht voor de behandeling en zorg blijft nodig, en niet alleen van de specialist ouderengeneeskunde maar ook van de andere betrokken disciplines. De schijnbare tegenstelling tussen zorg en welzijn is contraproductief. De eigenheid

van de verpleeghuisgeneeskunde ligt in een holistische, integrale en probleemgeoriënteerde benadering. De behandeling draait om de bevordering van de kwaliteit van leven en uiteindelijk de kwaliteit van het sterven. En zo kom ik weer terug bij de richtlijn Hartfalen die we in dit jubileumjaar graag willen herzien. Want de multidisciplinaire richtlijn Hartfalen (2010) en de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (2011) geven ons toch onvoldoende handvatten voor de ouderengeneeskunde.

Tot besluit daarom nogmaals een citaat uit die eerste richtlijn, geldend voor al onze richtlijnen: 'Als leidraad geldt dat niet naar een maximale behandeling wordt gestreefd maar naar een optimale behandeling (in termen van kwaliteit van leven)'. En daarbij geldt dat een goede kok beargumenteerd kan afwijken van het vigerend recept en verschillende recepten met elkaar weet te combineren.

Structuurnota Naar een samenhangend kwaliteitssysteem voor Verpleeghuisartsen Professioneel kwaliteitssysteem Kwaliteit in zicht Inzicht in kwaliteit Takenpakket en **functieomschrijving** Opleiding Modelcurriculum **Beroepsprofiel** Basiseisen Beleidsadviesgroep herregistratie Verpleeghuisartsen (BAV) Kwaliteitsdeelsystemen Commissie wetenschappelijke aangelegenheden (CWA) Visie Ontwikkeling Implementatie Borging Stuurgroep **Nascholing** Stuurgroep Toetsende Activiteiten Registratie en herregistratie Normering CHVG HVRC Accreditatiecommissie Certificering Capaciteitsorgaan Behoefteterminen **Accreditatie** Bij- en nascholing Accreditatiecommissie **ACCOR GAIA Herregistratie** Sturingsinformatie Uitgangspunten Randvoorwaarden Onderlinge toetsing Handleiding Onderlinge toetsing in 9 stappen Handleiding **Onderlinge toetsing** in 6 stappen Verdieping van de methode Commissie Kwaliteit Kwaliteitsmanagementsysteem Intervisie Toetsingscommissie (TC) Deskundigheidsbevordering **MIK-V HKZ IKM** Regionale coördinator Kwaliteit Procesbegeleider Taken Verantwoordelijkheden Kwalificatiestructuur Professionalisering Supervisie Functieomschrijving Perspectieven in kwaliteit Leidschendamconferenties Meerjarenafspraken Zorg voor Beter Kwaliteitskader Normen voor Verantwoorde zorg **Indicatoren** Standaardenontwikkeling Stuurgroep **Richtlijnontwikkeling** CBO Consensus Multidisciplinaire richtlijnen AGREE instrument Werkgroep richtlijnontwikkeling (WRO) Wetenschapsbeleid Evidence based richtlijnontwikkeling (EBRO) GRADE-systeem **Autorisatie** Zorgstandaard Regieraad Kwaliteitsinstituut Consilium **Visitatie Borging.....**

Kernbegrippen kwaliteitsbeleid.

Beslissingen rond het levenseinde

Wanneer verpleeghuizen, net als de ziekenhuizen, hun sterftecijfers bekend zouden moeten maken, wat zou dat dan zeggen over de kwaliteit van de zorg? Want 20% van de mensen sterft in een verpleeghuis, tegenover 33% in een ziekenhuis. En 25% vindt het levenseinde in hun eigen huis. Maar die cijfers zeggen niets over de kwaliteit van dat levenseinde, laat staan over de kwaliteit van besluitvorming rond het levenseinde. En de kwaliteit van besluitvorming rond het levenseinde is al sinds het bestaan van het verpleeghuis een zorg voor de daar werkzame artsen.

Een zorg, die gekenmerkt wordt door de moeilijke afweging tussen (be)handelen en nalaten. Deze moeilijke afweging tussen handelen en nalaten kwam een aantal malen pregnant in het nieuws. Na zestien jaar coma door een anesthesiefout, kon Ineke Stinissen in verpleeghuis Het Wiedenbroek in Haaksbergen in 1990 eindelijk overlijden door het staken van de sondevoeding. Een door haar man afgedwongen gerechtelijke uitspraak beschouwde de gegeven sondevoeding als zinloos medisch handelen. Een paar jaar later kwam het verpleeghuis Blauwborgje uit Groningen volop in het nieuws. In die situatie was bij een ernstig dementerende man het beleid afgesproken, dat er geen eten en drinken meer werd gegeven. Een boos familielid liet de man echter in het ziekenhuis opnemen, waar met behulp van infusen de patiënt 'geheel' herstelde. De

verpleeghuisarts werd beschuldigd van moord. Andere verpleeghuisartsen maakten in de media duidelijk, dat dit 'verstervensbeleid' regelmatig in het verpleeghuis werd toegepast en dat dit een zeer humane wijze van stervensbegeleiding was. De beschuldiging leidde niet tot een vervolging.

Deze media-aandacht gaf wel een kijk op de dilemma's in het verpleeghuis. In de optiek van de specialisten ouderengeneeskunde was ouderdom op zichzelf geen reden om de medische mogelijkheden in de kast te laten liggen. Maar anderzijds waren de medische mogelijkheden niet altijd in het belang van de levenskwaliteit van de verpleeghuispatiënt. Termen als terughoudend of abtinerend beleid, een bewust nalaten van beschikbare mogelijkheden, vonden ingang. Het wikken en wegen rond het uitvoeren of nalaten van medische mogelijkheden rond het levenseinde was niet alleen een onderwerp voor de specialisten ouderengeneeskunde, maar voor veel meer artsen.

Op advies van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen (CAL) nam het hoofdbestuur van de KNMG in 1984 het standpunt in dat euthanasie of hulp bij zelfdoding door artsen onder bepaalde omstandigheden aanvaardbaar kan zijn. Dit standpunt bevatte ook een formulering van de zorgvuldigheidseisen die naar de mening van de KNMG bij euthanasie en hulp

bij zelfdoding in acht genomen moeten worden. Deze standpuntbepaling door de KNMG heeft in de jaren daarna een belangrijke rol gespeeld bij de euthanasiediscussie in Nederland. Een actualisering van het standpunt van het hoofdbestuur van de KNMG inzake euthanasie verscheen in 1995.

Ook in verpleeghuizen is in de jaren negentig een discussie gevoerd over de toelaatbaarheid van euthanasie. Veel verpleeghuizen kenden een confessionele signatuur, die slecht te combineren was met het uitvoeren van euthanasie. Vaak werd dan ook een afwijzend standpunt ingenomen, dat mede kon worden volgehouden omdat er relatief weinig mensen met kanker in een verpleeghuis overleden. In dat standpunt is in de loop

der jaren wel verandering gekomen. In de eerste plaats door de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, waardoor de ruimte voor individuele verpleeghuizen afnam om afwijkende, strengere normen te hanteren. Bovendien hebben veel verpleeghuizen hun confessionele signatuur verloren door fusies. Maar ook door de ontwikkeling van palliatieve units kwamen meer terminale kankerpatiënten het verpleeghuis binnen met een behoefte aan individuele besluitvorming.

Nog altijd is euthanasie een relatief weinig voorkomend fenomeen in verpleeghuizen, maar met 115 gevallen per jaar ook niet meer te ontkennen.



Voorbij de lijnen

De specialist ouderengeneeskunde op weg naar het begin van de ouderdomsketen

Anno 2012 integreren de eerste en tweede lijn in ketenzorg voor optimale patiëntgerichte zorg. In de ouderenzorg omvat dat een proces van meer dan drie decennia, wat niet toevallig overeenkomt met de ontwikkeling die de traditionele verpleeghuisarts heeft doorgemaakt om specialist ouderengeneeskunde te worden. Het is interessant om terug te kijken, want terugkijken is vooruitzien. Immers, zowel de ouderenzorg als de specialist ouderengeneeskunde blijft op reis, hand in hand, in overeenstemming met de eisen van deze tijd en vooral de eisen van de patiënt. Want het is realistisch te stellen dat de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de huidige stand van zaken in de ketenzorg voor ouderen, in het samenwerken over voorzieningen heen, en in het model staan voor de moderne ketenspecialist.



In het begin waren er verpleeghuisartsen verspreid door het land, die zich aan de poort van het verpleeghuis verbaasden over in welke conditie ouderen bij hen werden opgenomen. Het ontluikende bewustzijn om de eigen expertise ook buiten het verpleeghuis in te zetten, leidde, afhankelijk van lokale, traditionele samenwerkingsverbanden, tot de eerste initiatieven om de stap buiten de deur te zetten, bijvoorbeeld via samenwerking met de GGz, indicatieorganen en ook de eerste consultatie in het verzorgingshuis. Wachtlijstprojecten en de introductie van meerzorgprojecten in de verzorgingshuizen in tweede helft van de jaren tachtig, werkten als katalysator om in een bont, landelijk palet de eerste ervaringen op te doen in het samenwerken met de huisarts.

De methodische, medische benadering van de kwetsbare oudere met aandacht voor beperkingen op alle domeinen van het functioneren, de prognose daarvan en hoe de zelfredzaamheid/zelfstandigheid zo lang mogelijk behouden kon blijven, bleek een gat in de markt; ook in preventieve zin. In de zich ontwikkelende zorgnetwerken in de jaren negentig werd dit ook in logistieke zin een functie; het bleek dat de verpleeghuisarts ook deskundig was in het adviseren waar ouderen het best konden verblijven. Dat liep parallel met de expertise- en bijzondere zorgfunctieontwikkeling, zoals revalidatie en palliatieve zorg in de verpleeghuizen. Door samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen ontstonden schakelafdelingen voor

verkeerde bedproblematiek onder verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts, wat ook daar leidde tot een consultatiefunctie in het gehele ziekenhuis.

Een volgende boost werd na de millenniumwisseling gegeven door het Landelijk Dementie Programma; de verpleeghuisarts ging in netwerken samenwerken met de andere geriatrische disciplines. Ook de extramurale AWBZ-facilitering van de functiebehandeling bleek een steun in de rug.



De benaming van het beroep sloot niet meer aan bij de inhoud; de verpleeghuisarts werd specialist ouderengeneeskunde en positioneerde zich steeds meer in een sleutelrol in het netwerk voor ouderen en chronische en terminale zieken. De strategische keuzes van het management van verpleeghuizen en de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de directie bepaalden de lokale invulling. Echter, de meest bepalende factor bleef de specialist ouderengeneeskunde zelf. Visie, ambitie, professioneel bewustzijn, ondernemerschap, communicatieve en innovatieve vaardigheden

en een lerende attitude, zijn cruciaal om over te brengen wat je wilt en kunt, en wat de waarde daarvan is voor de patiënt, de verwijzer en de organisatie. De verschillende dynamiek thuis, in het verpleeghuis en in het ziekenhuis vereist continue aanpassing aan de verschillende mono- en multidisciplinaire rollen als hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Met de benodigde inhoudelijke geriatrische deskundigheid betekent dat met recht een specialist in de ouderengeneeskunde.

Tegenwoordig worden velerlei vormen van consultatie in de thuissituatie doorontwikkeld, zodat toenemend – met allerlei vormen van praktijkondersteuning – vanuit lokale gezondheidscentra en in netwerken samen met huisartsen (en andere disciplines) de keten bediend wordt. De aanwezigheid in de gehele keten, ook in ziekenhuizen, maakt het mogelijk om, in afstemming met de andere medisch-geriatrische beroepsgroepen, de ketenspecialist voor met name kwetsbare ouderen te zijn. De overgang van de financiering van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet biedt daartoe alleen maar kansen.



Kortom: de specialist ouderengeneeskunde is niet alleen de lijnen voorbij, maar is in staat om als ketenspecialist zelf de lijnen uit te zetten.

Verzilvering

Vergrijzing, zo optimaal mogelijk blijven functioneren

Wij kunnen trots zijn op de vooruitgang van de afgelopen honderd jaar. Technologische ontwikkelingen, de medische wetenschap en sociaaleconomische ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat de Nederlandse bevolking goed gehuisvest is, een pensioenstelsel heeft en kan genieten van een AOW-pensioen. De zorg is toegankelijk voor iedereen en is tot steeds meer in staat. Mede dankzij deze ontwikkelingen is de gemiddelde leeftijd gestegen en stijgt ook de absolute leeftijd. Toegegeven, er is ongelijkheid blijven bestaan. Leefijdverwachting en gezonde levensjaren zijn gekoppeld aan inkomensverschillen.

De vergrijzing is een succesverhaal. Dat is de boodschap van professor Leo Van Wissen, economisch demograaf. 'Eerder gingen we op ons zestigste dood. Nu leven we nog 25 jaar langer, en met veel plezier', zegt de demograaf. 'Dat is een prachtige verworvenheid van onze samenleving. Laten we dan ook de consequenties daarvan blijmoedig dragen.'

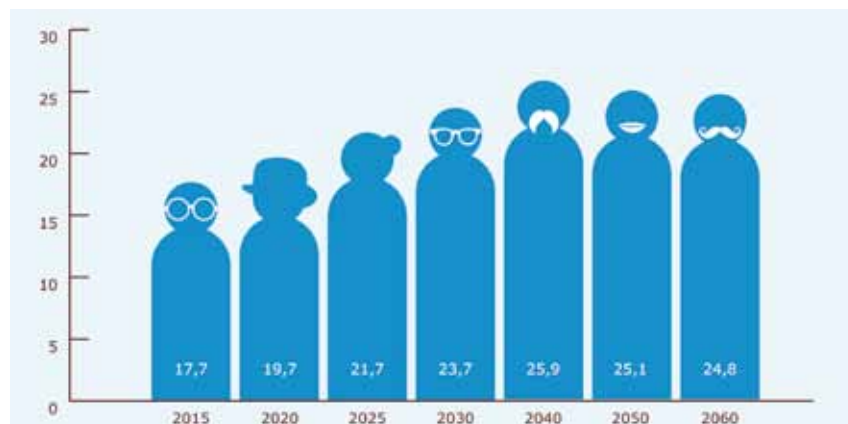
Er zijn zorgen over de betaalbaarheid van de zorg en over de houdbaarheid van het pensioenstelsel. Kunnen in de toekomst de werkenden de kosten opbrengen voor de ouderen? De naoorlogse babyboomers worden oud en leggen een druk op de toekomst.

De cijfers:

- Nederland telt eind 2010 ruim 2,6 miljoen 65-plussers (15,6% van de totale bevolking), waarvan bijna 800.000 80-plussers. Dit aantal zal de komende jaren blijven stijgen. In 2040 is 25,6% van de bevolking 65-plus, dat zijn 4,6 miljoen mensen.
- Rond 2050 is 10% van de bevolking 80-plus.
- De levensverwachting bij geboorte blijft toenemen. Mannen worden gemiddeld 78,1 en vrouwen 82,0 jaar. Rond 1980 bedroeg de levensverwachting 72,5 en 79,2 jaar.
- Tussen 2006 en 2030 zal de vraag naar zorg toenemen met 34%.
- De vraag naar verblijf in een verpleeg- of verzorgingstehuis zal tot 2030 groeien met 40%, de vraag naar thuiszorg met 32%.
- Het feitelijk gebruik van verpleeg- en verzorgingshuiszorg is lager dan de vraag, omdat veel ouderen ervoor kiezen langer zelfstandig te blijven wonen met hulp van thuiszorg.
- 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.
- In Nederland zijn er ruim 235.000 mensen met dementie.
- Het aantal mensen met dementie zal stijgen naar meer dan een half miljoen in 2050.

Voor een deel van deze ouderen, de kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen, zijn specialisten ouderengeneeskunde nodig. Het aantal specialisten ouderengeneeskunde is van 2000 tot 2010 gestegen van 1007 naar 1475. Naar verwachting zal dit aantal verder moeten stijgen tot ruim 2000 in 2022 tot 2300 in 2028. De prognose van het aantal benodigde specialisten ouderengeneeskunde komt overeen met de ramingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau in de Nota *Kwetsbare ouderen* uit 2011. Op dit moment zijn er tussen de 600.000 en 700.000 kwetsbare ouderen. Hiervan verblijven er ongeveer 100.000 in instellingen. Als gevolg van veranderingen in het opleidingsniveau, huishoudensvorm en multimorbiditeit zal het percentage kwetsbare ouderen minder stijgen dan als gevolg van de vergrijzing verwacht mag worden. Het aantal kwetsbare 65-plussers zal tussen 2010 en 2030 toenemen van circa 700.000 tot 1.000.000.

Op de website van Zorggroep Oude en Nieuwe Land te Emmeloord staat duidelijk omschreven wat de opdracht is van de specialist ouderengeneeskunde: 'Zo optimaal mogelijk blijven functioneren - Met de toenemende vergrijzing en ook zorgbehoefendheid, vervult de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol. De specialist ouderengeneeskunde is er voor u als u, vaak op oudere leeftijd, in een kwetsbare situatie verkeerd of chronisch ziek bent. U hoeft voor behandeling van de specialist ouderengeneeskundige niet in een verpleeghuis te verblijven; ook



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

bij u thuis is deze vorm van hulpverlening mogelijk. Het doel van de hulp en behandeling van de specialist ouderengeneeskundige is dat u zo optimaal mogelijk kunt blijven functioneren. Uw kwaliteit van leven staat voorop.'

Vergrijzing, ja zelfs dubbele vergrijzing, heeft een negatieve connotatie. Ouderdom wordt als een economische last ervaren. Zoals Paul Scheffer het formuleert in *NRC* van januari 2012: 'De geringschatting van de stijgende levensduur zegt ook iets over een samenleving waarin het vooral gaat over kosten en baten. Is de prijs van de vergrijzing niet veel te hoog? De koppen spreken boekdelen: 'Stijgende levensverwachting forse tegenvaller voor de pensioenfondsen.' Inderdaad de vergrijzing noopt tot aanpassing van de pensioenen of de gezondheidszorg. En wat dan nog: geld is toch niet het enige goed?'

Van 1 naar 11: professionalisering van het bureau



Wineke Weeder.

Ik ga op reis en neem mee

Op 23 november 1972 werd de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) opgericht om contacten tussen artsen werkzaam in verpleeghuizen te bevorderen, wetenschappelijk onderzoek te stimuleren en om een beroepsopleiding voor verpleeghuisartsen te realiseren. Al vanaf 1967 was de sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad (NZr) actief met als taak het vergroten van de deskundigheid van de verpleeghuisartsen. Na de oprichting van de NVVA bleven nauwe banden bestaan en secretariële ondersteuning werd geboden door de NZr.

Vanaf 1977 wordt het 'mededelingen bulletin' een verenigingstijdschrift, genaamd 'Vox Hospitii'. Dit is een voorloper van het latere Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde (TvV) en het huidige Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO). Naast het bestuur krijgen nu ook de redactie van het tijdschrift en de Commissie Wetenschappelijke Aangelegenheden (CWA) secretariële ondersteuning. In 1982 komen er politiek roerige bezuinigingstijden: het is het jaar waarin een eigen bijdrage voor de AWBZ wordt gevraagd. Iedereen moet inleveren en de NZr besluit geen secretariële ondersteuning voor professionele verenigingen meer te bieden.

Na hevige discussie wordt een compromis gesloten. De contributie voor de leden wordt verhoogd zodat de NVVA in staat is zelf een bijdrage te leveren in de kosten voor personele ondersteuning.

In juni 1990 wordt een beleidsconferentie gehouden over de toekomstige taak en positie van de verpleeghuisarts. De NVVA is dan inmiddels uitgegroeid tot een vereniging met ruim 700 leden. De conclusie van de beleidsconferentie was dat er een breed gedragen takenpakket voor de verpleeghuisarts moest komen dat als ijkpunt richting kon geven aan de inhoud van de beroepsopleiding, bij- en nascholing en de eisen voor herregistratie. Het belang van intercollegiale toetsing wordt benadrukt, evenals onderzoek en richtlijnontwikkeling.

De ontwikkeling van het kwaliteitssysteem vangt aan. Een belangrijke impuls wordt daarbij gegeven door externe financiering. In 1992 gaat het project Onderlinge Toetsing van start, met behulp van een subsidie van het ministerie van WVC. Een projectleider wordt aangesteld. 1993 is het eerste jaar dat de NVVA als vereniging zelfstandig, dat wil zeggen los van de NZf (voorheen NZr), opereert. Voor het eerst ook met een fulltime aanstelling voor een ambtelijk secretaris. Eind 1993 zijn er vier medewerkers (parttime) in dienst van de vereni-

ging. Het bureau wordt gehuisvest bij de Domus Medica van de KNMG, destijds gelegen aan de Lomanlaan te Utrecht.

Het ministerie van VWS verstrekt in 1997 subsidie voor het project Opstarten Samenhangend Kwaliteitssysteem Verpleeghuisartsen. Het kwaliteitssysteem wordt fors in de steigers gezet, de eerste richtlijn (Hartfalen) wordt ontwikkeld, nieuwe plannen worden gemaakt. De vereniging groeit, haar ambities eveneens. Het krachtenveld waarbinnen gehandeld en onderhandeld moet worden, wordt steeds complexer. Uitbreiding van bureaumedewerkers ten behoeve van het kwaliteitssysteem en profilering van de beroepsgroep is nodig.

Projectfinanciering vraagt specifieke verantwoordelijkheden van de projectleiders en -medewerkers op het bureau. Ook het bestuur gaat zich anders opstellen. Een verandering is zichtbaar van een bestuurlijk overlegorgaan naar een vaste en professionele vertegenwoordiging van de beroepsgroep. Dat vraagt een forse tijdsinvestering. Daarnaast groeit het aantal bureaumedewerkers en worden andere verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen het bureau wenselijk. In 1999 wordt de eerste directeur van de NVVA aangesteld, Wineke Weeder († 2010). Het bureau bestaat dan uit zeven medewerkers. In 2007 wordt het zogenaamde Raad van Toezichtmodel ingesteld.

Van hoofdbestuur naar Raad van Toezicht is een lange weg. De eerste jaren van de vereniging kenmerkte zich door persoonlijke inzet van bestuurders. Echte vrijwilligers die naast het dagelijks werk een vereniging runden. Van een bureau was geen sprake. De eerste medewerkers waren persoonlijk assistent van de bestuursleden. Toenemende activiteiten en complexiteit van de werkzaamheden noopten het bestuur tot het instellen van commissies. Die hadden steeds meer behoefte aan secretariële en beleidsmatige ondersteuning. Zo kwamen er langzamerhand meer medewerkers op het bureau. Momenteel telt het bureau van Verenso 11 (parttime) medewerkers.



Domus Medica, anno 2012.

Voorzitters NVVA-Verenso



Prof. dr. F.J.G. Oostvogel.

Op 23 november 1972 werd de NVVA opgericht. Op het najaarscongres van de NVVA, waar de algemene ledenvergadering bij inbegrepen was, spraken de voorzitters de vergadering jaarlijks toe. Een dergelijke voordracht was het moment bij uitstek waarop teruggeblift en vooruitgekeken kon worden.

De heer Oostvogel was de eerste voorzitter van de NVVA. In 1976 nam hij afscheid als voorzitter. Hij sprak de verwachting uit dat het werk alleen nog maar uitgebreider zou worden: 'De verpleeghuisartsen hadden en hebben bij uitstek de verantwoordelijkheid en de opdracht het verpleeghuiswezen tot ontwikkeling te brengen, kwantitatief, maar vooral kwalitatief'.

De heer Leering was voorzitter van oktober 1976 tot oktober 1981. Hij begon zijn afscheidsrede met de volgende woorden: 'Bij mensen kunnen we erg moeilijk afscheid nemen. Afscheid lijkt niet voor ons gemaakt te zijn. Het leven is een feest, desnoods een slecht feest, maar wel zonder einde...'. De heer Leering werd opgevolgd door de heer Helmer. Helmer begeleidde tijdens zijn voorzitterschap een belangrijke statutenwijziging. De opbouw van het bestuur werd anders. Er zou meer nadruk op de regio's komen te liggen en er werd een verenigingsraad ingesteld.

De volgende voorzitter, de heer Ribbe, is als voorzitter en gedurende zijn hele carrière de pleitbezorger geweest voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de ouderengeneeskunde. Zowel nationaal als internationaal bracht hij het unieke Nederlandse systeem onder de aandacht, waarbij de specialist ouderengeneeskunde werkzaam is in een verpleeghuis. Zijn opvolger, de heer Post, gaf in zijn jaarrede aan dat het tijd werd dat er een centraal bureau zou komen, met parttime betaalde medewerkers.

Mevrouw Veldhuijzen van Zanten-Hyllner opende haar eerste toespraak in 1986 met de woorden: 'Het verpleeghuis en daarmee de verpleeghuisarts, beleeft een bloeiperiode, die enerzijds veroorzaakt wordt door de groei en nog te verwachten groei van het aantal ouderen en anderzijds door het feit dat het in een tijd van bezuinigingen functioneert als een relatief goedkoop medisch centrum voor onder andere geriatrische zorg.' Het jaar 1990 is onder voorzitterschap van de heer Wiegmans de geschiedenis ingegaan als het jaar dat de inschrijving in het register van verpleeghuisartsen geopend werd. Tevens werd per 15 maart 1990 de AWBZ gewijzigd: elke ten laste van de AWBZ verpleegde patiënt kreeg recht op medische behandeling onder verantwoordelijkheid van een erkende verpleeghuisarts.

'De NVVA is een vereniging die groeit en rijpt', zo begint de heer Warmerdam in 1993 zijn jaarrede. Het was ook het jaar waarin het bestuur het voorstel tot uitbreiding van de beroepsopleiding ondersteunde (Amsterdam en Nijmegen). De heer Van der Wedden verwoordde het beleid van de vereniging tijdens zijn jaarrede in 1996 als volgt: '... De toekomst kennen we niet, maar we weten wel wat we als beroepsvereniging willen bereiken. In onze ledenvergadering is gesproken over de toekomstige positionering van onze vereniging binnen de KNMG.' Inmiddels is Verenso al vele jaren federatiepartner van de KNMG.

De heer Theeuwes nam het voorzitterschap over van de heer Van der Wedden. In zijn periode werd het meerjarenbeleidsplan opgesteld. Deze visieontwikkeling resulteerde in het uitgangspunt dat de verpleeghuisarts er voor iedereen moet zijn, die de kennis en kunde nodig had, waar deze patiënt ook verbleef. De verpleeghuisarts ging naar buiten! Na de heer Theeuwes kwam mevrouw Dijkman aan het roer. Zij stelde: 'Het samengaan met de sociale geriatrie is van groot belang om ouderen in de thuissituatie deskundige hulp te bieden. De omschrijving van de taken in het verbrede takenpakket komt tot uiting in de driejarige opleiding. De toestroom van verpleeghuisartsen naar sociaalgeriatrische cursussen geeft het enthousiasme weer voor

deze expertise'. Tijdens haar voorzitterschap werd het Raad van Toezicht-model geïntroduceerd.

In 2007 droeg mevrouw Dijkman het vaandel over aan mevrouw Draijer. Tijdens de Algemene Ledenvergadering in juni 2010 werd besloten tot een wijziging van het bestuursmodel. Men vond het zuiverder dat de voorzitter geen toezichhoudende rol heeft en dus geen deel uitmaakt van de Raad van Toezicht. Onder voorzitterschap van mevrouw Draijer wordt zwaar ingezet om de wereld te laten zien waar de specialist ouderengeneeskunde goed in is: het verzorgen van complexe medische zorg aan kwetsbare ouderen, ongeacht de verblijfplaats.



Drs. G.M. Draijer.

Voorzitters 1972 - heden

Dhr. F. Oostvogel	1972 – 1976
Dhr. C. Leering	1976 – 1981
Dhr. F.M. Helmer	1981 – 1983
Dhr. M.W. Ribbe	1983 – 1985
Dhr. H.J.W. Post	1985 – 1986
Mw. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner	1986 – 1989
Dhr. H. Wiegmans	1989 – 1991
Dhr. E.G.A. van Warmerdam	1991 – 1994
Dhr. D.A.A. van der Wedden	1994 – 1997
Dhr. C.J.G. Theeuwes	1997 – 2002
Mw. R.M. Dijkman	2002 – 2007
Mw. G.M. Draijer	2007 - heden

Geriopterix



Zoals beschreven in het venster van Karel Kamperman over de sociale geriatrie, ging met de fusie de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie (NVSG) in 2006 op in wat nu Verenso is. Daaraan voorafgaand had de NVSG haar register van sociaal geriaters ondergebracht in een stichting, met de bedoeling het voortbestaan van dit register te waarborgen. Vooral die sociaal geriaters voor wie het niet goed mogelijk was om in te stromen in het register van specialisten ouderengeneeskunde, waren hierbij gebaat. Er was wel een route geopend om inschrijving in het CHVG-register van sociaal geriaters die de verkorte opleiding bij Gerion volgden, praktisch mogelijk te maken. Dit zorgde ervoor dat deze sociaal geriaters de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde niet vanaf het eerste jaar hoefden te doen. Deze regeling had echter niet het karakter van een generaal pardon, zoals wel gebeurde bij de erkenning van het specialisme verpleeghuisarts in 1989. Destijds was 'als zodanig werkzaam' voldoende om als verpleeghuisarts ingeschreven te worden.

Er bleef dus een flinke groep artsen over (bij aanvang een tachtigtal) die als sociaal geriater werkzaam waren en belang hadden en hebben bij bescherming van hun status. Een status die niet gekoppeld is aan inschrijving in een publiekrechtelijk register, maar wel aan een goed beschermd privaat register.

Dat aan die inschrijving veel waarde toegekend werd,

blijkt onder meer uit de aparte vermelding van sociaal geriaters in de CAO GGz en de daaraan gekoppelde functiewaardering. Maar het blijkt bijvoorbeeld ook uit advertenties waarin opname in het register als eis staat vermeld. De sociaal geriaters hadden hun sporen verdiend als pioniers in de GGz-instellingen. Bij gebrek aan voldoende ouderenspsychiaters hielpen zij de ambulante ouderenspsychiatrie mede ontwikkelen. De sociaal geriaters stonden er bij GGz Nederland goed voor! Om een officiële status aan het pioniersvak te geven, was erkenning en bewaking van de deskundigheid noodzakelijk. Zeker in de periode dat sociaal geriaters nog streefden naar aparte erkenning werden strenge normen gehanteerd bij opname in het register (die op den duur dus alleen nog maar mogelijk was via de opleiding). Deze strengheid is volgehouden in de eisen voor herregistratie, waarbij zoveel mogelijk bij de normen van de KNMG-colleges werd aangesloten (bijvoorbeeld ten aanzien van het aantal uren nascholing en werkzaamheid als sociaal geriater).

Na de fusie tussen NVVA en NVSG is het register gesloten voor nieuwe inschrijvingen. Het is immers de bedoeling dat artsen die zich op dit terrein willen bekwamen en daar werk in willen vinden, toegang zoeken door het volgen van de opleiding tot het specialisme ouderengeneeskunde. Zij kunnen zich daarbinnen eventueel specialiseren in het ambulante veld. Dit betekent dat

het register op den duur zal eindigen met uitschrijving van de laatste sociaal geriater van de oude stempel.

Een uitstervend ras. Dit komt tot uitdrukking in de naam die is gekozen: Geriopterix. De naam is gekozen naar aanleiding van de film *Jurassic Park*. Hiermee vergelijkt de toenmalige NVSG-voorzitter Tinus de Ruijter – die ons veel te vroeg ontvallen is en kartrekker was in dit hele proces – de positie van de sociaal geriater. Het embleem is dat van de prehistorische vogel de Archaeopterix. Daar is de variant Geri-Opterix van gemaakt. Enerzijds is er de link naar het uitstervende ras en anderzijds de helikopterview die de sociaal geriater als een van de eerste 'specialisten' gebruikten in hun 'vak over de gehele mens'. Zo krijgt de aanvankelijk pionierende arts, met de schop als aards symbool in zijn hand, in zijn laatste fase vleugels.

Deze stichting Geriopterix is, anders dan nog al eens gedacht wordt, dus geen voortzetting van de rechtspersoon NVSG.



Interpretatie door Paul Jorritsma; eigen schoonheid van ouderom en veroudering.

Ketenzorgontwikkeling voor patiënten met de ziekte van Huntington

De ziekte van Huntington is een erfelijke ziekte, die bij ongeveer 1500 mensen in Nederland voorkomt. Meestal openbaart de ziekte zich tussen het 30e en 50e levensjaar. Het is een complexe ziekte, die bij elk individu anders verloopt. Er treden motorische, cognitieve en psychiatrische veranderingen op, die slechts symptomatisch behandeld kunnen worden. De hoop op een behandeling werd gevoed doordat in 1983 de ziekte als allereerste aandoening met DNA-markers kon worden gelokaliseerd op een chromosoom. Tot nu toe is er echter geen behandeling gevonden die de ziekte afremt, dan wel geneest.

In de jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen verpleeghuizen zich te richten op deze bijzondere groep bewoners. Deze waren veel jonger dan de andere verpleeghuisbewoners, met andere behoeften in de inrichting van het huis, en met andere wensen ten aanzien van dagbesteding. In de afgelopen jaren is de onderlinge samenwerking tussen diverse Nederlandse instellingen geïntensiveerd. In landelijke overleggen wordt, samen met de Vereniging van Huntington, gewerkt aan het optimaliseren van de ketenzorg. De Vereniging van Huntington is een actieve patiëntenvereniging, die zich inzet voor de belangen van getroffen families.



Passende dagbesteding kan vaak in groepsverband worden vormgegeven, waarbij per individu aanpassingen nodig kunnen zijn om deel te nemen aan de activiteit.

In verschillende regio's wordt de ketenzorg vanuit expertisecentra vormgegeven. Waar van oudsher verpleeghuiszorg en dagbehandeling geboden werden, wordt het aanbod uitgebreid met poliklinische zorg, tijdelijke opnames en casemanagement. Ook aan partners en andere familieleden wordt begeleiding op maat gegeven.

Zorgmedewerkers en behandelaren ontwikkelden in de loop der decennia een grote ervaringsdeskundigheid. Zij werken vaak jaren achtereenvolgend op de huntingtonafdeling. De betrokkenheid bij de bewoner en zijn/haar familie is groot.

Europese en wereldcongressen over de ziekte van Huntington, waarvoor posterpresentaties en mondelinge bijdragen kunnen worden ingediend, worden bezocht.

In werkgroepen van het Europese netwerk EHDN (European Huntington's Disease Network) wordt informatie uitgewisseld en ervaringen worden gebundeld in richt-

lijnen voor bijvoorbeeld paramedici. Wetenschappelijk onderzoek over de zorg voor patiënten met de ziekte van Huntington wordt gestimuleerd. Er is nog nauwelijks zorgonderzoek verricht. De medische zorg wordt vanuit ervaringsdeskundigheid vormgegeven. Specialisten ouderengeneeskunde werken zonder richtlijnen of protocollen en raadplegen op indicatie neurologen en psychiaters.

In de nabije toekomst zal advies aan ouders en begeleiders (bijvoorbeeld scholen) van kinderen en adolescenten met de ziekte van Huntington nog een plaats moeten krijgen in de keten.

Partner van een bewoner: "geweldig dat er nu ook poliklinische begeleiding mogelijk is... Wij vonden destijds nergens begrip of hulp voor onze relatieproblemen..."

Veiligheid

Veilig wonen

In de markt voor woonvoorzieningen voor ouderen worden appartementen aangeprezen als een omgeving waar men veilig kan wonen. Het appelleert aan gevoelens van kwetsbaarheid. Veiligheid betekent in dit geval vaak een alarmeringssysteem, brandveiligheid en toezicht. Bij calamiteiten kunnen de bewoners een beroep doen op burens of hulpverleners. De beslotenheid van de appartementen biedt bescherming tegen ongewenste elementen. Vallen is het meest voorkomende ongeval dat ouderen in huis kan overkomen. Volgens Consument en Veiligheid valt ieder vijf minuten een oudere dusdanig dat behandeling op een SEH-afdeling noodzakelijk is. Binnen verpleeghuizen staan bewoners ook bloot aan vele bedreigingen, zoals vallen, medicatiefouten, ondervoeding, onvolgende hygiëne, diefstal en mishandeling.



Interpretatie door Paul Jorritsma; eigen schoonheid van ouderdom en veroudering.

Uit de *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen* van de universiteit van Maastricht van 2011 blijkt dat een op de vijf bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ondervoed is. Een op de dertien patiënten heeft in de dertig dagen voorafgaand aan de meting een valpartij meegemaakt, waarvan bijna de helft letsel heeft opgelopen. Meer dan driekwart van de instellingen heeft een protocol ter voorkoming van valincidenten, en toch deed meer dan de helft de afgelopen jaren niets aan bijscholing op dit gebied.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg deed in 2010 onderzoek naar medicatieveiligheid in de langdurige zorg. De medicatieveiligheid was in de bezochte verpleeghuizen op de meeste onderwerpen redelijk gewaarborgd. Toch was in ruim driekwart van de bezochte verpleeghuizen verbetering van de farmaceutische zorg op één of meer punten noodzakelijk. Uit vervolgonderzoek in 2011 blijkt dat binnen korte tijd de medicatieveiligheid sterk te verbeteren is. Bij de bezochte instellingen is het aantal hoge en zeer hoge risico's met 80% of meer afgenomen.

Hoogleraar psychologie René Diekstra heeft in 2011 ongeveer tweeduizend meldingen binnengekregen over diefstal van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Hij heeft de meldingen gebundeld in een zwartboek en gepresenteerd in het programma *Meldpunt* van Omroep Max.

Uit inventariserend onderzoek van specialist ouderengeneeskunde Elis Bardelmeijer in 2007 blijkt dat ongeveer vier op de tien specialisten ouderengeneeskunde de afgelopen twee jaar te maken hebben gehad met ouderenmishandeling in de vorm van psychische en lichamelijke mishandeling, uitbuiting en verwaarlozing. In ruim de helft van de gevallen ging het om lichamelijke mishandeling, in 43% om psychische of verbale mishandeling. Voor staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten, ook specialist ouderengeneeskunde, is het in 2011 reden om misbruik en mishandeling van ouderen snel aan banden te leggen. De staatssecretaris wil het geweld zo snel mogelijk stoppen door het snel te signaleren, te melden en door goede ondersteuning van slachtoffers.

In veel verpleeghuizen wordt onvoldoende hygiënisch gewerkt, suggereert een onderzoek uit 2011 van de Consumentenbond. 15 van de 37 onderzochte verpleeghuizen scoorden een onvoldoende. Vooral de handhygiëne liet vaak te wensen over. Ook was er veel mis met de opslag van medicijnen en verband- en schoonmaakmiddelen, en waren protocollen over hygiënisch werken niet altijd voorhanden. Inge van der Stelt, beleidsmedewerker bij Verenso, reageert in *Medisch Contact* dat instellingen zelf de handschoen moeten oppakken. Bijvoorbeeld door een hygiënist in te schakelen die aandachtspunten kan aangeven. Ter bevordering van de



Interpretatie door Paul Jorritsma; eigen schoonheid van ouderdom en veroudering.

hygiëne in verpleeghuizen zijn richtlijnen beschikbaar, onder meer van de werkgroep infectiepreventie.

Verenso en specialisten ouderengeneeskunde spelen een rol als het gaat om veilig wonen. Als regisseur van zorg zal de specialist ouderengeneeskunde toezien op een veilige woonomgeving. Valpreventie, infectiebestrijding en het bevorderen van hygiëne horen daarbij. Verenso ontwikkelt richtlijnen op dit gebied en participeert in richtlijnwerkgroepen die zich op deze onderwerpen richten. Medicatieveiligheid staat hoog op de agenda en daarbij behoort het elektronisch voorschrijven van medicatie, wat door Verenso actief wordt gepropageerd.

Verenso, strategie en beleid

Nieuw elan

'Het bereiken van optimale functionele autonomie en kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek'; dat is de collectieve ambitie van de leden van Verenso, zo blijkt uit de omschrijving van de missie. In 1999 kozen de leden voor een paradigmaverschuiving door te stellen dat verpleeghuisartsen alle mensen met 'multiple pathologie' en een complexe zorgvraag wilden bereiken, ongeacht de plaats waar zij verblijven. Deze uitspraak werd onderbouwd en door de ledenvergadering bekrachtigd.



De term verpleeghuisarts dekte bij al deze ontwikkelingen de lading niet meer en de speurtocht naar een nieuwe naam begon.

Vele jaren zijn er nodig om een nieuwe naam te krijgen voor een nieuw vakgebied. Vele namen passeerden de revue en even zoveel namen zijn weer afgekeurd door de federatiepartners binnen de KNMG. De minister had aangegeven alleen namen goed te keuren die door alle partijen samen worden gedragen. En dat bleek knap lastig. De term 'ouderenarts' werd afgekeurd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), want de huisartsen hebben veel meer ouderen in de praktijk. De naam 'algemeen geriater' werd afgekeurd door de klinisch geriater, die alvast meegaven dat alles waar geriater in zat sowieso zou worden afgekeurd. Het bleek overigens in de praktijk heel lastig iets te vinden dat het hele vakgebied dekt zonder dat de naam een hele volzin wordt. De jongere MS-patiënt of de patiënten met niet-aangeboren hersenletsel kwamen in geen enkele naam goed aan bod. Kwetsbaarheid komt op alle leeftijden voor. Uiteindelijk kwam in 2009 tijdens een rondetafeloverleg met de LHV, de NVKG en onder voorzitterschap van de voorzitter van de KNMG een voorstel tot stand waar alle onderhandelingspartijen zich in konden vinden: de 'specialist ouderengeneeskunde'.

In een ledenvergadering die tumultueus verliep – het is

natuurlijk naïef te denken dat alle 1500 leden het direct een fantastische naam zouden vinden – werd uiteindelijk met overweldigende meerderheid de nieuwe naam van het specialisme aangenomen. Ook de naam van de vereniging, dat oorspronkelijk stond voor Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen, moest worden aangepast om met de tijd mee te gaan. Het werd: Verenso. De naam klinkt krachtig en toch zacht.

Met de naam Verenso wil de vereniging zowel de zakelijke kant van de vereniging als de menselijke kant van de beroepsgroep uitstralen. De naam ligt goed in het gehoor en is gemakkelijk te onthouden. Verenso is een fantasienaam, maar de samentrekking van vereniging en specialisten ouderengeneeskunde/sociaal geriateren kan gemakkelijk worden gemaakt.

Om de ambities te realiseren die de nieuwe naam beoogt, moet wel voldaan worden aan een aantal voorwaarden. Zo zal de specialist ouderengeneeskunde die de beoogde brede doelgroep bedient voor een groter

aantal patiënten de medische zorg op zich moeten nemen. Dit kan alleen met maximale taakverschuiving naar andere disciplines, zoals de verpleegkundig specialist (VS), nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA). Hoe dit op een verantwoorde manier kan, heeft Verenso verwoord in de handreiking Taakdelegatie. Ook het beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde wordt aangepast.

Het is nu 2012 en ik ben ervan onder de indruk hoe snel de nieuwe namen zijn ingeburgerd. Niet alleen bij de leden, maar vooral ook bij onze beroepsgenoten, patiënten, beleidsmakers en verzekeraars. Hoe moeilijk het ook leek in het begin, het heeft de inburgering blijkbaar niet verhinderd. Een mooie naam voor een mooi vak. Het geeft uitdrukking aan de hoge expertise en koppelt ons niet meer aan de verpleeghuizen. Dit was iets waar vooral de artsen in de eerste lijn last van hadden. Het is een hele reis geweest van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde. Wat zal de komende 40 jaar ons brengen?



Brainstorm nieuwe naam.

De Toekomst

Zelfstandig en zelfbewust

Op dit moment is het huidige verpleeghuis een modern multifunctioneel centrum waar mensen met een groot aantal verschillende aandoeningen terecht kunnen. Onvoldoende is echter doorgedrongen dat patiënten, familie en professionals hun identiteit ook ontleen aan de plek waar ze verblijven. Ook al zijn verpleeghuizen onderverdeeld in afdelingen met verschillende patiëntcategorieën, de voordeur blijft hetzelfde. Er is behoefte aan een ander soort voorziening die al op verschillende plaatsen gestalte krijgt. De verschillende functies van het verpleeghuis, nu nog onder één dak, moeten een eigen weg inslaan, zich ontwikkelen binnen dat specifieke vakgebied.

Het verpleeghuis is al veranderd van een opvang voor mensen die uitbehandeld zijn naar een modern multifunctioneel centrum. Een nieuwe metamorfose is echter noodzakelijk en krijgt vorm: gespecialiseerde *ketenzorg* voor ouderen en chronische patiënten, ongeacht waar de patiënt verblijft.

De specialist ouderengeneeskunde zal aan het begin van die keten staan. Een sleutelpositie innemen bij iedere verandering die optreedt in de leefsituatie van kwetsbare ouderen en chronische patiënten. Hij zal de eerste aanzet geven bij geriatrische revalidatie vanuit

het ziekenhuis en bij vroegtijdige herkenning en diagnostiek van psychogeriatrische patiënten in de thuis-situatie. De specialist ouderengeneeskunde is ook de specialist die behandelt, begeleidt en consulten geeft in



Glazen bol: wat brengt de toekomst ons?

intramurale settings bij de behandeling van patiënten met neurologische aandoeningen. En hij is de specialist die patiënten bijstaat in de laatste levensfase als palliatief consulent, thuis of in een instelling.

De specialist ouderengeneeskunde is proactief, meer gericht op functionele mogelijkheden dan op behandelen en stelt de wensen van de patiënt centraal. Die attitude past bij de veranderingen die de ouderengeneeskunde te wachten staan. Ouderen die onafhankelijk willen zijn en mogelijkheden hebben om zelfstandig te wonen. Ouderen die ondanks beperkingen zelf de regie willen houden over hun leven. De specialist ouderengeneeskunde kan zorg op maat geven.

De specialist ouderengeneeskunde van nu en straks ontleent zijn expertise aan een brede en generalistische kennis. Bij zorg op maat hoort ook kennis op maat. Vanuit de generalistische aanpak zal een meer specialistische kennis van deelgebieden noodzakelijk zijn. De komende jaren zal de medische wetenschap zich uit pure noodzaak gaan richten op onderzoek en wetenschappelijke onderbouwing van de ouderengeneeskunde. Specialisten ouderengeneeskunde zullen de schakel vormen tussen praktijk en academie.

Specifieke kennis van geriatrie, revalidatie, psychogeriatric, pijnbestrijding en palliatieve zorg zal nodig zijn. Specialisten ouderengeneeskunde zullen als onderzoekers bijdragen aan die ontwikkelingen. Zij zullen als behandelaars in gespecialiseerde (academische) instellingen die nieuw verworven inzichten in praktijk

brengen en als laagdrempelig begeleider van patiënten thuis of in kleinschalige voorzieningen de weg wijzen naar op de patiënt toegesneden hulpverlening.

Wat levert dit allemaal op? Om te beginnen krijgen patiënten de zorg en behandeling die zich specifiek richt op de problemen waar zij mee leven. Thuis of in een omgeving die hierin gespecialiseerd is. Bovendien staat in dit denken de 'zorgketen' centraal. Het gaat erom welke voorzieningen en professionals nodig zijn om chronische patiënten en kwetsbare ouderen in staat te stellen, tot in de laatste levensfase, het leven te leiden dat zijzelf wensen en kunnen.

Op dit moment staat ouderenzorg nog te veel in de marge van de gezondheidszorg. De aandacht is gericht op de ziekenhuizen, op academische centra. Daar gebeurt het, is de gedachte. Men realiseert zich onvoldoende dat het met name de ouderen zijn die gebruikmaken van de gezondheidszorg. Niet alleen in verpleeghuizen, maar ook in ziekenhuizen en thuis. Alle medische beroepsgroepen hebben in toenemende mate te maken met kwetsbare ouderen. De verschillende specialismen op dit gebied bieden echter nog te veel versnipperde en te weinig integrale zorg.

Idealiter zal het in de toekomst zo zijn dat in een vroeg stadium professionals vanuit alle achtergronden, medisch en niet-medisch, samenkomen om de betrokkenen datgene te brengen wat leidt tot een zo aangenaam mogelijk leven. Een mooi vooruitzicht.

De hoogleraren verpleeghuisartsen/specialisten ouderengeneeskunde

- Prof. dr. Joop (JJM) Michels, bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde vanwege de Stichting Johannes de Deo, 1978-1989, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Prof. dr. Frits (FJG) Oostvogel, bijzonder hoogleraar medische gerontologie en geriatrie vanwege de Stichting Katholieke Verplegings- en Verzorgingsinstellingen, 1984-1988, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Prof. dr. Miel (MW) Ribbe, gewoon hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, 1989-2011, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Prof. dr. Herman (HJM) Cools, bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde vanwege de Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen, 1991-1998, gewoon hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, 1998-2010, Universiteit Leiden.
- Prof. dr. Dick (DH) Sipsma, gewoon hoogleraar klinische geriatrie, 1993-2001, Universiteit Groningen.
- Prof. dr. Paul (PGAM) Froeling, bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde vanwege de Stichting Johannes de Deo, 1997- 2004, St Radboud Universiteit Nijmegen.
- Prof. dr. Hans (JJM) van Delden, gewoon hoogleraar medische ethiek, 2002- heden, Universiteit Utrecht.
- Prof. dr. Jan (JA) Eefsting, bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde vanwege de Vereniging Het Zonnehuis, 2002-2012, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Prof. dr. Jos (JMGA) Schols, bijzonder hoogleraar chronische zorg vanwege de Stichting Bevordering Wetenschappelijk onderzoek in de Chronische Zorg, 2003-2009, Universiteit Tilburg; bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde vanwege de Stichting Elisabeth Strouven, 2007-2011, gewoon hoogleraar ouderengeneeskunde, 2011-heden, Universiteit Maastricht.
- Prof. dr. Raymond (RTCM) Koopmans, profileringshoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, 2005-2010, strategisch hoogleraar ouderengeneeskunde, 2010-heden, UMC St Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Prof. dr. Cees (CMPM) Hertogh, bijzonder hoogleraar ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen vanwege de Steunstichting Vivium Zorggroep, 2009-2012, gewoon hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg, 2012- heden, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Prof. dr. Wilco (WA) Achterberg, gewoon hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde, 2010-heden, Universiteit Leiden.

Auteurslijst

- *Prof. dr. W.P. Achterberg*, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde, LUMC Leiden
- *Drs. S. Adema*, specialist ouderengeneeskunde, Huntington Expertisecentrum Atlant
- *Dr. F. Boersma*, specialist ouderengeneeskunde, Team290, Dignis/Lentis, Groningen
- *Drs. J.C. Caljouw RA*, economisch directeur Het Zonnehuis-Beekbergen (1975-1991)
- *Emeritus prof. dr. H.J.M. Cools*, specialist ouderengeneeskunde n.p., afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde LUMC, Leiden
- *Prof. dr. J.J.M. van Delden*, hoogleraar medische ethiek en specialist ouderengeneeskunde, Julius Centrum, UMC Utrecht
- *Drs. I.D. Doornbos*, Coördinator SOON
- *Drs. G.M. Draijer*, specialist ouderengeneeskunde, voorzitter Verenso
- *Drs. R.M. Dijkman*, specialist ouderengeneeskunde, SHDH Haarlem
- *Drs. L.P.M. Faas-Vlek*, communicatieadviseur Verenso
- *J. Heidstra-Wolke*, beleidsondersteuner Verenso
- *Drs. J.F. Hoek*, specialist ouderengeneeskunde, bestuursvoorzitter SOON
- *Drs. K.M. Kamperman*, sociaal geriater, Parnassia regio Den Haag
- *Drs. B. Keizer*, specialist ouderengeneeskunde, Flevohuis Amsterdam
- *Dr. J.W.P.M. Konings*, specialist ouderengeneeskunde, Careyn Maria-Oord Vinkeveen
- *Mr. drs. P.J.F. van der Kooij*, programmamedewerker Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg, Vilans Utrecht

- *Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans*, hoogleraar ouderengeneeskunde in het bijzonder langdurige zorg, UMC St Radboud Nijmegen
- *E.G. van Laar, MSc*, wetenschapsjournalist, DCHG medische communicatie, Haarlem
- *Dr. J.C.M. Lavrijsen*, specialist ouderengeneeskunde & senior onderzoeker specialisme ouderengeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen
- *Drs. A.H. van Pagee*, specialist ouderengeneeskunde, Norschoten, Barneveld
- *Drs. F.J. Roos*, directeur Verenso
- *Prof. dr. J.M.G.A. Schols*, hoogleraar ouderengeneeskunde, Universiteit Maastricht en Manager Behandeling & Begeleiding bij Vivre in Maastricht
- *Drs. I. van der Stelt*, beleidsmedewerker Verenso
- *Drs. C.J.G. Theeuwes*, specialist ouderengeneeskunde, Lucia Thebe Breda
- *Drs. M.J. Valk*, algemeen directeur Vereniging Het Zonnehuis (1972-1996)
- *Mr. drs. D.A.A. van der Wedden*, arts-jurist
- *Drs. A.A. Weinberg*, specialist ouderengeneeskunde Rivas Zorggroep Gorinchem e.o.
- *Drs. M. Wesseling*, projectleider KNMG-project Modernisering Medische Vervolgopleidingen
- *Dr. R.B. Wetzels*, specialist ouderengeneeskunde, SZR-Tiel
- *Dr. S.U. Zuidema*, specialist ouderengeneeskunde, hoofd Sectie Ouderengeneeskunde Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMCG Groningen
- *Drs. E.M. Zijp, arts MBA-h*, coördinerend/specialistisch senior inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg Utrecht

ISBN: 978-94-90826-19-2

40 jaar
zelfstandig & zelfbewust