

'EEN KLINISCH GERIATER MOET VAAK PUZZELEN'



Het staat bol van de wetenschappelijke ontwikkelingen, heeft een interprofessioneel karakter en een patiëntenpopulatie met afwisselende ziektebeelden. Geen dag is dus hetzelfde, in de klinische geriatrie. ‘Je moet steeds opnieuw kijken naar wat het beste is voor een patiënt.’

Dat het een beschouwend specialisme zou worden, wist Ellen Dijkstra (32) al tijdens haar studie. Ze twijfelde alleen nog over de precieze richting – zowel de coschappen interne geneeskunde als klinische geriatrie vielen in de smaak. Na op beide afdelingen als anios te hebben gewerkt, hakte ze de knoop door en koos ze voor klinische geriatrie. ‘Je krijgt hier te maken met oudere patiënten die doorgaans meerdere problemen tegelijk hebben en moet dus, nog vaker dan bij de interne geneeskunde, puzzelen om erachter te komen wat iemand mankeert.’ Zo ziet Ellen geregeld patiënten met een scala aan klachten als vermoeidheid, plotseling vallen, gewichts- en geheugenverlies en somberheid. ‘Bij sommige patiënten is ook nog een partner weggefallen. Je ziet vaak dat zo’n opeenstapeling van zaken er dan voor zorgt dat iemand in zijn geheel achteruitgaat.’

Soms is er een specifiekere oorzaak, gaat ze verder. ‘Dan blijkt dat een patiënt met ernstige geheugenproblemen dementie heeft, daardoor niet meer goed voor zichzelf kan zorgen en dus afvalt. Andere keren gaat het om een heel andere diagnose, zoals kanker, of heb je te maken met een duidelijke klacht als een gebroken heup. Als klinisch geriater moet je dus een brede blik hebben, kijken wat er op lichame-lijk én psychisch vlak speelt en verbanden leggen tussen klachten. Die combinatie spreekt me ontzettend aan.’

Onregelmatige diensten

De klinisch geriater wandelt wat af in het ziekenhuis, lacht Ellen. ‘Je werkt afwisselend op de polikliniek en op de afdeling. Daarnaast kun je in consult worden gevraagd door andere specialisten – denk aan een cardioloog die advies wil als een oudere hartpatiënt plotseling een delier krijgt.’ Onregelmatige diensten horen bij het vak, gaat Ellen verder. ‘Op de Spoedeisende Hulp zien we patiënten die meestal al bekend zijn bij de geriatrie, maar een acuut probleem hebben – zoals een sepsis door een urineweginfectie, of verwardheid. Patiënten boven de 70 jaar die een heup breken worden ook gezien door een geriater. Daarbij worden we ook op de Spoedeisende Hulp geregeld door andere specialisten ingeschakeld.’

‘JE HOORT PRACHTIGE VERHALEN – HET GAAT NIET ALLEEN MAAR OVER MEDISCHE ZAKEN’

Hoewel een klein deel in een ggz-instelling werkt, is het gros van de klinisch geriateren werkzaam in het ziekenhuis. Wel is psychiatrie een belangrijk onderdeel van het vak, vertelt Ellen. ‘Depressies komen bijvoorbeeld vaak voor op oudere leeftijd, dus tijdens een consult kijk je altijd naar de stemming van een patiënt. Om die reden loop je gedurende de opleiding negen maanden stage bij een ggz-instelling, om ervaring op te doen.’

Samenwerkingsverbanden

Samenwerken is een belangrijk sleutelwoord voor de klinisch geriater. Ellen: ‘Je werkt samen met de verpleegkundigen op de afdeling en hebt regelmatig overleg met andere specialisten. Ook de fysiotherapeut speelt een grote rol, omdat het belangrijk is dat ouderen blijven bewegen. Verder heb je contact met de diëtist, de logopedist en de huisarts – bijvoorbeeld om te overleggen over de nazorg.’ Ellen merkt dat er binnen het ziekenhuis steeds meer samenwerkingsverbanden ontstaan met andere specialismen, onder meer rondom operaties. ‘Een aantal ziekenhuizen heeft inmiddels een polikliniek waarbij patiënten die in aanmerking komen voor een aortaklepvervanging, door zowel de cardioloog als de geriater worden gezien – als er bijvoorbeeld twijfel is of iemand zo’n operatie aankan.’

Mooie anekdotes

De afwisselende patiëntenpopulatie vindt Ellen een van de leukste kanten aan het vak. ‘Dat klinkt misschien gek omdat je enkel met ouderen werkt, maar echt *lédere* patiënt is anders. Daarbij is “oud” een ruim begrip: er zijn 90-jarigen die nog hardlopen, terwijl sommige zestigers al in een rolstoel zitten.’ Haar patiënten hebben wel één ding gemeen: ze hebben veel meegemaakt in hun leven. ‘Niet alleen op medisch vlak, ook persoonlijk. Zo zijn sommige patiënten opgegroeid tijdens de Tweede Wereldoorlog. Dat heeft invloed op iemands gesteldheid – krijgt zo’n patiënt een delier, dan kunnen bepaalde herinneringen terugkomen. Maar het levert ook mooie anekdotes op, als iemand enthousiast vertelt over de jaren zeventig. Je hoort wat dat betreft prachtige verhalen tijdens het visite lopen – het gaat niet alleen maar over medische zaken.’

Andere benadering

Sommige mensen bestempelen het specialisme als ‘saa’. Onterecht, zegt Ellen. ‘Zelfs als je patiënten met hetzelfde probleem ziet, kan de oorzaak verschillen. Neem iemand die vaak valt: soms is het evenwichtsorgaan de boosdoener, andere keren speelt het geheugen een rol. Er is geen vaste routine, je moet iedere keer opnieuw kijken wat het beste is voor een patiënt.’ Het is

daarbij van groot belang om iemands wensen in kaart te brengen en de behandeling daarop af te stemmen, gaat Ellen verder. ‘De ene patiënt wil graag blijven fietsen, terwijl de andere tevreden is met televisiekijken op de bank. Je kunt in dat laatste geval wel aansturen op een operatie, maar dat is op de lange termijn niet altijd de beste oplossing. Dat is een andere benadering dan een richtlijn misschien voorschrijft. Je moet daar goed over kunnen communiceren met een patiënt en diens familie, en er rekening mee houden dat genezing niet altijd mogelijk is.’

Volop in beweging

Tijdens haar studie was klinische geriatrie niet heel populair, maar Ellen merkt dat dit verandert nu opleidingen er meer aandacht aan besteden. ‘Gelukkig maar, want het specialisme is volop in beweging. Het aantal professoren neemt toe en er wordt steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan. Naar medicatie voor ouderen, gezamenlijke besluitvorming, maar ook specifiekere zaken – hoe je mensen voorbereidt op een operatie voor darmkanker, bijvoorbeeld. De patiëntengroep wordt dus steeds beter in kaart gebracht, wat de behandeling ten goede komt. Dat maakt het vak er nóg interessanter op.’

‘EEN OPERATIE IS NIET ALTIJD DE BESTE OPLOSSING’



KLINISCHE GERIATRIE IN HET KORT

- De opleiding tot geriater duurt vijf jaar en bestaat uit twee jaar interne geneeskunde, twee jaar geriatrie, negen maanden psychiatrie en drie maanden neurologie. Het is daarnaast mogelijk om jezelf te profileren op thema's als onderwijs, management, palliatieve zorg of farmacotherapie.
- Dit jaar zijn er veertig plekken beschikbaar, in 2021 zijn dat er drieëndertig.
- Momenteel zijn er 323 klinisch geriateren en 194 aiossen in Nederland werkzaam.
- Meer weten? Kijk op de website van de KNMG www.knmg.nl/beroepskeuze.



DIENEKE VAN ASSELT is klinisch geriater en hoofdopleider bij het Radboudumc.

‘HET IS BELANGRIJK DAT JE MET KLINISCHE ONZEKERHEID KUNT OMGAAN’

Wat is het kenmerkende van dit specialisme? ‘Dat is zonder meer de complexiteit. Onze patiënten hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk die je doorgaans niet kunt oplossen met één richtlijn. Dat zorgt ervoor dat je, samen met andere specialisten en zorgverleners, aan complexe besluitvorming moet doen om te bepalen wat medisch zinvol is. Als iemand met verschillende ziektes ook nog een heupfractuur krijgt, kun je je bijvoorbeeld afvragen of een operatie wel de beste optie is. Je kijkt daarbij altijd naar de doelen van een patiënt: zijn die haalbaar met zo'n ingreep? Soms is dat niet zo en is het beter om voor pijnstilling te kiezen. Met zulke vraagstukken krijg je dagelijks te maken – en ze verschillen per patiënt.’

Welke competenties zijn belangrijk? ‘Omdat onze patiënten nooit hebben deelgenomen aan een studie, kun je een richtlijn niet altijd letterlijk vertalen naar de kwetsbare, oudere patiënt. Soms moet je juist van een bepaalde behandeling afwijken. Dat kan onzeker maken – doe ik als dokter wel het juiste? Het is belangrijk dat je met die klinische onzekerheid kunt omgaan. Daarnaast maak je als klinisch geriater deel uit van een team van specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Goed kunnen samenwerken is dus cruciaal: je zorgt nooit alleen voor een patiënt.’

Wat is het belangrijkste voor- en nadeel? ‘Het patiëntencontact is van korte duur binnen dit specialisme, vaak niet langer dan enkele weken. Dat kan minder aantrekkelijk zijn voor studenten die langdurige patiëntrelaties belangrijk vinden. Een leuke kant is dat we, dankzij nieuwe onderzoeken, steeds beter weten hoe we kwetsbare ouderen kunnen behandelen. Dat vind ik zelf een groot voordeel, dat het vak volop in ontwikkeling is.’

Hoe ziet een gemiddelde werkdag eruit? ‘Het grootste deel van de dag ben je bezig met patiëntenzorg op de poli of in de kliniek. We zijn 24/7 beschikbaar voor onze patiënten, dus je hebt ook onregelmatige diensten. Verder overleg je geregeld met andere specialisten, zorgverleners, patiënten en familie. Daarbij ben je veel aan het superviseren over physician assistants, verpleegkundig specialisten en arts-assistenten. Aan dynamiek, kortom, geen gebrek.’ *knmg*