

## Onderwijs en opleiding in de geriatrie in de Europese Unie<sup>1</sup>

S. Duursma

**Summary: Teaching and training in geriatric medicine in the European Union.** In 1993 about 20% of the population in the 15 ‘old’ member countries of the European Union (EU) was over 60 years of age and this percentage will increase to more than 25% in 2020. These developments play a key role for the investments in education and training to meet societies needs for health care services.

In 2002 about 25% of the medical students in the ‘old’ EU did not receive any education in geriatric medicine. A question is who will provide the services for older people in related areas, like social care, community care, acute care in the hospitals, long-term care, permanent care and care for psychiatric patients?

Geriatric medicine has been recognized as an independent specialty in 8 of the 15 member countries of the ‘old’ EU. In all EU member states the governments are autonomous regarding all aspects of health care services, including the recognition of specialties and specialist training programmes. A two years training in internal medicine has been recommended in the EU, followed by another four years of training in geriatric medicine. The specialist training has a hospital oriented character, however, it includes also community care and other institutionalised care like nursing homes. The curriculum should contain: biological, social, psychological and medical aspects of common diseases and disturbances in older people.

A problem in many EU countries is the shortage of well trained researchers and leading persons for

academic positions for geriatric medicine. In a number of countries chairs at the universities remain vacant for long periods of time or even disappear. Good services in the health care for older people need a high quality curriculum and training programme.

**Samenvatting** In 1993 was ongeveer 20% van de bevolking in de 15 landen van de ‘oude’ Europese Unie (EU) ouder dan 60 jaar en dit percentage zal stijgen tot meer dan 25 % in 2020. Deze ontwikkelingen spelen een sleutelrol bij de investeringen voor onderwijs en opleidingen om te kunnen voldoen aan de te verwachten maatschappelijke behoefte aan voorzieningen in de gezondheidszorg.

In 2002 bleek ongeveer een kwart van de studenten geneeskunde in de 15 ‘oude’ EU landen geen onderwijs te ontvangen in het vakgebied geriatrie. De vraag is wie de verschillende aspecten van zorg voor oude mensen zal leveren, bijvoorbeeld sociale zorg, geneeskundige zorg in de eerste lijn, acute opvang in de ziekenhuizen, langdurige, blijvende en psychiatrische zorg.

Geriatrie is als zelfstandig specialisme erkend in 8 van de 15 landen van de ‘oude’ EU. In de EU zijn de nationale overheden autonoom ten aanzien van beslissingen over alle aspecten van de gezondheidszorg, waaronder de erkenning van specialismen en de opleidingseisen. Voor het specialisme geriatrie wordt twee jaar inwendige geneeskunde geadviseerd, voorafgaande aan vier jaar opleiding geriatrie. De opleiding heeft het karakter van een klinisch specialisme, doch omvat tevens eerstelijns zorg en zorg in andere instellingen die betrokken zijn bij de zorg voor oude mensen, zoals verpleeghuizen. De

S. Duursma (✉)  
hoogleraar geriatrie Universitair Medisch Centrum  
Utrecht **Correspondentie:** prof. dr. Sijmen Duursma,  
Koperslagershoek 21, 3981 SB Bunnik, tel: +31 30 656 3111,  
e-mail: [sijmen.duursma@wanadoo.nl](mailto:sijmen.duursma@wanadoo.nl)

<sup>1</sup> Deze bijdrage is een –geactualiseerde– bewerking van het artikel Teaching and Training for Geriatric Medicine in the European Union, Eur J Geriatrics 2002;4:59-67, tevens gepubliceerd als La enseñanza de la Geriatria en Europa, Revista Espanola de Geriatria y Gerontología 03 2002;37:167-175.

programma's van de opleidingen dienen te bevatten: biologische, sociale, psychologische en geneeskundige aspecten van de aandoeningen die in het bijzonder bij oude mensen voorkomen.

Een probleem in de EU is het tekort aan goed opgeleide mensen voor wetenschappelijk onderzoek en leidinggevende academische posities voor het vakgebied geriatrie. In verschillende landen zijn leerstoelen voor het specialisme lange tijd vacant en gaan leerstoelen verloren. Onderwijs en opleidingsprogramma's van hoog kwaliteitsniveau zijn noodzakelijk voor een goede dienstverlening.

**Keywords** Europese Unie · studenten onderwijs; · specialisten opleiding · nascholing · harmonisatie · European Union · students' curriculum · specialist training · continuing medical education · harmonization

## Inleiding

De welvaart en de structuur van de Westerse landen, verenigd in de 15 landen van de 'oude' Europese Unie (EU), maakten het mogelijk het specialisme geriatrie tot ontwikkeling te brengen, nationale verenigingen op te zetten en voorzieningen op te bouwen voor onderwijs en opleidingen. Onderwijs en opleidingen vormen daarbij niet een doel op zich zelf. Het onderwijs en de opleidingen voor de gezondheidszorg ten behoeve van oude mensen is gebaseerd op de demografische ontwikkelingen, de behoefte aan hulp en de erkenning van de financiële consequenties die daaruit voortvloeien voor zowel de diensten als de opleidingen. In dit artikel zullen de demografische ontwikkelingen en verschillende aspecten van het onderwijs worden besproken. Een enkele opmerking wordt gemaakt over het wetenschappelijk onderzoek, de situatie in de drie aan de EU gelieerde landen en de ethische verplichting ten aanzien van landen waar de geneeskundige zorg voor oude mensen nog niet of nauwelijks is ontwikkeld. Besloten wordt met enkele conclusies om bij te dragen aan de discussies tot verbetering van het onderwijs.

## Demografische en sociale aspecten in de Europese Unie

Evenals als elders in de wereld neemt ook in de EU de levensverwachting en het aantal oude mensen toe. In 1993 was ongeveer 20% van de bevolking ouder dan 60 jaar<sup>1</sup>. Voor het jaar 2020 wordt verwacht dat dit percentage zal oplopen tot meer dan 25%. Aanzienlijke verschillen bestaan tussen de landen (tabel 1). Denemarken, Zweden en Engeland hebben de laagste toename, minder dan 5%, in tegenstelling tot Finland, Frankrijk en Italië

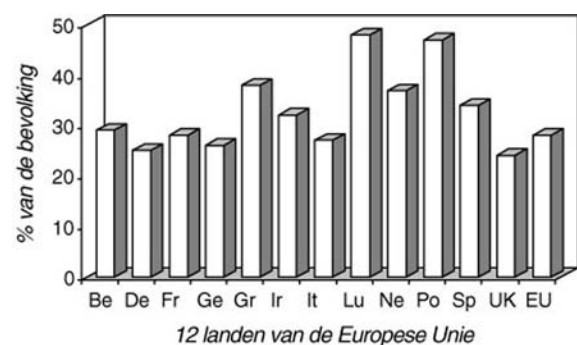
**Tabel 1** De toename van het aantal mensen ouder dan 60 jaar in de 15 landen van de 'oude' Europese Unie tussen 1993 en 2020, weergegeven als percentages van de totale bevolking voor elk van de landen.

Land	percentage toename
Oostenrijk	6,7 %
België	7,7 %
Denemarken	4,2 %
Finland	9,4 %
Frankrijk	8,0 %
Duitsland	7,3 %
Griekenland	6,5 %
Ierland	6,5 %
Italië	8,6 %
Luxemburg	7,1 %
Nederland	7,2 %
Portugal	6,0 %
Spanje	7,6 %
Zweden	3,9 %
Engeland	4,7 %

Berekend naar gegevens van Walker & Maltby<sup>1</sup>, 1997.

waar het percentage oude mensen zal stijgen met 8% of wellicht nog meer.

Een voorbeeld van problemen als gevolg van deze demografische ontwikkeling waarvoor een oplossing moet worden gevonden is de chronische zorgverlening<sup>1</sup>. In figuur 1 is het percentage aangegeven van de mensen ouder dan 60 jaar die hulp behoeven bij de persoonlijke verzorging en bij huishoudelijke werkzaamheden. Voor de 12 onderzochte landen van de EU was het gemiddeld 28%, waarbij opmerkelijke verschillen werden gevonden tussen de landen. In Engeland en Denemarken was het percentage 25%, in Portugal en Luxemburg ongeveer 48%. Vastgesteld zal moeten worden wie in de gevraagde behoefte aan zorg zal moeten voorzien. Walker & Maltby<sup>1</sup> onderzochten de mening daarover van de



**Figuur 1** Percentage van de mensen ouder dan 60 jaar dat hulp ontvangt bij de persoonlijke verzorging of huishoudelijke werkzaamheden, in 12 landen van de 'oude' Europese Unie

mensen ouder dan 60 jaar. De voorkeur ging uit naar een oudere persoon, een professionele zorgverlener, een lid van de familie of een vriend. Weinig goeds werd verwacht als de zorgverlening zou worden geregeld door de zorgverzekeraar. Zowel de voorkeur voor een lid van de familie of vriend als het afwijzen van de zorgverzekeraar komen voor enige relativering in aanmerking.

De discussie over de chronische zorgverlening is gerelateerd aan het aantal jaren van goede gezondheid bij de toenemende levensverwachting. Voor vrouwen is de levensverwachting hoger dan voor mannen, echter vrouwen hebben ook een groter aantal jaren van afhankelijkheid<sup>2</sup>. De vraag is of de stijging van de levensverwachting evenredig zal toenemen met het aantal jaren zonder afhankelijkheid<sup>3</sup>. Kennis en inzicht in deze processen spelen een sleutelrol bij het vaststellen van de investeringen voor onderwijs en opleidingen om tegemoet te kunnen komen aan de maatschappelijke behoefte aan diensten in de gezondheidszorg.

Een goed systeem voor de pensioenvoorzieningen, gebaseerd op reservering tijdens de periode van deelnemen aan het arbeidsproces, bestaat in Ierland, Nederland, enkele Scandinavische landen en Engeland. In andere landen bestaat het systeem van een hoofdelijke omslag: de mensen die actief deelnemen aan het arbeidsproces betalen voor degenen die met pensioen zijn. De te verwachten wijzigingen in de verhouding tussen degenen die aan het arbeidsproces deelnemen en degenen die reeds met pensioen zijn, zullen aanzienlijke financiële gevolgen

hebben voor landen als Finland, Frankrijk en Italië. Aanpassingen lijken onafwendbaar in het systeem van voorzieningen, het deelnemen aan het arbeidsproces, de leeftijd van pensionering en de integratie van oude mensen in de samenleving. Dat vergt tijd, daar de mens over het algemeen traag reageert bij veranderingsprocessen. De demografische ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende gevolgen maken het noodzakelijk deze problematiek met prioriteit te behandelen op de agenda's van de overheden.

### Onderwijs aan studenten geneeskunde

In 2002 zijn gegevens verzameld over de faculteiten geneeskunde in Europa<sup>4</sup> (tabel 2). Van de 207 faculteiten voor geneeskunde hebben 153 (74%) geriatrie in één of andere vorm in het curriculum voor de studenten opgenomen. In Finland, Frankrijk, Italië, Zweden en Engeland hebben de meeste faculteiten geneeskunde een academische afdeling met patiëntenzorg en voorzieningen voor onderwijs en onderzoek voor geriatrie. De overige 10 landen hebben gezamenlijk 104 faculteiten met 11 academische afdelingen geriatrie (11%). Voor psychogeriatricatie is de situatie nog slechter, van 207 faculteiten hebben 20 academische afdelingen (10%). Ongeveer een kwart van de studenten geneeskunde ontvangt geen onderwijs in de geriatrie en minder dan de helft van de faculteiten, 79 van de 207 (47%), biedt voorzieningen voor wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie.

**Tabel 2** Voorzieningen voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek voor geriatrie, psychogeriatricatie en gerontologie aan de universiteiten van de 15 landen van de 'oude' Europese Unie

Land	academische afdeling			curriculum	
	med fac	geriatrie	psychoger	Studenten	co-assist
Oostenrijk	3	–	–	1	–
België	11	2	–	5	ja
Denemarken	3	1	–	3	ja
Finland	5	3	–	5	ja
Frankrijk	37	30	1	37	ja
Duitsland	36	4	1	6	ja
Griekenland	6	–	–	2	ja
Ierland	2	1	1	1	ja
Italië	24	24	–	24	ja
Luxemburg	–	–	–	–	–
Nederland	8	2	1	8	ja
Portugal	5	1	–	1	–
Spanje	27	1	–	27	ja
Zweden	6	8	3	6	ja
Engeland	31	21	13	27	ja

Naar gegevens van Duursma et al<sup>4</sup>, *Z Gerontol Geriat* 2003; 36:204-15.

(med fac = faculteit geneeskunde, psychoger = psychogeriatricatie, gerontol = gerontologie, studenten = studenten onderwijs en co-assist = co-assistenten). Luxemburg heeft geen universiteit.

In 1995 werd door vertegenwoordigers uit van de landen van de EU aanbevolen maatregelen te treffen opdat alle studenten geneeskunde en alle artsen in de EU zouden worden onderricht in de vakken geriatrie, biologische en sociale gerontologie<sup>5</sup>. Het onderwijs diende verplicht te zijn met een bijhorend examen en de toekenning van credietpunten voor de nascholing. Een afdeling geriatrie werd noodzakelijk geacht in ieder ziekenhuis. Gesteld werd dat voor vrijwel alle oude mensen het eerste contact met de geriatrie verloopt via de huisarts, die veel problemen zelf kan oplossen, doch moet weten wanneer een patiënt voor nader onderzoek en behandeling naar een geriater moet worden verwezen.

De meest geschikte methode om de ontwikkeling van de geriatrie te bevorderen en te harmoniseren binnen de EU is het onderwijzen en opleiden van de docenten. Tegen deze achtergrond werd door de ‘*Group of European Professors in Medical Gerontology*’ de European Academy for Medicine of Ageing (EAMA) ingesteld. De EAMA traint docenten die verantwoordelijk zijn voor het onderwijs aan de studenten geneeskunde en voor de opleiding van het specialisme geriatrie. In 1995 werd de eerste EAMA cursus georganiseerd in Zwitserland. Kandidaten worden geselecteerd op basis van hun functionele capaciteiten en hun positie aan de universiteiten of hun positie als opleider. Het programma omvat ‘state-of-the-art’ voordrachten van de cursisten, het voorzitten en verslag uitbrengen van discussies in kleine groepen en het deelnemen aan de discussies aansluitend aan ‘state-of-the-art’ voordrachten van hoogwaardige wetenschappers. Karakteristiek is de intensieve evaluatie van alle activiteiten. Vijf cursussen van steeds vier maal een week, verdeeld over twee jaar, zijn voltooid. In januari 2005 start de zesde cursus. De cursus heeft een hoge waardering bij de deelnemers<sup>6,7</sup>.

## Methoden van onderwijs

Bij het onderwijs aan studenten geneeskunde worden globaal gesproken twee verschillende methoden toegepast. Het traditionele hoorcollege, dat ook kan worden beschouwd als een ‘state-of-the-art’ voordracht van de docent, en het probleemgeoriënteerde onderwijs, waarbij de problemen van de patiënt uitgangspunt zijn. Voordeel van de hoorcolleges is de ontmoeting van de studenten met een ervaren specialist en de uitwisseling van gedachten tussen de studenten en de mening van een deskundige.

In het moderne onderwijs worden de studenten getraind in het oplossen van problemen. In de geneeskunde is een probleem de beschrijving van een abnormale waarneming bij een persoon, die wordt beschouwd als de

oorzaak van de stoornis die ten grondslag ligt aan het abnormaal functioneren van die persoon. De klachten van een patiënt worden voorgelegd aan de studenten en door het stellen van aanvullende vragen, het verzamelen van gegevens omtrent de conditie van de patiënt, het verkrijgen van computergestuurde informatie, het raadplegen van leerboeken en tijdschriften en onderlinge discussies en eventueel het uitnodigen van een deskundige, wordt het probleem geëxploreerd. Getracht wordt inzicht te verkrijgen en het probleem te begrijpen en zo mogelijk een oplossing te vinden voor het probleem van de patiënt.

De probleemgericht wijze van werken in het onderwijs is verwant aan het probleem georiënteerd werken in de geriatrie. Deze klinische benadering kan ook worden toegepast bij het traditionele onderwijs, met een ‘state-of-the-art’ voordracht van de docent. De voordracht begint met de abnormale waarneming bij een patiënt en het formuleren van de problemen van de patiënt. De probleemgeoriënteerde benadering vereist bij de studenten het ontwikkelen van inzicht tot het beoordelen van de risico’s die de patiënt loopt, reeds bij de eerste ontmoeting met de patiënt. Dit aspect wordt in de voordracht besproken in relatie tot de vraag waarmee de patiënt werd verwezen. Een korte beschouwing wordt gegeven over de normale fysiologie, vervolgd met informatie over de functionele veranderingen die ontstaan bij het oud worden. De relevante aspecten van anamnese, lichamelijk en laboratoriumonderzoek en de mogelijkheden van behandeling worden besproken. Aan het eind van de voordracht worden de abnormale waarneming, de formulering van het probleem van de patiënt en de oplossing samengevat. Tijdens de voordracht hebben de studenten steeds de gelegenheid vragen te stellen en van gedachte te wisselen met de docent. Aanbevolen wordt aanvullende vragen met diepgaande discussies aan het einde van de voordracht te behandelen.

## Inventarisatie van de opleiding tot geriater

De vraag is wie de verschillende aspecten van de zorg voor oude mensen behartigt, bij voorbeeld de sociale zorg, de geneeskundige zorg in de eerste lijn, de acute opvang in de ziekenhuizen, de langdurige en de blijvende en de psychiatrische zorg. Blijkens een inventarisatie voor de 15 landen van de ‘oude’ EU<sup>8</sup> (tabel 3) zijn in de meeste landen artsen van verschillende specialismen betrokken bij de geriatrie patiënten. In Finland, Italië, Spanje en Zweden zijn het geriater of huisartsen met een aanvullende opleiding die de zorg verlenen aan geriatrie patiënten. Nederland vormt de uitzondering met vier specialismen: verpleeghuisgeneeskunde, sociale

**Tabel 3** Aspecten van de opleiding geriatrie in de 15 landen van de ‘oude’ Europese Unie.

Land	opleiding int gen	opleiding geriatrie	totale duur opleiding	aantal arts-ass	programma	exam
Oostenrijk	geen	8 weekends	8 weekends	30-40/jaar	theorie + clin	ja
België	5 jaar	1 jaar	6 jaar	30	theorie + clin	nee
Denemarken	4 jaar	2,5 jaar	6,5 jaar	36	clin	nee
Finland	2 jaar	3 jaar	5 jaar	25 ong	clin	ja
Frankrijk	5 jaar	2 jaar	7 jaar	30-35	theorie + clin	ja
Duitsland	6 jaar	1,5 jaar	7,5 jaar	niet bekend	clin	ja
Griekenland*	geen	2 jaar	2 jaar	20	theorie + clin	nee
Ierland	2 jaar	4 jaar	6 jaar	30 ong	theorie + clin	nee
Italië	geen	4 jaar	4 jaar	220/jaar	theorie + clin	ja
Luxemburg	–	–	–	–	–	–
Nederland	2 jaar	3 jaar	5 jaar	42	theorie + clin	nee
Portugal	–	–	–	–	–	–
Spanje	2 jaar	4 jaar	4 jaar	34/jaar	theorie + clin	nee
Zweden	2 jaar	2 jaar	5 jaar	90 ong	theorie + clin	nee
Engeland	≥2 jaar	4 jaar	6 jaar	346	theorie + clin	nee

Naar gegevens van Hastie & Duursma<sup>8</sup>. (int gen = interne geneeskunde, exam = examen, clin = klinisch, ong = ongeveer).

\* De Universiteit van Thessaloniki organiseert cursussen geriatrie

geriatrie, klinisch geriatrie en psychiatrie voor ouderen. Verpleeghuisgeneeskunde is alleen in Nederland erkend. Sociale geriatrie is een niet erkend specialisme, dat buiten Nederland niet als specialisme bestaat.

Geriatrie is als zelfstandig specialisme erkend in 8 van de 15 landen van de ‘oude’ EU. In Griekenland en Portugal vormt erkenning onderwerp van discussie binnen de beroepsorganisaties. Luxemburg heeft geen vereniging voor geriatrie. De erkenning van geriatrie als specialisme in ten minste 8 landen maakte het mogelijk de discipline te aanvaarden als sectie van de European Union of Medical Specialists (EUMS). De EUMS is opgericht in 1958, met als doel: *a.* het bestuderen, bevorderen en verdedigen van de vrije vestiging van specialisten in de landen van de Europese Unie; *b.* het samenwerken met de ‘Standing Committee of Doctors in Europe’ en de ‘European Union of General Practitioners’; *c.* het bevorderen van de uitwisseling van gegevens voor medisch specialisten<sup>9</sup>. De harmonisatie van de specialismen en de kwaliteit van de opleidingen en de nascholing genieten bijzondere aandacht<sup>10,11</sup>. Een specialist die is erkend in één land van de EU mag zich vestigen in alle lidstaten van de EU. Voor de handhaving en eventuele verbetering van de kwaliteit van de diensten aan patiënten is het wenselijk dat alle opleidingen en de accreditaties bij nascholingsactiviteiten voldoen aan een Europese standaard.

In 1997 is door de EUMS de sectie geriatrie (GMS) ingesteld. Ieder land dat het specialisme heeft erkend kan twee leden afvaardigen; één met een academische positie en één met een klinische positie in de geriatrie. De doelstellingen van de GMS zijn de kwaliteitscontrole van de

specialisten opleiding en het ontwikkelen van richtlijnen voor het curriculum voor studenten en de opleiding tot specialist. De GMS verkrijgt informatie van de landen van de leden betreffende de structuur en organisatie van de geriatrie, in het bijzonder de wijze waarop de opleidingen van het specialisme gestalte krijgen (tabel 3). Luxemburg heeft geen universiteit en geen opleiding, in Griekenland en Portugal is het specialisme niet erkend. In Oostenrijk is de opleiding gericht op huisartsen. In de overige landen worden aanzienlijke verschillen gezien bij de opleidingen, wat betreft de inhoud, de duur en het al dan niet afsluitend examen. In Italië is in de opleiding geen stage inwendige geneeskunde opgenomen, hoewel dit wellicht in de toekomst zal veranderen. De duur van de opleidingen varieert van vier jaar in Italië en Spanje tot zeveneneenhalf jaar in Frankrijk en Duitsland. Vijf landen vragen een afsluitend examen. Recent heeft de GMS besloten tot het adviseren van visitaties van de opleidingsklinieken voor geriatrie, ter bevordering van de onderlinge afstemming tussen de landen van de EU en zo mogelijk het verhogen van de kwaliteit van de opleidingen.

De overheden in de landen van de EU zijn elk autonoom ten aanzien van de organisatie van de gezondheidszorg, waartoe ook behoort de erkenning en opleiding van de medische specialismen. In het kader van de harmonisatie van de opleidingen heeft de GMS richtlijnen ontwikkeld, ‘*Training in geriatric medicine in the European Union*’, die zijn aanvaard door de nationale verenigingen voor geriatrie van de 15 ‘oude’ EU landen<sup>12</sup>. Maar het erkennen van de richtlijnen hoeft nog niet te betekenen dat op nationaal niveau snelle aanpassingen zullen

plaatsvinden. Daarvoor zal een intensieve gedachtewisseling moeten plaats vinden tussen de specialistenorganisaties onderling en met de nationale overheden. De visie op de functie van de geriatrie in de samenleving en de visie van professionele organisaties in de geriatrie zullen daarbij moeten worden betrokken, rekening houdend met de financiële consequenties. Zo zal bij voorbeeld een opleiding van drie jaar voor de eerstelijns zorg andere maatregelen en investeringen vragen dan een opleiding van zeveneneenhalf jaar voor het op de ziekenhuisfunctie georiënteerde specialisme.

### Aspecten van de opleiding geriatrie

Bij de selectie van artsen-assistenten voor de opleiding tot geriater beveelt de GMS aan gelijke mogelijkheden te bieden aan een ieder die het artsdiploma bezit. Twee jaar inwendige geneeskundige in een opleidingskliniek dient aan vier jaar geriatrie vooraf te gaan. Een jaar kan worden besteed aan wetenschappelijk onderzoek. Langere perioden voor onderzoek zijn ter beoordeling van de nationale opleidingscommissies. De opleiding heeft het karakter van een klinisch specialisme, doch omvat tevens eerstelijns zorg en geïnstitutionaliseerde zorg in verpleeghuizen, reactiveringscentra en verzorgingshuizen. De programma's van de opleidingen dienen te worden aanvaard door de nationale organisaties voor de opleidingen in de gezondheidszorg. De programma's moeten bevatten: geneeskundige, biologische, psychologische en sociale aspecten van de aandoeningen die in het bijzonder bij oude mensen voorkomen. Het wordt als een taak van de nationale organisaties voor de opleidingen gezien om zowel de opleidingsinstituten, de opleiders als ook de artsen-assistenten regelmatig op hun kwaliteiten te beoordelen. Artsen-assistenten dienen de mogelijkheid te hebben een deel van de opleiding te volgen in een erkend opleidingsinstituut in een ander land van de EU, mits daartoe toestemming wordt verleend door het land waar de opleiding wordt gevolgd. In een brochure over de opleiding tot geriater heeft de GMS de vereisten beschreven voor de opleidingsklinieken, de opleiders en de artsen-assistenten. Tevens is een advies opgesteld over de inhoud van het opleidingsprogramma, de aard van de afdelingen waar de opleiding dient te worden gevolgd, het onderzoek en de behandeling van patiënten, de reactivering, het voorbereiden van het ontslag uit de kliniek en de administratie. Aandacht wordt geschonken aan het omgaan met klachten, het afhandelen van gemaakte fouten, hoe een afdeling te leiden en gebruik te maken van de beschikbare middelen voor nascholing.

### Nascholing

Het algemene doel van de geriatrie is het leveren van hoogwaardige diensten bij het oplossen van problemen bij geriatrische patiënten. De voortdurende veranderingen van kennis en inzichten en de veranderingen in de maatschappij en de noden van de patiënten vormen de noodzaak voor het ontwikkelen van een goede organisatie voor de nascholing, in het Engels 'continuing medical education (CME) and professional development (CPD)' genoemd. De meeste landen in de EU beschikken over een organisatie voor nascholing, zoals is weergegeven in tabel 4. Slechts vijf landen hebben de nascholing geformaliseerd met een accreditatie. CME en CPD zijn beide doel van de European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), die in 2001 is opgericht. Het doel van de EUGMS is het bevorderen van de ontwikkeling van de geriatrie door het organiseren van congressen, symposia en persoonlijke contacten. Zoals reeds gezegd zijn CME en CPD ook gebieden waarmee de GMS-EUMS zich bezighoudt. De taken worden in goed overleg tussen beide organisaties uitgevoerd. Voor de erkenning van nascholingsactiviteiten op nationaal en internationaal niveau heeft de EUMS de 'European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EAC-CME)' in het leven geroepen. Accreditatie voor alle landen van de EU wordt gegeven na erkenning van de nascholingsactiviteit door de nationale autoriteit. De internationale erkenning voor nascholings- en trainingsactiviteiten vormt een stimulant bij de harmonisatie van de geriatrie binnen de EU. Harmonisatie wordt weliswaar nagestreefd, doch daarbij dient niet uit het oog te worden verloren dat culturele en economische gewoontes en mogelijkheden een rol spelen, in het bijzonder bij geriatrische patiënten.

### Wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie en medische gerontologie

De snelle ontwikkelingen bij het wetenschappelijk onderzoek, zoals de nog niet te overziene toepassingen van de moleculaire biotechniek en de eiwittechnologie zullen invloed hebben op de geneeskunde en onze inzichten over het proces dat veroudering wordt genoemd. Sociale structuren, de wijze van leven en de wensen ten aanzien van het wonen zullen met de tijd eveneens veranderen. De attractie van verzorgingshuizen en verpleeghuizen vormen een voortdurend onderwerp van discussie. In dit brede veld van interacties zal de uitwisseling van kennis en ideeën noodzakelijk blijven tussen alle disciplines die zijn betrokken bij de zorg voor oude mensen. De International Association of Gerontology (IAG) speelt hierbij een rol. De IAG is in 1946 opgericht en in 1967 zijn regionale afdelingen

**Tabel 4** Nascholing, Continuing Medical Education (CME) en Continuing Professional Development (CPD) in de 15 landen van de 'oude' Europese Unie.

land	nascholing??	officieel of informeel	nationale of lokale regeling	accreditatie?
Oostenrijk	ja	officieel	nationaal	ja
België	ja	officieel	nationaal	ja
Denemarken	ja	informeel	geen	nee
Finland	ja	informeel	geen	nee
Frankrijk	ja	informeel	regionaal	ja
Duitsland	ja	informeel	geen	nee
Griekenland	nee	–	–	–
Ierland	ja	officieel	nationaal	ja
Italië	ja	informeel	geen	nee
Nederland	ja	officieel	nationaal	ja
Spanje	ja	informeel	nationaal	nee
Zweden	ja	informeel	geen	nee
Engeland	ja	officieel	nationaal	ja

Naar gegevens van Hastie & Duursma<sup>8</sup>. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:347-351.

ingesteld voor Europa, de Amerika's en Azië/Oceanië. Recent zijn de Amerika's verdeeld in Noord Amerika en Latijns Amerika. Het doel van de IAG is het bevorderen van de gerontologie, waartoe drie secties zijn gevormd: voor sociale wetenschappen, voor biologische wetenschappen en voor geneeskunde. Elke vier jaar wordt een wereldcongres georganiseerd, met in de tussen liggende jaren regionale congressen. De IAG bevordert de uitwisseling van wetenschappelijke gegevens, niet slechts tussen geriatrie en gerontologie, doch eveneens tussen de EU en de andere landen van Europa en andere delen van de wereld.

Universitaire instellingen zijn noodzakelijk voor de bevordering van het wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie. Een discipline in de geneeskunde heeft slechts toekomst als het actief betrokken is bij het wetenschappelijk onderzoek. Onderwijs en onderzoek zijn nauw aan elkaar gekoppeld. Nieuwe ontwikkelingen moeten voortdurend worden ingevoegd in het onderwijs en de training van vaardigheden. Een probleem daarbij in veel landen van de EU is het tekort aan goed opgeleide veel belovende wetenschappelijke onderzoekers en kandidaten voor de leerstoelen geriatrie. Geriatrie is een jong specialisme en veel energie moest worden besteed aan de ontwikkeling van klinische afdelingen en de dienstverlening aan de oude patiënten. Dit heeft er toe geleid dat thans in verschillende landen leerstoelen geriatrie langdurig vacant blijven en uiteindelijk worden opgeheven. Een oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn de instelling van een 'Fonds voor training van jonge veel belovende onderzoekers en kandidaat hoogleraren'. Een gecombineerde inspanning van de Europese organisaties kan het instellen van een dergelijk fonds bevorderen. De politieke opbouw van de EU biedt mogelijkheden voor het wetenschappelijk onderzoek, mede om de verwachte negatieve effecten van de

verouderende samenleving te keren en de kosten van de gezondheidszorg onder controle te houden<sup>13</sup>. De vertaling van de uitkomsten van het wetenschappelijk onderzoek naar de behoeften van de maatschappij is slechts mogelijk met onderwijs, opleiding en nascholing van artsen, verpleegkundigen en andere betrokkenen bij de geriatrie. Een optimaal effect van de investeringen in wetenschappelijk onderzoek is afhankelijk van adequate investeringen in onderwijs en opleidingen.

### IJsland, Noorwegen en Zwitserland

IJsland, Noorwegen en Zwitserland maken geen deel uit van de Europese Unie. De culturele, sociale en geneeskundige structuren van deze landen zijn echter vergelijkbaar met die in de lidstaten van de EU. De drie landen hebben een speciale relatie met de EU. Zij hebben geriatrie erkend als specialisme, als onderdeel van de opleiding tot internist en zij nemen deel aan de werkzaamheden van de GMS en de EUGMS. IJsland heeft één universiteit, zonder afdeling geriatrie. Noorwegen heeft vier universiteiten waarvan drie met een afdeling geriatrie<sup>4</sup>. Zwitserland heeft vijf universiteiten, doch heeft zes leerstoelen, drie voor geriatrie, twee voor psychiatrie voor ouderen en één voor medische gerontologie<sup>14</sup>.

### Bevorderen van de geriatrie buiten Europa

De EU heeft mondiaal gezien een hoge levensstandaard. De ontwikkeling van de geriatrie is in de laatste decaden gestimuleerd en veelbelovende ontwikkelingen zijn in gang gezet met een goede kwaliteit van de

onderwijsprogramma's. Het goed ontwikkelde specialisme in de EU brengt voor de Europese verenigingen de ethische verplichting met zich mee de ontwikkeling van de geriatrie te helpen bevorderen in andere delen van de wereld, in het bijzonder de arme landen. In 1995 leefde ongeveer 75% van de wereldbevolking in de ontwikkelingslanden<sup>15</sup>.

In een samenwerkingsverband met de EAMA, GMS, EUGMS en IAG is voor het Midden Oosten het initiatief genomen voor de Middle East Academy for Medicine of Ageing (MEAMA). In 2004 is de eerste cursus gestart en in 2005 zal de eerste reeks van vier sessies zijn voltooid. Daar in het Midden Oosten geriatrie niet bestaat, is de eerste cursus opgezet voor geïnteresseerde artsen, leidinggevende verpleegkundigen en 'health administrators'. De bijdrage vanuit de EU is het beschikbaar stellen van docenten die toelichten hetgeen in de EU tot stand is gekomen en het meedenken of en op welke wijze de diensten aan de oude patiënten in het Midden Oosten kunnen worden bevorderd. Het eenvoudigweg exporteren van geneeskundige modellen lijkt geen goede keuze. Het bevorderen en zo nodig ondersteunen van lokale en regionale initiatieven biedt meer kansen en biedt de mogelijkheid de diensten voor de oude patiënten aan te passen aan lokale sociale, culturele en religieuze gebruiken. Onderwijs in de geriatrie overschrijdt verre de grenzen van Europa.

## Conclusies

1. Het percentage van de bevolking dat ouder is dan 60 jaar zal in de komende jaren in de EU toenemen met 25-48%.
2. De kennis over de demografische ontwikkelingen en het aantal oude mensen dat afhankelijk zal zijn, vormen een sleutelrol bij het vaststellen van de investeringen in onderwijs en opleidingen in de geriatrie.
3. De traditionele 'state-of-the-art' voordracht van de docent is vervangen door de probleem georiënteerde benadering.
4. Het onderwijzen en trainen van docenten geriatrie, het ontwikkelen van richtlijnen voor de opleiding en de visitaties van de opleidingen bevorderen de kwaliteit van de diensten aan de oude patiënten.
5. Ongeveer een kwart van de studenten geneeskunde in de EU ontvangt geen onderwijs in het vakgebied van de geriatrie.
6. Minder dan de helft van de faculteiten geneeskunde in de EU heeft een academische afdeling geriatrie voor patiëntenzorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.
7. Nascholing - CME en CPD - is een goed instrument voor het verbeteren van de kwaliteit van de diensten aan geriatrische patiënten en voor de harmonisatie van de geriatrie tussen de landen van de EU.
8. Wetenschappelijk onderzoek is een voorwaarde voor de ontwikkeling van de discipline geriatrie; interactie tussen onderzoekers en docenten is noodzakelijk.
9. Er is een aan goed opgeleide wetenschappelijk onderzoekers en kandidaten voor leerstoelen aan de universiteiten; een fonds voor de training van veelbelovende onderzoekers en kandidaten voor de positie van hoogleraar wordt aanbevolen.
10. De verenigingen voor geriatrie in de EU hebben de ethische plicht de ontwikkeling van de geriatrie in ontwikkelingslanden en arme landen te bevorderen.

## Literatuur

- Walker A and Maltby T. Ageing Europe. Buckingham: Open University Press; 1997.
- Water HPA van de, Boshuizen HC, Perenboom RJN. Health expectancy in the Netherlands 1983-1990. *Europ J Publ Hlth* 1996; 6:21-8.
- Robine JM, Bucquet D, Ritchie K. L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps: 20 ans de calcul. *Cah Québécois Démog* 1992; 20:1-31.
- Duursma SA, Overstall P. Geriatric medicine in the European Union: Future scenarios. *Z Gerontol Geriat* 2003;36:204-15.
- Mischlich D, Marchand AC, Jobert M, Kuntzmann F. Preliminary survey on the role of geriatrics/gerontology in the training and practice of physicians in Europe. In: *Proceedings European Seminar. Ministère du travail et des affaires sociale, France; 1995.*
- Verhaar HJJ, Becker C, Lindberg OIJ. European Academy for Medicine of Ageing: a new network for geriatricians in Europe. *Age Ageing* 1998; 27: 93-4.
- Michel JP, Stähelin H, Duursma SA, Grimley Evans J, Swine C, Chassagne P, Kressig R, Zuniga C, Van Es MC. Un seignement innovant, une creation reussie: l'European Academy for Medicine of Ageing (EAMA). *Le point de vue des enseignants et des etudiants. Rev Med Interne* 1999; 20: 531-5.
- Hastie IR, Duursma SA, Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists. Geriatric Medicine in the European Union: unification of diversity. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:347-351.
- Paul C. European Union of Medical Specialists. In: *U.E.M.S. 1958-1998. Secretariat UEMS, Brussels* 1998:4-5.
- Charter on training of medical specialists in the European Community. In: *UEMS 1958-1998. Brussels: Secretariat EUMS; 1998:26-30.*
- Charter on continuing medical education of medical specialists in the European Union. In: *UEMS 1958-1998. Brussels: Secretariat EUMS; 1998:31-34.*
- Geriatric medicine section of the European Union of Medical Specialists. Training in geriatric medicine in the European Union. London: Department of geriatric medicine, St George's Hospital, Blackshaw Road, e-mail: [ihastie@sghms.ac.uk](mailto:ihastie@sghms.ac.uk); 2001.
- Grimley Evans J. A correct compassion: the medical response to an ageing society. *J Royal Coll Phys London* 1997; 31:674-84.
- Michel J-P, Proust J, Rapin CH, Stähelin H. The geriatrician in 1996 – a viewpoint from Swizerland. *Aging Clin Exp Res* 1996; 8:135-40.
- Michel J-P, Rubinstein LZ, Vellas BJ, Albaredo JL, eds. Geriatric programs and departments around the world. Paris: Serdi Publishers, Springer Publishing Company; 1998:11.