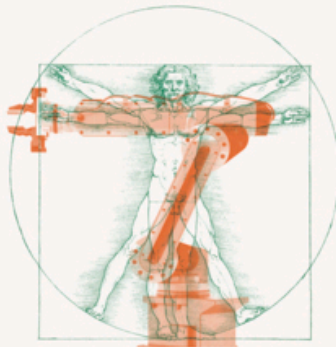
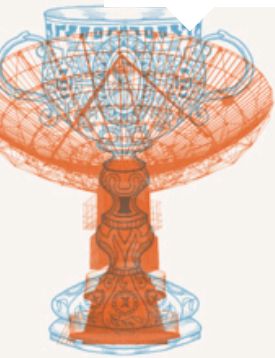
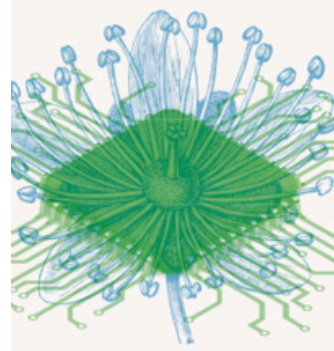


Ouderengeneeskunde

Duurzame en passende
medische zorg

prof.dr. M. Smalbrugge



VRIJE
UNIVERSITEIT
AMSTERDAM



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Ouderengeneeskunde *duurzame en passende medische zorg*

prof. dr. Martin Smalbrugge



Collegae, vrienden, familie - welkom, fijn dat jullie gekomen zijn!

Ik wil de komende 35 minuten mijn visie op de bijdrage van het specialisme ouderengeneeskunde aan een duurzame passende medische zorg voor ouderen, en voor ouderen met complexe multimorbiditeit, schetsen. Een belangrijke uitdaging voor de zorgsector en voor de hele maatschappij. In het bijzonder zal ik ook op de bijdrage van de ouderengeneeskunde aan het onderwijs aan geneeskundestudenten en de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde ingaan.

Onder passende medische zorg voor ouderen versta ik: medische zorg die effectief is, die tegen redelijke prijs beschikbaar is, waartoe oudere en behandelend arts samen besloten hebben, die zo dicht mogelijk bij de patiënt gegeven wordt en die zich niet alleen op ziektes en beperkingen richt, maar juist ook op wat nog kan met, en ondanks, ziektes en beperkingen.

Met duurzaam bedoel ik dat we passende medische zorg voor ouderen nu en in de komende decennia kunnen blijven leveren. Complexe multimorbiditeit zal ik later omschrijven.

Ik zal ingaan op: [dia 2]

1. De te verwachten demografische ontwikkelingen: hoeveel ouderen gaan zorg nodig hebben en gebruiken en wie kunnen/moeten de benodigde zorg bieden? Welke kaders geeft de overheid aan voor duurzame passende medische zorg voor ouderen?
2. De ouderen aan wie de specialist ouderengeneeskunde passende medische zorg verleent: wie zijn dat? Hoe ziet die passende medische zorg eruit en wat beoogt ze?
3. En tot slot: op welke wijze kan mijn leerstoel, en de afdeling ouderengeneeskunde, bijdragen aan een duurzame en passende medische zorg voor ouderen, specifiek ook ouderen met complexe multimorbiditeit? Welke veranderingen zijn nodig in het opleiden van toekomstige artsen en specialisten ouderengeneeskunde?

Maar eerst een korte terugblik op mijn keuze voor de ouderengeneeskunde zoals gemaakt in 1992. Waarom voelde ik me betrokken bij ouderen en daarbinnen bij de meest kwetsbare groep en koos ik voor de ouderengeneeskunde, destijds verpleeghuisgeneeskunde, als vervolgopleiding na het basisartsexamen? Die vraag is nog niet zo eenvoudig te beantwoorden.

Misschien ligt de basis bij mijn persoonlijke ervaring, opgedaan in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw. Ik ben geboren en opgegroeid in Twente, in een drie generatie gezin, waarbij mijn oma – opoe noemden we haar - bij ons gezin inwoonde en volop meedeed, inclusief koken als dat zo uitkwam en letten op de kinderen. Een in de jaren zestig-zeventig van de vorige eeuw nog tamelijk normale situatie, die nu bijna niet meer voor te stellen is. Mijn oma kreeg Alzheimer dementie, en leefde daar een tiental jaren mee, met alle problemen die daarbij horen. Naast de bekende geheugenproblemen, was er ook gedrag dat niet altijd eenvoudig te hanteren was en werd zij steeds meer afhankelijk van de hulp van anderen tot ze uiteindelijk ook bij eten en drinken geholpen moest worden. Zij overleed thuis in alle rust, ruim dertig geleden, 91 jaar oud, en maakte nauwelijks gebruik van professionele zorg en ondersteuning.

Dat kon, terugkijkend, vooral dankzij de inzet van mijn moeder, en met ondersteuning vanuit ons hele gezin. Een zinvolle en fijne laatste levensfase voor mijn oma, en een overlijden in eigen huis en bed. Oud worden en oud zijn met vreugde en verdriet dat gedeeld kon worden met dierbaren. De geschetste situatie komt niet veel meer voor, en ook de moderne vorm - kangoeroe woningen in de achtertuin – zijn een uitzondering.

In de tijd dat zij overleed werkte ik inmiddels als basisarts in een ziekenhuis, ervaring opdoend en dubbend over de keuze voor een geneeskundige vervolgopleiding. Door een basisarts functie in een verpleeghuis van de Stichting Hervormde Diaconale Huizen (nu Stichting Kennemerhart) in Haarlem, is de keuze ouderengeneeskunde geworden. De ervaring in het verpleeghuis in Haarlem was nodig om de definitieve keuze te kunnen maken voor de ouderengeneeskunde. In Utrecht waar ik tot basisarts opgeleid ben, was er geen co-schap in de ouderengeneeskunde.

Terug naar het heden en de nabije toekomst. [dia3]

1. Wat zijn de te verwachten demografische ontwikkelingen: hoeveel ouderen gaan zorg nodig hebben en gebruiken en wie kunnen/moeten de benodigde zorg bieden? Welke kaders geeft het beleid van de overheid aan voor duurzame passende medische zorg voor ouderen?

[dia 4] De krantenberichten over de zorg voor ouderen zijn veelal alarmerend en enigszins deprimerend.

Ouderenzorg zucht onder nijpend personeelstekort

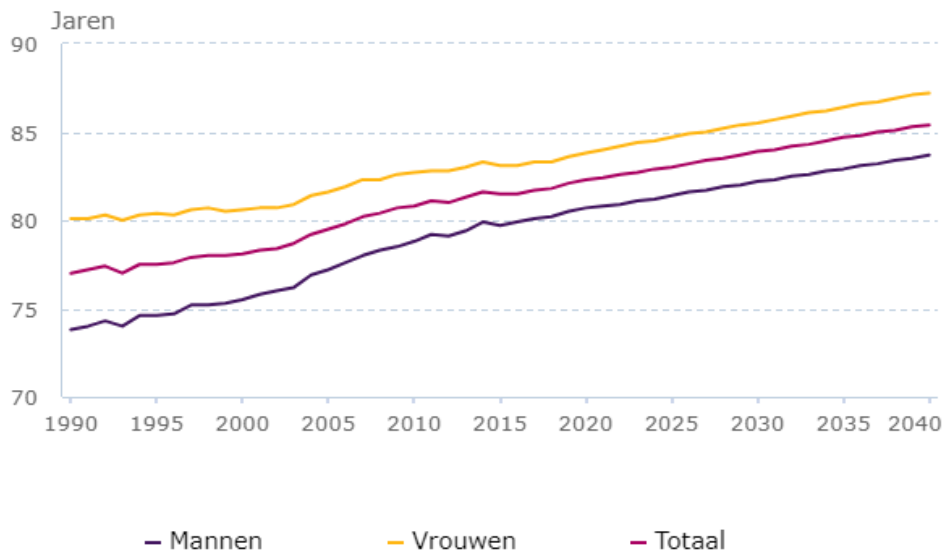
Werkdruk in de ouderenzorg

Er is al een personeelstekort in de ouderenzorg, terwijl het aantal ouderen rap stijgt. Zorgverleners kunnen het werk amper aan, toont een enquête.

Personeelstekort in de zorg is in een jaar tijd bijna verdubbeld

Er komt een tsunami van ouderen, er is geen geld en er zijn geen mensen om de ouderen die zorg nodig hebben voldoende die zorg te bieden; degenen die die zorg wel bieden gaan er aan onderdoor. De heuglijke reden voor die berichten is echter wel dat we iets bereikt hebben waar we naar verlangden: langer leven.¹ [dia 5]

Levensverwachting 1990-2040



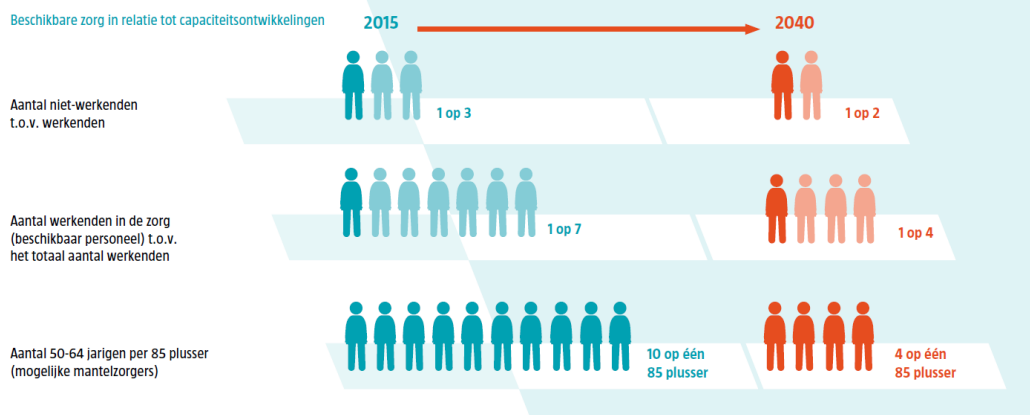
Bron: CBS/RIVM

Dat hebben we dankzij hygiëne, voldoende eten en ontwikkelingen in de geneeskunde bereikt. Denk aan: vaccinaties, antibiotica en behandelmogelijkheden voor diabetes, kanker, hartfalen, longlijden. Maar nu dat bereikt is, vinden we het zorgelijk en lijken de negatieve connotaties dit heugelijke feit te overstemmen.

Waar maken we ons zo'n zorgen over? [dia 6]

Over een toenemend aantal ouderen, in combinatie met een relatief afnemend aantal mensen, zowel naasten/vrienden als professionele zorgverleners, die zorg aan ouderen kunnen en willen verlenen.²

Beroepsbevolking neemt af



Bron CBS

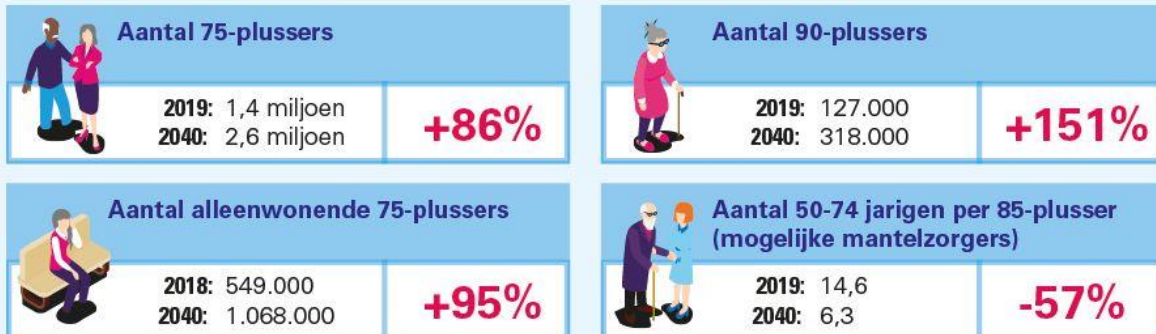
En over de gevolgen van deze vergrijzing voor de volksgezondheid en de zorg, zoals samengevat in de volgende infographic.³ [dia 7]

Deze infographic laat zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen als we als maatschappij op de huidige voet doorgaan en niets extra's doen.

We zien een forse stijging van het aantal zeer oude mensen, meer alleenwonende ouderen, flinke toename van het aantal ouderen met dementie, artrose, multimorbiditeit en als gevolg van dit alles, toename van zorgvraag en kosten.

Invloed van vergrijzing op de zorg

Veranderingen in de bevolking



Gevolgen voor de volksgezondheid



Gevolgen voor de zorg



Deze infographic laat zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen als we als maatschappij op de huidige voet zouden doorgaan en niets extra's zouden doen.

©RD, bron: SER

De kanttekening onderaan de infographic geeft de uitdaging aan: wat kunnen we doen aan extra's?

De getalsmatige veranderingen in de bevolking kunnen we niet beïnvloeden: die gaan over mensen van nu die straks wat ouder zijn.

De gevolgen voor de volksgezondheid kunnen we wel verlichten/verminderen door middel van preventie. Gezonde voeding, genoeg bewegen, sociaal actief zijn maar bijvoorbeeld ook valpreventie dragen bij aan uitstel en afstel van de gevolgen en leiden ook tot toename van welbevinden. Deze vormen van preventie zijn tot op hoge leeftijd mogelijk en effectief.⁴ Doen dus!

De manier van omgaan met de gevolgen van ziektes en beperkingen biedt ook aangrijpingspunten, waarbij de (nog) aanwezige mogelijkheden in plaats van ziekte en beperkingen centraal staan. Wie goed kan omgaan met de gevolgen van ziekte(s) is gezond.⁵ Hier ligt een belangrijke uitdaging en kans voor de geneeskunde opleiding en voor de geneeskundige vervolgoopleidingen. Die zijn

traditioneel gericht op diagnostiek van ziekte en vervolgens behandeling van ziekte. Dat heeft veel goeds gebracht, maar sluit slecht aan bij de zorg en behandeling van een steeds grotere groep oudere patiënten met meerdere ziektes en aandoeningen tegelijk, bij wie vooral de gevolgen om aandacht vragen bij zorg en behandeling. Ik kom daar later op terug.

Bij mogelijkheden om wat aan het tekort aan zorgverleners te doen, kan men denken aan wie die zorg kan en mag verlenen: wat kan iemand zelf doen, wat kan door naasten/vrienden/mantelzorgers gedaan worden en waarvoor is welke zorgprofessional nodig en is de wijze van samenwerking en onderlinge communicatie al optimaal of kan die efficiënter?

Je kunt dan denken aan taakherschikking, interprofessionele samenwerking, gebruik maken van digitale communicatiemogelijkheden door zorgprofessionals en aan samenwerking in het verlenen van de zorg van zorgprofessionals met de informele zorgverleners (naasten, vrienden, familie).

Het overheidsbeleid van het demissionaire kabinet Rutte IV, gevat in nieuwe inmiddels bekende afkortingen (IZA-Integraal Zorg Akkoord; WOZO-Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen; GALA-Gezond en Actief Leven Akkoord), grijpt hierop ook aan. Een nieuw te vormen kabinet, na de verkiezingen op 22 november 2023, zal dit ingezette beleid niet ingrijpend gaan veranderen, verwacht ik. De infografic van WOZO vat samen wat dit overheidsbeleid betekent voor de oudere, diens naasten en omgeving en professionele zorgverleners.⁶ [dia 8]



Bron: VWS

Uitgangspunt is dat de oudere zoveel mogelijk voor zich zelf zorgt en daarbij ondersteund wordt door informele hulp en zorg van naasten, vrienden. Dat vraagt wel cultuurverandering in onze maatschappij en verandering in huisvestingsbeleid die buiten de invloedssfeer van de zorg ligt. Ik zal mij nu beperken tot de rol van professionele zorg in deze beleidskaders. Professionele zorg wordt geboden aanvullend op de eigen en informele zorg, zo lang mogelijk thuis en met inzet van digitale ondersteuningsmiddelen. Voor een kleine groep ouderen met intensieve zorgbehoefte is en

blijft er 24-uurs zorg in een instelling voor langdurige zorg (verpleeghuiszorg) mogelijk: ‘intensive care’ in de meest letterlijke zin. De combinatie van alle mogelijke bronnen van informele en professionele hulp en zorg thuis leidt tot een scala van ondersteunings- en zorgmogelijkheden, die uit verschillende bronnen gefinancierd wordt zoals de figuur laat zien.⁷ [dia 9]

Figuur 4.1

Schematische weergave van de beschikbare vormen van zorg en ondersteuning



Bron: scp

De groene hulp regelt en betaalt de oudere zelf. Voor de oranje hulp en ondersteuning kan de oudere een beroep op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) doen en moet de oudere bij zijn/haar gemeente zijn en geldt deels een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De blauwe zorg wordt verstrekt op basis van het zorgpakket van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en betaalt, na aftrek van het eigen risico, de ziektekostenverzekering. En rode zorg thuis wordt betaald uit de Wet Langdurige Zorg (WLZ), met ook een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van de oudere.

Toegang tot de hulp, ondersteuning en zorg op grond van deze drie wetten krijgt de oudere via formulieren, indicaties en deels onafhankelijke beoordelingen.

Geen sinecure om die zorg als oudere zelf, of als naaste/mantelzorger voor een oudere, aan te vragen. En ook voor professionele zorgverleners een zeer ingewikkeld systeem en absoluut geen stimulans voor onderlinge samenwerking door verkeerde financiële prikkels. Hier kan en moet de overheid, de politiek aanpassingen in doen om tot duurzame zorg te komen.

En dan nog een belangrijke disclaimer: een verkregen indicatie betekent niet automatisch ook dat de zorg beschikbaar is: denk aan de eerder getoonde krantenberichten.

Ik stap over naar het tweede waar ik u in mee wil nemen [dia 10].

2. De ouderen aan wie de specialist ouderengeneeskunde passende medische zorg verleent: wie zijn dat? Hoe ziet die passende medische zorg eruit en wat beoogt die zorg?

Oneerbiediger - meer in beleidstermen - gezegd: wie is de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde?

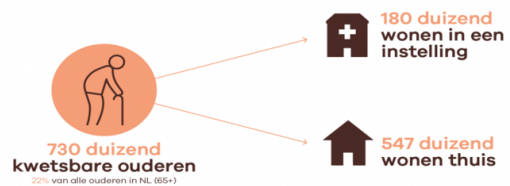
De ouderen aan wie de specialist ouderengeneeskunde medische zorg verleent, is een specifieke groep van ouderen, een relatief kleine groep die echter zal verdubbelen de komende decennia, een die veel zorg en behandeling behoeft met navenante zorgkosten. Het gaat om kwetsbare patiënten met complexe multimorbiditeit.⁸ [dia 11]



complexe multimorbiditeit

“(situaties waarin) niet alleen de ziekte(n) als zodanig, maar ook de beperkingen en het verlies aan zelfredzaamheid en welbevinden aandacht behoeven en er door de betrokkenheid van verschillende hulpverleners veel samenwerking en communicatie over alle zorg noodzakelijk wordt”

Bron: Gezondheidsraad



Vektis, 2023

Complexe multimorbiditeit is gedefinieerd door de Gezondheidsraad als: “(situaties waarin) niet alleen de ziekte(n) als zodanig, maar ook de beperkingen en het verlies aan zelfredzaamheid en welbevinden aandacht behoeven en er door de betrokkenheid van verschillende hulpverleners veel samenwerking en communicatie over alle zorg noodzakelijk wordt”.

Nu zijn dat al ruim 700.000 ouderen en dit aantal zal de komende twintig jaar meer dan verdubbelen. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid kenmerken deze ouderen.

Deze ouderen wonen in een verpleeghuis, in een andere geclusterde woonvorm, en steeds vaker in hun eigen huis. Of een patiënt behoort tot de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde is onafhankelijk van die woonvorm, maar hangt samen met de complexe multimorbiditeit en daaruit voortvloeiende zorgvraag van de patiënt.

Bij de patiënten is sprake van meerdere aandoeningen - zoals beroerte, dementie (zeer groot deel), ziekte van Parkinson - die met een toenemend verlies aan regie gepaard gaan.

De patiënten zijn voornamelijk ouderen, maar soms ook mensen die op jongere leeftijd te maken krijgen met complexe multimorbiditeit, zoals mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), dementie op jonge leeftijd, Huntington, Korsakov.

Het zijn patiënten aan wie zorg verlenen om specifieke kennis en een brede blik vraagt. Genezing van aanwezige ziektes is meestal niet mogelijk en frequent is men minder goed tot communiceren in staat door cognitieve problemen of gehoorproblemen. Diagnostiek en behandeling, en informeren en overleg daarover, zijn daardoor niet eenvoudig. Richtlijnen zijn slechts beperkt bruikbaar, omdat deze patiënten bij veel wetenschappelijk onderzoek helaas geëxcludeerd zijn en worden als deelnemer.

De problematiek van deze patiënten overstijgt veelal de expertise van de huisarts en vraagt om goede netwerkzorg rondom de patiënt en diens informele zorgsysteem. Goede onderlinge communicatie, afstemming en interprofessionele samenwerking en regieafspraken tussen alle betrokken zorgprofessionals zijn daarbij belangrijk.

Het is, samenvattend, een specifieke patiëntengroep, met recht op goede medische zorg net als elke andere inwoner van Nederland. Het vraagt specifieke kunde, tijd, onderling overleg en creativiteit om, met de patiënt en diens mantelzorgers, tot passende zorg en behandeling te komen.

Het sterke verhaal van de ouderengeneeskunde is dat zij passende medische zorg aan deze specifieke groep patiënten biedt, gericht op ondersteuning van hun welbevinden en op behoud en zo mogelijk herstel van functionele zelfstandigheid.

Bij de afdeling ouderengeneeskunde van Amsterdam UMC geven we dat vorm vanuit een viertal kernwaarden: [dia 12]



Afdeling Ouderengeneeskunde

Ouderengeneeskundige zorg is *Persoonsgericht*.

Zij sluit aan bij de beleving van de oudere. Hoe ouderen zich gewaardeerd voelen is mede afhankelijk van hoe zij door ons bejegend en gezien worden. Dat geldt voor ieder mens, maar voor kwetsbare mensen met beperkte zelfmanagementvaardigheden, zoals bijvoorbeeld mensen met dementie, is dit extra belangrijk. Voor hun gevoel van eigenwaarde en daarmee voor hun welbevinden zijn zij veel meer aangewezen op anderen.

Ouderengeneeskundige zorg is *Probleemgericht*.

Ziektekundige classificaties volstaan niet in de ouderengeneeskunde. Wat daar buiten valt, krijgt nauwelijks aandacht en daarmee dreigt de oudere patiënt met multimorbiditeit en klachten en problemen die niet in deze classificatie te vangen zijn, tussen wal en schip te vallen.

Dat kan tot onderbehandeling leiden, omdat problemen die de patiënt als gevolg van zijn ziekten ondervindt uit het oog verloren worden en er juist aan die ziektegevolgen vaak nog veel gedaan kan worden.

Ouderengeneeskundige zorg is *Proactief*.

Zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit vraagt om specifieke aandacht voor het beloop van ziekten en de ziektegevolgen. Dat betekent: anticiperen op te verwachten toekomstige gevolgen en daar de zorg en medische behandeling op richten. In preventie termen: tertiaire preventie. Proactieve zorgplanning (advance care planning voorheen) is dan ook een integraal onderdeel van de ouderengeneeskundige zorg.

Ouderengeneeskundige zorg is op *Preferenties* (voorkeuren) van de oudere gebaseerde zorg.

Binnen de ouderengeneeskunde zijn de waarden en levensdoelen van de patiënt leidend: wat is belangrijk in diens leven en wat betekent dat voor zorg en behandeling. De specialist ouderengeneeskunde betreft in behandelkeuzes uiteraard ook de twee andere pijlers van EBM: het wetenschappelijk bewijs en de klinische ervaring.

Samengevat: de specialist ouderengeneeskunde verleent persoonsgerichte, probleemgerichte, proactieve medische zorg, gebaseerd op de preferenties van de oudere patiënt met als doel welbevinden en behoud en herstel van functionele zelfstandigheid.

Ik heb hiervoor geschetst hoe de demografische ontwikkelingen zijn in de komende decennia, hoe de zorgbehoefte van ouderen zich ontwikkelt, hoe op dit moment zorg en ondersteuning geregeld is en wat de beleidskaders van de overheid rond de ouderenzorg zijn.

De uitdaging in de komende twintig jaar is aan de grote en groeiende groep ouderen duurzaam passende medische zorg te verlenen en, voor de ouderengeneeskunde, specifiek aan ouderen met complexe multimorbiditeit.

Op de bijdrage die mijn leerstoel en de academische afdeling ouderengeneeskunde daaraan kan en wil leveren zal ik nu ingaan [dia 13]

3. Op welke wijze kan mijn leerstoel, en de afdeling ouderengeneeskunde, bijdragen aan een duurzame en passende medische zorg voor ouderen, in het bijzonder ouderen met complexe multimorbiditeit?

Ten eerste door *onderwijs, opleiden, postacademische scholing*, een belangrijk focus van mijn leerstoel, en ten tweede door *onderzoek*.

Ik begin met onderwijs, opleiden, postacademische scholing [dia 14].

a. onderwijs aan studenten geneeskunde

De duurzame passende medische zorg voor ouderen die we in Nederland nastreven, vraagt om basisartsen die, voor welke vervolgopleiding ze ook kiezen, in staat zijn om passende medische zorg aan ouderen met multimorbiditeit te verlenen. Zij moeten oog hebben voor het netwerk van informele zorgverleners en zorgprofessionals rond de oudere patiënt bij het verlenen van zorg en bij transities van de patiënt tussen zorgsettingen.

Het huidige curriculum leidt de basisarts daar onvoldoende voor op, door het sterke focus in de masterfase op coschappen binnen specialismen in de ziekenhuissetting met beperkte aandacht voor co-schappen in specialismen buiten het ziekenhuis, waar wel het leeuwendeel van de medische zorg voor ouderen plaatsvindt.

In de bachelor fase betekent dat meer aandacht voor preventie, multimorbiditeit en chronische ziekten. Natuurlijk is enkelvoudige ziektes kunnen herkennen en behandelen van belang en is het didactisch goed daarmee te starten. De 'normpatiënt' van de komende decennia heeft echter meer dan een aandoening en chronische ziekte die niet te genezen is, maar waarmee geleefd moet worden (denk aan hartfalen, dementie, COPD, allerlei vormen van kanker, diabetes mellitus). Om artsen op te leiden die de patiënt van de toekomst passende medische zorg kunnen verlenen is het noodzakelijk het onderwijs in de bachelor fase in lijn te brengen met deze nieuwe epidemiologische realiteit.

In de masterfase dient er meer ruimte te komen voor co-schappen buiten het ziekenhuis. Denk aan een co-schap van langere duur op 1 plek in de eerste lijn, waarbij huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde geïntegreerd aangeboden worden, met tevens veel aandacht voor preventie en sociale geneeskundige specialismen. In een dergelijk coschap kan de geneeskunde student patiënten volgen als ze naar andere settingen verwezen worden en ervaart hij/zij het belang van netwerkzorg en samenwerken. Daarbij past ook opleiden van co-assistenten in een vaste regio, ook voor de coschappen in het ziekenhuis, om goed zicht te krijgen op en ervaring op te doen met samenwerken in het regionale netwerk van (medische) zorg rondom een patiënt.

Het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA), verbonden met onze afdeling, biedt ook mogelijkheden voor integratie binnen een co-schap huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde in de regio Amsterdam. In dit NOA werken de Amsterdamse langdurige zorg organisaties samen en leveren consultatie en medebehandeling aan huisartsen voor ouderen met complexe multimorbiditeit in de thuissituatie, met vaste teams per wijk.

De ziekenhuiscoschappen zullen in de masterfase door sterker focus op co-schappen in specialismen buiten het ziekenhuis korter moeten worden dan nu, passend bij de ontwikkelingen in de zorg. Eerste experimenten hebben de ruimte gekregen en zijn gaande of gaan nog starten rond het integreren van co-schappen, volgen van patiënten over de lijnen/settingen heen en rond regionale coschappen: dat is positief. Amsterdam UMC bereidt zich voor op veranderingen!

Het voorgaande gaat over het formele curriculum, maar uit onderzoek van collega Ariadne Meiboom weten we dat er daarnaast ook een 'verborgen curriculum' bestaat, dat leidt tot negatieve beelden bij studenten geneeskunde over oudere patiënten met multimorbiditeit, doordat hun rolmodellen (in

het onderzoek van Ariadne artsen werkzaam in het ziekenhuis) zich negatief uitlaten over deze groep patiënten.¹¹

Ook dat moeten en kunnen we veranderen met elkaar: de oudere patiënt heeft daar recht op en mag er niet de dupe van worden. Hij/zij heeft behoefte aan een arts, die de oudere serieus neemt, met de oudere samen prioriteiten vaststelt, keuzes maakt en zorgt voor goede vervolgzorg na de ziekenhuisopname. Dat willen we de basisarts van nu en de toekomst leren.

De voorgestelde veranderingen roepen uiteraard weerstand op. Leert de student wel voldoende in coschappen van specialismen buiten het ziekenhuis en in een niet academische setting? Wie bewaakt dat? Hoe moet dat logistiek? Is er in de specialismen buiten het ziekenhuis voldoende begeleidingscapaciteit? Wij hebben een prima curriculum nu, waarom veranderen? Krijgt mijn specialisme wel aandacht, zodat de basisarts ook weet wat voor vervolgopleiding hij/zij kan kiezen? Wat heeft het voor financiële gevolgen?

Al die vragen horen bij verandering en hierin zullen de specialismes buiten en in het ziekenhuis van de onderwijs en opleidingsregio van het Amsterdam UMC naar werkbare modellen moeten groeien, waarbij vertrouwen belangrijk is.

Vertrouwen tussen de artsen die de student op de diverse plekken, in de specialismen buiten en in het ziekenhuis en binnen en buiten het academisch ziekenhuis opleiden.

Vertrouwen groeit door samenwerken en samen doen is mijn ervaring en overtuiging. Gezamenlijke opleidersscholing kan daarbij een middel zijn om dat onderling vertrouwen te versterken: het draagt bij aan elkaar leren kennen en waarderen.

Daarnaast is een gedeelde visie nodig: wat heeft de basisarts die we nu opleiden nodig. Het 'Raamplan Artsopleiding 2020' en de nota 'De rollen van de arts in 2040, kernwaarden en verhouding tot de samenleving' bieden die visie.^{9,10}

De geneeskundefaculteit van de VU heeft die visie omarmt en de daarbij horende maatschappelijke verantwoordelijkheid om artsen op te leiden die aan ouderen medische zorg kunnen verlenen. Voor realiseren van die visie zal ik me van harte en met energie inzetten, samen met de sectie studentenonderwijs van onze afdeling, geleid door Ariadne Meiboom, en met de afdelingen huisartsgeneeskunde en Public Health en de andere afdelingen binnen de divisie EPH. Maar zeker ook met de ziekenhuisspecialismen, in het bijzonder de specialismen die op ouderen richten, de subafdeling ouderengeneeskunde van interne geneeskunde van Hannah Willems, Majon Muller en Nathalie van de Velde en de ouderenpsychiatrie van Eric van Exel.

Alleen samen kunnen we de noodzakelijke verandering bewerkstelligen.

Met Ariadne Meiboom zal ik daarnaast ook werken aan inbreng van de ouderengeneeskunde binnen het studentenonderwijs van de geneeskundefaculteit van de UvA.

b. opleiden van specialisten ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde van de komende decennia werkt in toenemende mate samen met de huisarts en ziekenhuisspecialisten en daarnaast met verpleegkundig specialisten en physician assistants en vele andere professionals die zorg bieden aan ouderen met complexe multimorbiditeit. Het herziene opleidingsplan voor de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde, waaraan ik het afgelopen jaar met veel plezier heb bijgedragen vanuit het SOON-bestuur, sluit hierop aan. Er zijn opleidingsperiodes in de langdurige zorg, in de zorg voor thuiswonende ouderen met complexe multimorbiditeit, in de geriatrische revalidatie, in de acute ouderengeneeskunde in het

ziekenhuis en in de ouderenpsychiatrie.

De specialist ouderengeneeskunde wordt op deze wijze goed opgeleid om ouderen met complexe multimorbiditeit medische zorg te bieden en zich aan te kunnen passen aan de steeds veranderende context van de ouderenzorg. De ambitie is om van de huidige 50 aios per jaar bij Amsterdam UMC te groeien naar 70-80 aios/jaar i.v.m. het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.

Met Irene de Jong, mijn opvolger als hoofd van de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde, werk ik daarvoor graag samen met de vervolgopleiding tot huisarts van Rob Dijkstra en Judy van Es, met de eerder genoemde collegae Hannah Willems, Majon Muller en Nathalie van de Velde, Eric van Exel. En daarnaast met de opleidingen tot verpleegkundig specialist en HBO verpleegkundige van de Hogeschool van Amsterdam en de Hogeschool InHolland. Interprofessioneel samenwerken en opleiden over de grenzen van de lijnen en settings wordt zo versterkt.

c. postacademische scholing

De postacademische scholing is een belangrijk middel om nieuwe inzichten en resultaten van onderzoek over te dragen en ingang in de praktijk te laten vinden: LevensLang Leren - LLL - is daarbij het motto.

De postacademische scholing vindt bij de sectie GERION plaats, onder leiding van Maaïke Bierstekers, meer en meer interprofessioneel, met deelname van specialisten ouderengeneeskunde, maar ook van verpleegkundig specialisten, physician assistants, huisartsen, ouderenpsychologen, casemanagers dementie, waardoor samenwerking en onderling vertrouwen tussen deze professionals ook groeit. Deze al ingeslagen weg wordt voortgezet en uitgebouwd.

d. En ten tweede wil ik door onderzoek bijdragen een duurzame en passende medische zorg voor ouderen [dia 15]

Vanuit mijn leerstoel is onderzoek enerzijds gericht op onderzoek van 'leren' om wat we doen in onderwijs/opleiding/postacademische scholing te onderbouwen en anderzijds op patiënt gebonden ouderengeneeskundig onderzoek om te onderbouwen welke medische zorg passend is. Dat is belangrijk voor wetenschappelijke onderbouwing van het ouderengeneeskundig handelen. Daarnaast biedt het onderbouwing voor gezondheidszorg beleid en bepalen van het verzekerde zorgpakket.

Wat doe ik en ga ik vanuit mijn leerstoel de komende jaren doen aan onderzoek?

d.1. Om te beginnen onderzoek van het 'leren'. [dia 16]

Op de dia ziet u de uitvoerend onderzoekers die zich daarop richten en de mensen met wie ik daarin qua begeleiding samenwerk. Onderzoek is teamwork!

Basisarts Emma Draper onderzoekt de ervaringen van studenten rond 'verlenen van medische zorg aan oudere patiënten'. Wat hebben studenten hierin aan ondersteuning en begeleiding nodig?

Floor de Boer, AIOTHO huisartsgeneeskunde, onderzoekt, voortbouwend op eerder onderzoek van Nelleke Noeverman¹², hoe supervisie van de aios ouderengeneeskunde en huisartsgeneeskunde plaatsvindt in complexe praktijksituaties.

Maite Portela , AIOTO specialisme ouderengeneeskunde, gaat onderzoek doen naar supervisie en intercollegiale consultatie geven door aios en 'jonge klare' specialisten ouderengeneeskunde.

Gary Yeung, AIOTO ouderengeneeskunde, en Charlotte Albers doen onderzoek naar hergebruik van gegevens die in het kader van de patiëntenzorg door specialisten ouderengeneeskunde worden vastgelegd in het digitale zorgdossier.

Charlotte onderzoekt hoe de registratie van de gegevens verbeterd kan worden en Gary onderzoekt of met deze gegevens de kwaliteit van het handelen van de specialist ouderengeneeskunde te meten is en of en hoe feedback daarover tot verbetering leidt.

d.2 En daarnaast patiënt gebonden ouderengeneeskundig onderzoek

Dit onderzoek vindt plaats binnen de onderzoekslijnen van de afdeling en in samenwerking en afstemming met de langdurige zorginstellingen die deel uitmaken van het Universitair Netwerk Ouderenzorg Amsterdam, de academische werkplaats van de afdeling waar de daadwerkelijke zorg plaatsvindt. Betrokkenheid van deze instellingen, zowel bij het maken van keuzes waarop we ons onderzoek richten, als bij het uitvoeren van het onderzoek, is van onschatbare waarde en noodzakelijk om resultaten van het onderzoek 'te laten landen' en te implementeren in de praktijk van deze instellingen. Al deze langdurige zorginstellingen zijn bovendien ook opleidingsinstellingen waardoor praktijk, onderzoek en opleiding hier nauw verbonden zijn.

Ook bij deze onderzoeken is onderzoek teamwork en werk ik met anderen samen in de begeleiding van de uitvoerende onderzoekers.

Waarop richt zich het patiëntgebonden onderzoek van mijn leerstoel? [dia 17]

1. Binnen de onderzoekslijn 'zorg voor kwetsbare ouderen in de laatste levensjaren':

Marlies Dijk, AIOTO ouderengeneeskunde, voortbouwend op eerder werk van Karin Pouw¹³, of een medicatiebeoordeling waarin palliatieve zorgdoelen expliciet meegewogen worden, bijdraagt aan passender medicatiegebruik.

Hester Fidder en Esther de Groot, beiden AIOTO ouderengeneeskunde, onderzoeken de relatie tussen 'awareness'- problemen (problemen met inschatten van sociale situaties bijvoorbeeld) en gedragsproblemen bij mensen met de ziekte van Huntington, Korsakov en Alzheimer.

Martijn van Dompeler, AIOTO ouderengeneeskunde gaat onderzoek doen naar een goede manier om verpleeghuisbewoners van wie de beslisvaardigheid onder druk staat, zo optimaal mogelijk te betrekken en ondersteunen bij beslissingen op gebied van hun welzijn en hun zorg en behandeling.

Lieke Swart, AIOTO ouderengeneeskunde, en apotheker Robin Roovers gaan met een serie n=1 studies het effect van psychofarmaca op ernstige gedragsproblemen bij mensen met dementie onderzoeken.

[dia 18] 2. Binnen de onderzoekslijn 'Infecties bij kwetsbare ouderen' onderzoekt Ruochen Wang, AIOTO ouderengeneeskunde, welke bacteriën een urineweginfectie veroorzaken en welke niet of mogelijk zelfs beschermen tegen het ontstaan van een urineweginfectie.

Binnen deze lijn ben ik ook betrokken bij de promotieonderzoeken rond urineweginfecties van AIOTO ouderengeneeskunde Jeanine Rutten en verpleegkundig specialist Kelly Paap.

[Dia 19] 3. Binnen de lijn 'Geriatrische revalidatie en netwerkzorg' onderzoeken Milou Angevaare, en Marieke van de Heide, de samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts, om optimale zorg te bieden aan thuiswonende ouderen met complexe multimorbiditeit. Aan dit onderzoek doen het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam en diverse soortgelijke initiatieven verspreid over Nederland mee. In een lerend netwerk, waarin ook andere onderzoeksprojecten van Bianca Buurman van de onderzoekslijn deelnemen over geriatrische revalidatie, herstellzorg/eerstelijnverblijf en ziekenhuisverplaatste zorg worden ervaringen gedeeld om te leren en te verbeteren.

Buiten het Amsterdam UMC tot slot lever ik een bijdrage aan een vijftal promotie-onderzoeken gerelateerd aan probleemgedrag bij mensen met dementie in de langdurige zorg: van Annelies Veldwijk, Hanneke Nijsten, Gerrie van Voorden en Stella Thissen in Nijmegen en van Claudia Groot Kormelinck in Groningen. Hierin werk ik samen met de collegae Raymond Koopmans, Debby Gerritsen en Sytze Zuidema.

Samenvattend:

- Onderwijs, opleiding, postacademische scholing, onderzoek op het gebied van 'leren' en patiënt gebonden ouderengeneeskundig onderzoek zie ik als belangrijke mogelijkheden om vanuit mijn leerstoel bij te dragen aan duurzame en passende medische zorg voor ouderen, in het bijzonder ouderen met complexe multimorbiditeit.

Daar zet ik me de komende jaren, met vele anderen samen zowel van de afdeling Ouderengeneeskunde als van andere afdelingen van het Amsterdam UMC en met partners buiten Amsterdam UMC, graag en van harte voor in.

Duurzaam is een woord dat in de huidige tijd ook andere connotaties heeft. Oud aios van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC zijn actief als klimaatdokter, met een mooie website met tips zonder opgeheven vingertje. Inspiratie vanuit deze jonge collegae om de medische zorg voor ouderen ook in deze betekenis duurzaam te maken!

(<https://deklimaatdokter.nl/>)

[dia 20]



De Klimaat Dokter

DE KLIMAAT DOKTER

**VAN KLIMAAT ZORGEN NAAR GROENE
ZORG**

4. Dankwoord

Ik heb mij ontwikkeld tot wie ik nu ben dankzij opvoeding en onderwijs/opleiding/feedback van veel mensen: mijn ouders, familie, vrienden, onderwijzers en docenten, studiegenoten, patiënten, studenten, aios, promovendi, collegae.

Maar ik wil een aantal mensen specifiek noemen in dit dankwoord, zonder alle anderen tekort te willen doen.

Allereerst dank ik het College van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van bestuur van het Amsterdam UMC voor het in mij gestelde vertrouwen.

Dan Cees Hertogh: in Haarlem heb je me laten zien hoe mooi dit vak is, je bent een mentor geweest richting hoogleraarschap en afdelingshoofd, waar – eerlijk is eerlijk – wel een zekere overredingskracht van jouw kant voor nodig was. Je hebt een prachtige afdeling gebouwd, waar we de toekomst mee in kunnen. Dank! Ik ben erg blij dat je nog beschikbaar bent voor advies en raad de komende tijd.

Anderen die ik wil noemen zijn Arjeh Stofkooper die mij in opleiding nam in 1992; mijn opleidingsgroep VPG92b die nog jaarlijks bijeenkomt; Frank Hoek die mij in 1997 als docent de opleiding introk; Anne Margriet Pot, Aartjan Beekman, Jan Eefsting, Lineke Jongenelis die me met Miel Ribbe op het spoor van onderzoek zetten en Henriette van de Horst die op haar eigen wijze mij stimuleerde richting hoogleraarschap en afdelingshoofd.

Van de collegae buiten Amsterdam UMC wil ik Debby Gerritsen, Raymond Koopmans en Sytse Zuidema in het bijzonder noemen. Ik heb veel van jullie geleerd en ervaren hoe je elkaar kunt aanvullen in samenwerken en werkplezier hebt op die manier.

En mijn oud-collegae binnen het SOON bestuur: Raymond van de Walle, Sophie Querido, Anne van de Brink, Victor Chel, Mariette van der Velden en Coby Tibben en van de SBOH: Cees Esser, Hans Schmidt en Joas Duister.

Ik dank Christa Boer voor het mij betrekken bij de curriculum-aanpassingen die nodig zijn om de arts van de toekomst goed op te leiden. Er is nog veel werk te verzetten daarin!

De collegae leidinggevend van de divisie EPH dank ik voor hun welkom en steun in het afgelopen half jaar, in het bijzonder Allard van der Beek als voorzitter van het divisie-bestuur.

Van mijn eigen afdeling noem ik de mensen die op de achtergrond hun voor mij onmisbare werk doen: Esther van Zunderd, Bernadette Jurrien, Siham Mouhcine, Karin van den Boogaard, Ineke Theuwissen, Yvette de Jonge, Tineke Dekker, Chadia Dahraoui, Sonja Soekander, Niels van Dam. En ik noem Lizette Wattel, Bianca Buurman, Maaike Bierstekers, Ariadne Meiboom, Irene de Jong en Eefje Sizoo, Anouk van Loon, Laura van Buul en Karlijn Joling. Met jullie als collegae leidinggevend en trekkers van de onderzoekslijnen heb ik alle vertrouwen in de toekomst!

[dia 21] Ik dank de collegae van de sectie GERION, en alle medewerkers van de afdeling, met wie ik heb samengewerkt en samenwerk: het plezier straalt er vanaf zoals u ziet.

Ik eindig met de familiekring.

Mijn schoonfamilie, waarbinnen pa ons helaas overleden is vier jaar geleden. Ma, Karin, Willem, Klaas Jan, Alfred, Kama, Liesbeth en Willem Maarten en jullie kinderen: dank voor het gastvrije onthaal in jullie midden en jullie plagende relativerende humor, die elke keer weer verrast.

[dia 22] Dan mijn vader en moeder, die mij en mijn zussen en broer gestimuleerd hebben hun talenten te gebruiken en te ontwikkelen en een warme thuisbasis voor ons vormden. Helaas is papa vorig jaar overleden, hij zou hiervan genieten hebben dat weet ik zeker. Zijn levensvisie dat je goed leeft vanuit vertrouwen, hoop en liefde en dat liefde daarvan het belangrijkste is houd ik vast.

Mama ontzettend fijn dat jij hier wel bent.

Evelien, Henk, Dineke, Michiel, Geert, Anna, Annemieke en Reinald en jullie kinderen en kleinkinderen, ons samenzijn als familie is nooit stil, er is altijd veel te vertellen, te delen en van te genieten.

[Dia 23] David, Elsbeth en Jibbe. Ik kijk met plezier, verwondering en trots, samen met Anne-Marie, naar hoe jullie je ontwikkelen en jullie levens vormgeven en er via jullie een nieuw gezinslid bijkwam: Maartje. In Lyon hebben we onlangs genoten van een weekend samen. Dat smaakt naar vaker en meer!

[dia 24] En als laatste, en belangrijkste, Anne-Marie, mijn levensgezel en ook nog vakgenoot. Bij de redactie van het faculteitsblad Arts en Fiets in Utrecht kwamen we in elkaars leven en ruim 35 jaar lopen en fietsen we al samen op. Ik hou zielsveel van je en hoop dat we nog lang samen verder lopen en fietsen met allen die ons lief en dierbaar zijn.

De toekomst met jou zie ik vol vertrouwen tegemoet, en ik verheug me zeer op onze fietsmaand in Nieuw Zeeland komend jaar.

[dia 25] Ik heb gezegd.

Referenties:

1. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/trendscenario-update-2020/sterfte-en-levensverwachting>
2. CBS, Den Haag, 2015.
3. <https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing>
4. Abud T, Kounidas G, Martin KR et al. Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clin Exp Res* 2022; 34: 1215–1223.
5. Schermer MHN, van der Horst HE. Het concept 'positieve gezondheid' nader bekeken. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2021;165:D5897
6. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>
7. de Klerk M, Verbeek-Oudijk D, Plaisier I, den Draak M. Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, april 2019.
8. Duurzame inzetbaarheid specialist ouderengeneeskunde formatietraject. Verenso, Utrecht, juni 2023.
9. Raamplan Artsopleiding 2020 (NFU-20.1577). NFU, 2020.
10. <https://knmg.maglr.com/knmg-rol-van-de-arts-in-2040/de-rollen-van-de-arts-in-2040>
11. Meiboom A, Diedrich C, Vries HD, Hertogh C, Scheele F. The hidden curriculum of the medical care for elderly patients in medical education: a qualitative study. *Gerontol Geriatr Educ.* 2015;36(1):30-44.
12. Noeverman-Poel N, de Bruijne MC, van Dijk N, Hertogh CPM, Smalbrugge M, Helmich E. Reducing the Tension Between Patient Safety and Trainee Autonomy. *J Am Med Dir Assoc.* 2019 Aug;20(8):1049-1050.
13. Pouw CAM, Hugtenburg J, Smalbrugge M. Achtergronden en rationale van de IMPETUS-studie. Naar een passende medicatieprescriptie bij kwetsbare ouderen in het verpleeghuis. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2017, september, no. 4.

