

## **Gegrepen door de ouderengeneeskunde, maar niet tijdens de studie geneeskunde!**

### **Keuze voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde**

**Auteurs:** Ariadne A. Meiboom, Henk de Vries, Berniek A. M. Hesselink, Cees M. P. M. Hertogh, Fedde Scheele

#### **Samenvatting**

Om strategieën te ontwikkelen om de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te vergroten hebben we meer inzicht nodig in het keuzeproces van medisch studenten en afgestudeerde artsen met betrekking tot ouderengeneeskunde. In dit kwalitatieve onderzoek zijn drie focusgroepdiscussies gehouden met arts-assistenten in opleiding tot specialist (AIOS) aan het begin van hun opleiding en, ter contrast, twee focusgroepdiscussies met AIOS en arts-assistenten niet in opleiding (ANIOS) van gynaecologie. Zowel de AIOS ouderengeneeskunde als de AIOS en ANIOS gynaecologie werden gegrepen door het vak na blootstelling aan het vakgebied, de meeste AIOS ouderengeneeskunde als zij, na hun studie, eenmaal werkzaam waren in het verpleeghuis, in een tijdelijke baan. De AIOS en ANIOS gynaecologie maakten hun keuze ten tijde van hun studie. Vrijwel alle focusgroepeelnemers hadden als geneeskundestudent een negatief beeld van het specialisme ouderengeneeskunde. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis werd het beeld bijgesteld. Ze vonden het veel leuker, moeilijker, intensiever en zinvoller dan gedacht.

---

## **Drawn towards a career in elderly care medicine, but not till after medical school. Elderly care medicine as a career choice**

#### **Abstract**

In order to develop strategies for raising the interest of medical students in a career in elderly care medicine (a specialty in The Netherlands) we should start by gaining more insight into the process influencing career choices among medical students and graduates. In this qualitative study we conducted three focus group discussions with trainees in elderly care medicine and two focus group discussions with obstetrics and gynaecology trainees. We found that all trainees made their career choice after clinical exposure in the field. The elderly care medicine trainees did not make their choice until after graduation, working in temporary employment in a nursing home. The obstetrics and gynaecology trainees made their specialty choice during medical school after their clerkship. Almost all focus group participants had a very negative perception during medical school about geriatrics and elderly care medicine. Once they were employed in a nursing home they changed their minds. They came to realize the work was more interesting, more difficult, more intensive and more meaningful than they had initially thought.

---

**Kernwoorden:** beeld ouderengeneeskunde, carrière keuze, geneeskundestudenten, opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

---

**Keywords:** Career choice, Elderly care medicine, medical students, Perception geriatrics, Residents

---

## Inleiding

Wereldwijd bestaat een steeds grotere vraag naar artsen gespecialiseerd in de medische zorg voor oudere patiënten, door een toename van het aantal ouderen. In Europa zal in 2025 meer dan 20 procent van de bevolking 65 jaar of ouder zijn.<sup>1</sup>

Bij de medische zorg voor complexe oudere patiënten zijn diverse specialismen betrokken. In de meeste landen zijn dit geriateren of huisartsen met een aanvullende opleiding. In Vlaanderen en Nederland hebben we respectievelijk de specialist in de geriatrie en de klinisch geriater of de internist-ouderengeneeskunde voor de complexe oudere patiënt in het ziekenhuis. Daarnaast is er in Nederland de specialist ouderengeneeskunde voor de complexe patiënten in het verpleeghuis. Zie Figuur 1.

Terwijl de vraag naar artsen gespecialiseerd in de medische zorg voor oudere patiënten toeneemt, blijft de instroom in de opleidingen daarbij achter. In de Verenigde Staten bleef in academisch jaar 2008–2009 een derde deel van de opleidingsplaatsen in geriatrie onopgevuld.<sup>2</sup>

In Nederland is de laatste jaren het aantal beschikbare opleidingsplaatsen voor het specialisme ouderengeneeskunde niet volledig benut. Internationaal onderzoek naar de belangstelling voor een carrière in geriatrie onder medisch studenten laat zien dat deze belangstelling erg laag is.<sup>3,4,5,6</sup> Het lijkt dus van belang het enthousiasme van geneeskundestudenten en afgestudeerde artsen voor een carrière in ouderengeneeskunde te vergroten.

Om gerichte maatregelen te kunnen nemen hebben we meer inzicht nodig in het keuzeprocess van geneeskundestudenten en afgestudeerde artsen met betrekking tot ouderengeneeskunde. Onderzoek naar carrièrekeuze in het algemeen onder medisch studenten laat zien dat carrière en patiëntgerelateerde aspecten, evenals werktijden een rol spelen bij de specialisatiekeuze.<sup>7,8</sup>

Retrospectief is in Groot-Brittannië gekeken naar de carrièrekeuze van geriateren. Van hen had slechts 4% als medisch student voor deze specialisatie gekozen. De belangrijkste reden om voor geriatrie te kiezen waren de klinische aspecten van het vak.<sup>9</sup>

Hiermee weten we nog weinig van het lange en ingewikkelde proces dat uiteindelijk geleid heeft tot een keuze voor geriatrie, of in Nederland voor het specialisme ouderengeneeskunde.

Daarom hebben wij een exploratief onderzoek gedaan naar het keuzeprocess van recent ingestroomde arts-assistenten in opleiding ('AIOS') tot specialist ouderengeneeskunde met de volgende vraagstelling:

- Hoe en wanneer is de keuze voor ouderengeneeskunde tot stand gekomen?
- Welke factoren hebben daarbij een rol gespeeld?

## Methode

### Design

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek met behulp van focusgroepen omdat beroepskeuze een ingewikkeld proces is, waarbij verschillende overwegingen, motivaties, gevoelens en waarderingen een rol spelen. In het groepsgesprek bij focusgroepen kunnen gedeelde ervaringen gevonden worden door met elkaar te praten over hun keuzeprocess en elkaar daarover vragen te stellen.<sup>10</sup>



**Figuur 1** Opleidingsmodellen Nederland en Vlaanderen

### **Participanten**

En en deze keuze nog dichtbij ligt kunnen ze het beste verwoorden wat hierbij een rol gespeeld heeft. Ook is gekozen voor AIOS gynaecologie aan het begin van hun opleiding of arts-assistenten niet in opleiding tot specialist (ANIOS) die binnenkort met de opleiding gaan starten, om te horen van belangstellenden van een heel ander vakgebied hoe zij tot hun keuze gekomen zijn en welke visie zij op ouderengeneeskunde hadden.

### **Focusgroepen**

Van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde VU medisch centrum (VUmc) zijn eerstejaars AIOS geselecteerd, die als student aan verschillende universiteiten hadden gestudeerd. Drie focusgroepen werden gevormd van acht tot tien AIOS.

Arts-assistenten gynaecologie zijn geselecteerd in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ), een opleidingsziekenhuis geaffilieerd met het VUmc. Twee focusgroepen werden gevormd, bestaande uit respectievelijk vier ANIOS en één AIOS met drie ANIOS.

De focusgroepen werden geleid door een moderator die geen specialist ouderengeneeskunde is en verder niet bij het onderzoek betrokken was. De moderator maakte gebruik van een script met enkele hoofdvragen en thema's. De moderator was niet als docent of groepsbegeleider betrokken bij de geïnterviewde AIOS of ANIOS.

De focusgroepen werden gehouden in het VUmc en het SLAZ.

Alle focusgroepen werden op audio tape opgenomen en volledig getranscribeerd. De dataverzameling vond plaats tussen 2009 en 2011.

### **Analyse**

De analyse is gedaan volgens de methode van inductieve thematische analyse, waarbij de volgende stappen gevolgd zijn: vertrouwd raken met de data, open codering, zoeken naar thema's, herlezen van het transcript, bijstellen van de thema's, discussie over de thema's en uiteindelijk definiëring en benoeming van de thema's. Om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten hebben twee onderzoekers (AM en BH) onafhankelijk van elkaar de data gecodeerd en thema's gezocht en dat vervolgens met elkaar vergeleken. Over verschillen werd gediscussieerd tot er consensus was bereikt. Dit proces werd vervolgens bediscussieerd met een derde onderzoeker (HdV).

### **Resultaten**

Analyse van de resultaten resulteerde in enkele thema's en subthema's. Hieronder staan ze schematisch weergegeven.

Thema's:

- exposure
- beeld
  - verpleeghuis
  - vakgebied
  - oudere patiënten
- hoe is het beeld ontstaan
  - ervaringen voor of buiten de studie
  - ervaringen tijdens de studie
- beeld bijgesteld
  - boeiend werk
  - zinvol werk
  - intensief werk
  - het verpleeghuis

### **Exposure**

Klinische blootstelling aan het vakgebied is voor alle focusgroepeelneemers doorslaggevend geweest in hun specialisatiekeuze.

Van de AIOS ouderengeneeskunde zijn er een paar enthousiast geworden na een keuze coassistentschap (coschap) of oudste coschap verpleeghuisgeneeskunde. Maar het merendeel werd pas gegrepen door het vak toen ze eenmaal, na hun geneeskundestudie, werkzaam waren in het verpleeghuis. Een deel van hen kwam daar terecht door een bewuste stap, om tijdelijk in het verpleeghuis te werken, op weg naar een opleiding van een ander specialisme, zoals huisartsgeneeskunde. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis kwamen ze tot de ontdekking dat het erg leuk was en besloten ze in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te gaan. Een ander deel kwam er hetzij tijdens de coschappen hetzij later, na een periode als ANIOS in het ziekenhuis, achter dat het ziekenhuis voor hen belangrijke nadelen met zich meebracht. Dan nog dachten ze niet aan het specialisme ouderengeneeskunde. Via één of meer tussenstappen als huisartsgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde,

jeugdgezondheidszorg, verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en arts voor verstandelijk gehandicapten kwamen ze in het verpleeghuis terecht, min of meer toevallig of getipt door een ander. Dan werd ontdekt dat het veel leuker was dan gedacht.

*AIOS specialisme ouderengeneeskunde ('SO') 1-B. 'Ik wist dat het vakgebied bestond. Ik was er een jaar tussenuit geweest in verband met zwangerschap en een verbouwing, toen dacht ik, ik zal even mijn cv up-todate maken, en via BKV [een uitzendbureau] kwam ik twee maanden in het verpleeghuis terecht. En op dat moment ben ik wel eens gaan nadenken over een opleiding. Want toen bleek dat het een veel leuker vak was dan ik daarvoor ooit gedacht had'.*

*SO 3-J. 'Wat er al eerder gezegd is over het ziekenhuis, ja, toch de hoge werkdruk, het gericht zijn op de ziekte niet op de mens die de ziekte heeft, niet zozeer. Ja, toen merkte ik dat het minder bij me paste. En ik ben in eerste instantie toen in de geestelijke gezondheidszorg aan de slag gegaan. Toen in de verstandelijke gehandicaptenzorg gerold en ik merkte dat die gebieden, dat ik dat waanzinnig interessant vond, maar dat ik daar ook de somatiek wel wat in miste, en toen ben ik hier aan de slag gegaan'.*

De AIOS en ANIOS gynaecologie zijn allemaal ten tijde van hun studie gegrepen voor dit vakgebied. Na cursorisch onderwijs werden zij enthousiast en na het coschap gynaecologie wisten zij zeker gynaecoloog te willen worden.

*AIOS/ANIOS Gynaecologie (Gyn) 2-A. 'Ook tijdens mijn coschap inderdaad [...]. En überhaupt tijdens de studie vond ik het eigenlijk ook wel interessant. Maar tijdens het coschap was ik echt heel enthousiast geworden [...], ik vond het zo leuk, helemaal mijn stage op de verloskamer[...]'*

### **Beeld**

Bijna alle focusgroepdeelnemers, zowel van ouderengeneeskunde als van gynaecologie, hadden ten tijde van hun studie geneeskunde een negatief beeld van het verpleeghuis of de ouderengeneeskunde. Over de oudere patiënt waren de meesten neutraal.

*Verpleeghuis Bij grootouders of patiënten zagen ze dat die er alles aan deden om niet in het verpleeghuis terecht te komen, waaruit het beeld ontstond dat het verpleeghuis iets vreselijks moest zijn. SO 1-B. 'Ik heb in de thuiszorg gewerkt, en daar werd ook echt alles aan gedaan, als je maar niet naar die instelling hoefde'.*

Een groot deel van de focusgroepdeelnemers had een kort bezoek aan het verpleeghuis gebracht, ofwel als familielid, ofwel als student. Het verpleeghuis was bij hen overgekomen als een deprimerend oord. Er werd gesproken van: "heel triest voor de bewoners", "alleen maar kommer en kwel".

*SO 3-J. '[...] het was ook een heel oud gebouw, en de mensen sliepen er met zes man op een zaal [...] werd ik niet heel erg enthousiast van'.*

*Gyn 1-2. 'Ik vond ook gewoon een beetje depressieve sfeer hangen, ik werd er gewoon echt ongelukkig'.*

### **Vakgebied**

Over het vakgebied bestonden vooral negatieve ideeën. Voor de AIOS ouderengeneeskunde gold dit ten tijde van hun studie en voor de AIOS en ANIOS gynaecologie ook nog ten tijde van de focusgroepdiscussie. Genoemd werd: het stelt niet veel voor, er gebeurt niet veel, alleen pappen en nathouden, niet ambitieus, voor als je nergens wordt aangenomen, geen geneeskunde, geen genezing voor patiënten, alleen sederen, veel Alzheimer, onderbezetting met artsen, het sociale staat er meer op de voorgrond dan het medische.

*SO 1-A. '[...] omdat mijn idee echt was, ze doen daar echt helemaal niks, ja, het is pappen en nathouden'.*

*Gyn 1-C. 'Ja, mijn grootouders zaten in een verpleeghuis. Waar ik overigens ontzettend lieve verpleeghuisartsen had, maar [...]. Nou ja, goed, dan was mijn omaatje weer overvuld of weer ondervuld of dan zat ze weer te stoned voor woorden van al die pammietjes [benzodiazepinen] die de mensen krijgen. Nee, ik vind het echt, nee, ik vind het geen geneeskunde'.*

Maar ook werd door twee focusgroepdeelnemers gynaecologie gezegd: "helemaal zo'n slecht vak nog niet" en "een heel

belangrijk vak, maar niet voor mij". Zij wisten wel enkele positieve kenmerken van het vak te noemen, als: puzzelen, ethisch, als een huisarts, maar dan met meer ingewikkelde problematiek, specialist ouderengeneeskunde functioneert als coördinator, veel levensbeëindiging en pijnbestrijding, variatie. Maar, voor hen was het te beschouwend, te weinig actie, en een te internistische manier van denken die omschreven werd als "rustig uitzoeken, twee maanden wachten of het beter gaat".

### **Oudere patiënten**

De meesten hadden niet specifiek iets met of tegen oudere patiënten. Zowel bij de focusgroepdeelnemers ouderengeneeskunde als gynaecologie waren er enkelen die juist een voorkeur hadden voor de oudere patiënt vanwege hun levenswijsheid en verhalen.

*SO 1-A. '[...]ik heb altijd een fascinatie gehad voor levenswijsheid en ouderen, [...] en die fascinatie, dat heeft een rol gespeeld voor dit vak te kiezen.'*

Bij sommige van hen was dat mede bepalend geweest voor hun keuze voor ouderengeneeskunde. Bij anderen had dat geen effect op hun beroepskeuze. Enkelen gaven aan dat ten tijde van de studie de dood afschrok of patiënten met de ziekte van Alzheimer eng waren.

*SO 2-J. 'Kinderen hebben genoeg leven voor zich, dat heeft iets heroïsch, je hebt iets te redden of zo. Dat is bij ouderen een stuk minder en ik vond vroeger de dood ook eng en juist bij ouderen gaat het heel erg over vergankelijkheid en leven tot de dood, dat vond ik ook iets naars om mee bezig te zijn.'*

### **Hoe is het beeld ontstaan**

#### **Ervaringen voor of buiten de studie**

Enkele focusgroepdeelnemers hadden een familielid werkzaam als professional in het verpleeghuis. Bij een van hen had dit een positief beeld van het verpleeghuis gegeven dat had meegespeeld bij de specialisatiekeuze. Bij de anderen had dit juist bijgedragen aan een negatief beeld.

Ook waren er focusgroepdeelnemers, zowel van ouderengeneeskunde als gynaecologie, die tijdens hun studie in de thuiszorg veel met ouderen hadden gewerkt. Dat had hen een positief beeld van de oudere patiënt gegeven. Bij sommige focusgroepdeelnemers ouderengeneeskunde heeft ook persoonlijk contact met oudere mensen die in het medische circuit terecht kwamen, bijgedragen aan hun interesse voor ouderengeneeskunde.

*SO 3-H. 'Ja, ik ben ook op zich al wel veel langer met het idee in mijn hoofd om verpleeghuisarts te worden, [...]. En dat komt ook wel doordat mijn moeder als nachthoofd in het verpleeghuis werkt [...] Dus dan heb je gewoon op een hele andere manier er wel ervaring mee[...] Voor mij was het verpleeghuis inderdaad niet per definitie een onheilsoord of zo[...]'*

*SO 1-J. 'Mijn oom was verpleeghuisarts en toen ik daar was, dacht ik nou, dat is niks voor mij, er is geen genezing, het is een beetje pappen en nat houden, iedereen is om vier uur al naar huis, er is geen ambitie.'*

#### **Ervaringen tijdens de studie**

De meeste focusgroepdeelnemers hadden geen of nauwelijks cursorisch onderwijs gehad in de ouderengeneeskunde. Voor hen had dat bijgedragen aan de negatieve beeldvorming. Een deel gaf aan dat het onderwijs dat zij wel gehad hadden te eenzijdig was, bijvoorbeeld alleen palliatieve zorg of ethiek. Ook werd genoemd dat in een van de curricula wel een cursus had gezeten over oudere patiënten, maar dat daarbij alleen onderwijs gegeven werd door een klinisch geriater en ze de specialist ouderengeneeskunde gemist hadden.

*SO 2-J. 'Maar ik vind, daar is ook negatieve beeldvorming tenminste op de universiteiten.'*

*SO 2-E. 'Omdat er geen aandacht aan besteed wordt, hè, het is maar, ja...'*

*Gyn 2-R. 'Ik wist niet eens dat het een vakspecialisme was.'*

Degenen die wel onderwijs hadden gehad van een specialist ouderengeneeskunde noemden zowel positieve als negatieve voorbeelden. Een college waarbij studenten ingewikkelde casuïstiek moesten oplossen werd positief gewaardeerd. Een

college waarin het vak gepromoot werd, kwam negatief over. Ook werd onderwijs gegeven door specialisten ouderengeneeskunde die afgeknapt waren op het praktische werk. Bij een bezoek aan een verpleeghuis benoemde een specialist ouderengeneeskunde de praktische voordelen van het werk, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid om parttime te werken. Echter, focusgroepe deelnemers gaven aan dat je als student geïnteresseerd bent in de medische aspecten van het vak, waarbij een dergelijke boodschap negatief overkomt.

*SO 3-F. '[...] Ik weet dat er één, dat ik gedurende mijn hele opleiding één keer een college heb gehad van een verpleeghuisarts en het enige dat ik daarvan weet is dat er een man in een witte jas voor de collegezaal stond die heftig stond te roepen dat verpleeghuizen toch zo geweldig waren, maar wat eerder heel erg wanhopig overkwam.'*

*SO 2-D. 'Maar er waren dus ook mensen die afgeknapt waren, dus dat levendige is er dan überhaupt een beetje af.'*

*SO 1-H. 'En het was hartstikke interessant [...] één ziekte was het, van één patiënt in het verpleeghuis met urineweginfectie, delirium en [onverstaanbaar]. Je moet met een klein groepje alles oplossen. En voor mij was het de [onverstaanbaar] mee om voor het vak te kiezen. Op de manier waarop hij zichzelf presenteert, maar ook dat bediscussieert!'*

De focusgroepe deelnemers die hun verpleeghulpstage in het eerste jaar in een verpleeghuis hadden gelopen hadden daar een negatief beeld aan overgehouden.

*SO 1-E. 'Een zorgstage in het eerste jaar gehad, ja dan ben je 18 jaar, en dat kost je twee weken en wat je daarvan bijstaat, dan zit je op zo'n kamer met alleen maar CVA patiënten met afasie en die gingen altijd huilen als je met ze begon te praten en dat beeld stond je bij.'*

Geen van allen had een verplicht coschap ouderengeneeskunde gehad, waardoor ze onwetend waren over het vak, wat volgens hen bijdroeg aan de negatieve beeldvorming. Enkelen hadden een keuze coschap of oudste coschap verpleeghuisgeneeskunde en/of geriatrie gelopen. Dat heeft bijgedragen aan de keuze voor ouderengeneeskunde, maar, dat keuze coschap werd gelopen omdat er al belangstelling was voor ouderengeneeskunde. Eén heeft het juist als een stoffige stage ervaren waarmee de belangstelling afnam. [moderator: "Hoe komt het dat het beeld van de ouderengeneeskunde negatief is?"]

*SO 2-E. 'Ik denk grotendeels onwetendheid. Dat je tijdens je studie eigenlijk, ja, tijdens je studie zijn er twee weken over ouder worden en dat is alles wat je over de ouderengeneeskunde krijgt.'*

*SO 2-A. 'Geen coschappen, niets.'*

Niet alleen door het onderwijs ouderengeneeskunde of het ontbreken daarvan werden onbedoeld negatieve beelden overgedragen. Ook negatieve uitlatingen door artsen van andere specialismen hebben bijgedragen aan de negatieve beeldvorming.

*SO 2-F. 'Er waren werkelijk een aantal, met name chirurgen, die dan college gaven en zeiden van, nou, degenen die huisartsgeneeskunde of verpleeghuisgeneeskunde gaan doen die mogen nu gaan slapen. Voor serieuze dokters gaan we nu weer verder. Ja, dat is een beeld dat geschept wordt en eh ik vind het heel kwalijk maar het heeft wel zijn weerslag.'*

### **Beeld bijgesteld**

#### **Boeiend werk**

Enmaal werkzaam in het verpleeghuis werd het beeld van het vak en van het verpleeghuis bijgesteld. Er werd genoemd dat het veel leuker en veel moeilijker was dan gedacht. In plaats van pappen en nathouden bleek juist dat er goed gekeken en geanalyseerd werd. Het werk werd interessanter gevonden dan gedacht, zelfs interessanter dan het werk in een ziekenhuis. Er werd genoemd dat je juist in het verpleeghuis weer echt dokter kon zijn, waarbij je conclusies verbindt aan het lichamelijk onderzoek. Ook werd genoemd dat het minder protocollair werken is en er steeds afwegingen gemaakt moeten worden over wel of niet behandelen. Ook wordt er meer geëist van je communicatieve vaardigheden.

SO 3-C. *'Ja, toen veranderde mijn beeld enorm, dus het was geen pappen en nathouden, het was juist heel goed kijken en analyseren. En dat vond ik een echte uitdaging. Ja, toen dacht ik van nou, dit is het.'*

SO 2-A. *'[...]dat je niet gewoon maar wat iets uit de kast ruikt maar dat je elke keer afvraagt van, wat is daar eigenlijk de meerwaarde van voor die ene patiënt. En dat je dat ook mag, dat je niet gewoon denkt van, nou ja, volgens de richtlijnen moet ik dit en dit doen en dan is het klaar.'*

SO 1-A. *'Nou, als je in je opleiding zit, dan ben je ook bezig met het leren van het lichamenlijk onderzoek, welke conclusies kun je trekken aan heel beperkte dingen, hè, je stethoscoop, reflexhamer, lampje, dan heb je het zo'n beetje gehad. En zodra je in het ziekenhuis komt, raakt dat heel erg op de achtergrond, want oké, je zet de stethoscoop erop, maar vervolgens is het volgende wat je doet, dat je even het formuleertje voor de X thorax invult. Dus je hoeft niet luisteren om er een conclusie aan te verbinden. Die komt zo duidelijk wel van de foto. Dus dat stuk zou je ook moeten benadrukken in die lessen in het basiscurriculum. Want in het verpleeghuis verbind je wel degelijk conclusies aan je lichamenlijk onderzoek. Dat is was voor mij een van de doorslaggevende redenen om dit vak te kiezen, dat je echt dokter kon zijn. In plaats van iemand die heel goed was in het snel uitschrijven van formulieren.'*

SO 2-A. *'En het eist ook veel meer van je communicatieve vaardigheden, daar heb ik me ook een beetje op verkeken [...] en dat vind ik ook heel leuk [...]'*

### **Zinvol werk**

Daarnaast werd het werk in het verpleeghuis als zinvoller gezien dan het werk in het ziekenhuis.

SO 2-A. *'Ja, ik vind dat we daardoor [het geconfronteerd worden met de kwaliteit van leven van de patiënt en de vraag wel of niet te behandelen] ook wel naar mijn idee veel zinvoller werk is dan in het ziekenhuis. Want ik heb nu het idee, ik ben nog nooit zo zinvol bezig geweest dan nu.'*

### **Intensief werk**

Ook bleek het beeld van een makkelijk 9-5 baantje niet te kloppen. De bereikbaarheidsdiensten, waarbij je er 's nachts uit moet en de volgende dag weer door moet werken, maken het zwaar, maar ook leuk.

SO 2-F. *'Ik vind het veel intensiever dan ziekenhuis, achteraf gezien, wat ik nu in 8 uur per dag moet doen, daar werd ik veel moeier van dan van wat ik in het ziekenhuis 12 uur per dag deed. Omdat het veel dicht bij jezelf komt, omdat je veel meer geconfronteerd wordt met, wat is voor jou kwaliteit van leven en ga je wel of ga je niet behandelen, hoe vang je mensen op en in het ziekenhuis, op dat moment gaan de deuren gewoon dicht en wordt er gewoon behandeld, want medisch moet je dat behandelen.'*

### **Het verpleeghuis**

Wat betreft het verpleeghuis zelf, bleek het niet alleen kommer en kwel te zijn, maar bleken de mensen het juist wel naar hun zin te hebben.

SO 1-E. *'Dat het mensen toch wel iets te bieden had eigenlijk, dat die mensen het nog wel heel erg naar hun zin hebben eigenlijk [...]en dat het ook wel verbeterd kan worden [...]'*

### **Discussie**



Met dit onderzoek hebben wij gekeken naar de vraag hoe en wanneer de keuze voor ouderengeneeskunde tot stand is gekomen en welke factoren daarbij een rol hebben gespeeld. De resultaten laten zien dat de meeste AIOS ouderengeneeskunde hun keuze hebben gemaakt na hun studie geneeskunde. Klinische blootstelling aan het vakgebied was doorslaggevend. Ten tijde van de studie geneeskunde hadden de meesten een negatief beeld van de ouderengeneeskunde en van het verpleeghuis. Zowel ervaringen voor of buiten de studie als tijdens de studie hebben daaraan bijgedragen. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis werd het beeld in positieve zin bijgesteld en kozen velen voor de opleiding. De AIOS en ANIOS gynaecologie zijn tijdens hun studie gegrepen voor dit vakgebied, cursorisch onderwijs wekte de belangstelling en het coschap was doorslaggevend.

Blootstelling aan het vakgebied lijkt dus noodzakelijk om de keuze te kunnen maken. Ook in een retrospectieve studie onder geriaters in Groot-Brittannië werd gevonden dat de beslissing om te kiezen voor een carrière in de geriatrie relatief laat na de geneeskunde studie genomen werd.<sup>11</sup> Van hen had slechts 10% klinisch onderwijs gedurende de geneeskunde opleiding genoten. Mogelijk is met het invoeren van een verplicht coschap ouderengeneeskunde het enthousiasme voor het specialisme ouderengeneeskunde te vergroten en eerder te wekken. Onderzoek naar het effect van een coschap geriatrie laat zien dat de belangstelling voor geriatrie direct na het coschap groter is.<sup>6,12</sup> Het is echter niet duidelijk of dit ook daadwerkelijk de instroom in de opleiding doet toenemen.

Het beeld dat de focusgroepdeelnemers ten tijde van de studie hadden van de ouderengeneeskunde bestond uit "pappen en nathouden", geen geneeskunde en geen uitdaging. Iets soortgelijks is gevonden in een kwalitatieve studie van Bagri naar de perceptie van geriatrie onder medisch studenten in de Verenigde Staten waarin genoemd werd dat ze het frustrerend vonden geen genezing te bereiken en ze in het vak geen intellectuele uitdaging zagen, terwijl ze aan de andere kant de geriatrische patiënt te complex vonden.<sup>13</sup> Het negatieve beeld van de ouderengeneeskunde is deels ontstaan door factoren buiten de studie gelegen, maar ook door de studie geneeskunde zelf. Bij een deel kwam dit door het ontbreken van onderwijs ouderengeneeskunde. Bij anderen had het onderwijs ouderengeneeskunde hen niet aangesproken of werden daarmee impliciet en onbedoeld verkeerde beelden overgedragen.

Ook zagen we dat negatieve opmerkingen van andere artsen mede het beeld van de ouderengeneeskunde bepaalden. Uit de literatuur is bekend dat de attitudes van medisch studenten zich ontwikkelen in interactie met de attitudes van de professionals die hen opleiden.<sup>14</sup>

Met deze methode van kwalitatief onderzoek hebben we een beter beeld gekregen van het proces dat leidt tot de uiteindelijke keuze voor het specialisme ouderengeneeskunde en naar de factoren die daarin belangrijk waren. Dit levert een genuanceerder beeld op dan mogelijk was geweest met vragenlijsten. Retrospectief onderzoek heeft echter altijd de beperking in zich dat mensen geen volledig zicht hebben op alle cognitieve processen die geleid hebben tot beslissingen.

Ter contrast hebben we ook naar het keuzeproces gekeken van AIOS en ANIOS gynaecologie, een snijdend vak, gericht op één orgaansysteem. We weten hiermee echter niet of het keuzeproces van bijvoorbeeld AIOS interne geneeskunde, een breder vakgebied, hiermee vergelijkbaar is.

Mogelijk is er enige bias opgetreden doordat de eerste auteur specialist ouderengeneeskunde is. We hebben het risico hierop echter zo klein mogelijk gemaakt door het gebruik van een externe moderator en door discussie en feedback gedurende het hele proces met de overige auteurs, waaronder een doctor in de geneeskunde die geen arts is (BH), een huisarts (HdV) en een gynaecoloog (FS).

### **Implicaties voor onderwijs**

In het onderwijs zou meer voor het voetlicht moeten komen voor welke intellectuele uitdaging de complexe oudere patiënt de arts stelt, waarbij verbeteringen te bereiken zijn voor de patiënt door medisch handelen van de arts. Een verplicht coschap ouderengeneeskunde zou kunnen laten zien dat het 'echt dokteren' is in het verpleeghuis in plaats van 'pappen en nathouden'. Rolmodellen, die enthousiasme voor het vak uitstralen, zonder het te dik erbovenop te leggen, kunnen helpen voor een overdracht van positieve beelden. Een vroege verpleeghulpstage, waardevol voor professionele ontwikkeling, kan

misschien beter in ziekenhuizen gesitueerd worden.

### **Implicaties voor onderzoek**

Uit nader onderzoek zal moeten blijken of een groter percentage studenten dat een verplicht coschap ouderengeneeskunde gehad heeft, kiest voor de opleiding specialisme ouderengeneeskunde of geriatrie en of ze daar wellicht in een vroeger stadium voor kiezen.

Ten aanzien van onderwijs ouderengeneeskunde in de bachelorfase moet onderzocht worden op welke manier de waarde van ouderengeneeskunde, de uitdaging en de voldoening die het kan geven overgebracht kan worden op de veelal nog jonge student die nog erg gericht is op genezen en heroïek.

Meer inzicht is nodig naar de mate en de effecten van het verborgen curriculum, het neveneffect van onderwijs zoals het (onbedoeld) overbrengen van normen en waarden of overtuigingen, die de beeldvorming van ouderengeneeskunde beïnvloeden.

Met dank aan dr. S.J. van Luijk en dr. M.T. Muller voor het optreden als moderator.

---

### **Auteurs**

#### **Ariadne A. Meiboom**

VU University Medical Center Amsterdam  
Hoofd Sectie Studentenonderwijs Discipline Ouderengeneeskunde,  
Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU  
Medisch Centrum te Amsterdam, Amsterdam

*corresponderend auteur*

Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

e-mail: aa.meiboom@vumc.nl

#### **Henk de Vries**

VU University Medical Center Amsterdam  
Hoogleraar, Hoofd Sectie Studentenonderwijs, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum  
te Amsterdam, Amsterdam

#### **B. A. M. Hesselink**

Universitair Docent Sectie Studentenonderwijs Ouderengeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde &  
Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum Te Amsterdam  
Universitair Docent Sectie Studentenonderwijs Ouderengeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde &  
Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum Te Amsterdam

#### **C. M. P. M. Hertogh**

Hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg, Hoofd Ouderenonderzoek, Afdeling Huisartsgeneeskunde &  
Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum te Amsterdam  
Faculteit Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/ EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VUmc  
Amsterdam, Amsterdam

#### **Fedde Scheele**

VU University Medical Center Amsterdam

Hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie in het bijzonder voor onderwijs

VU University Medical Center Amsterdam, Amsterdam

---

### Literatuurlijst

1. [http://ec.europa.eu/health/population\\_groups/elderly/index\\_nl.htm](http://ec.europa.eu/health/population_groups/elderly/index_nl.htm). Geraadpleegd 11-10-13
2. [http://www.americangeriatrics.org/advocacy\\_public\\_policy/workforce\\_issues/](http://www.americangeriatrics.org/advocacy_public_policy/workforce_issues/). 2011. Ref Type: Generic
3. Chua MPW. Attitudes of first-year medical students in Singapore towards older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. 2008 Nov.
4. Diachun LL. Interest in geriatric medicine in Canada: how can we secure a next generation of geriatricians? 2006 Mar.
5. Golden AG. A fourth-year medical school clerkship that addressed negative attitudes toward geriatric medicine. 2010 Apr.
6. Hughes NJ. Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. 2008 Feb.
7. Maiorova T, Stevens F, Scherpbier A, van der ZJ. The impact of clerkships on students' specialty preferences: what do undergraduates learn for their profession? *Med Educ* 2008 Jun;42(6):554-62.
8. van der Horst K, Siegrist M, Orlow P, Giger M. Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career. *Med Educ* 2010 Jun;44(6):595-602.
9. Briggs S, Atkins R, Playfer J, Corrado OJ. Why do doctors choose a career in geriatric medicine? *Clin Med* 2006 Sep;6(5):469-72.
10. Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002 Jun;11(2):148-52.
11. Barker WH, Williamson J. Survey of recently appointed consultants in geriatric medicine. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 Oct 4;293(6551):896-9.
12. Peach H, Pathy MS. Attitudes towards the care of the aged and to a career with elderly patients among students attached to a geriatric and general medical firm. *Age Ageing* 1982 Aug;11(3):196-202.
13. Bagri AS. Medical student perspectives on geriatrics and geriatric education. 2010 Oct.
14. Coccaro EF, Miles AM. The attitudinal impact of training in gerontology/geriatrics in medical school: a review of the literature and perspective. *J Am Geriatr Soc* 1984 Oct;32(10):762-8.