

Erasmus MC

Universitair Medisch Centrum Rotterdam



(Gender)diversiteit binnen de klinische geriatrie

VNVA Corrie Hermannprijs Symposium



dr. Christian Oudshoorn

25 maart 2023

Even voorstellen.....



Werkzaam in het Erasmus MC sinds 2005

Internist ouderengeneeskunde en klinisch geriatr (sinds 2013)

Opleider klinische geriatrie Erasmus MC
sinds april 2021

Sector klinische geriatrie & interne ouderengeneeskunde Erasmus MC



Faciliteiten/activiteiten:

afdeling, polikliniek, diagnostisch centrum, medebehandelingen

opleiding klinische geriatrie

opleiding interne geneeskunde ouderengeneeskunde

Welke specialismen houden zich met name bezig met de ouderenzorg?

Klinische geriatr

5 jarige opleiding

Opbouw opleiding

2 jaar algemene interne
2 jaar somatische geriatrie
9 maanden psychiatrie
3 maanden neurologie

Internist ouderengeneeskunde

6 jarige opleiding

Opbouw opleiding

4 jaar algemene interne
2 jaar differentiatie ouderengeneeskunde
Waaronder 3 maanden psychiatrie en 3 maanden neurologie

Specialist ouderengeneeskunde

3 jarige opleiding

Opbouw opleiding

Primair gesitueerd in het verpleeghuis
Stages op in ziekenhuis en GGZ

Geschiedenis van de klinische geriatrie

Op 26 mei 1961 diende het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Geriaters een formeel verzoek in bij het hoofdbestuur van de KNMG voor de erkenning van het specialisme geriatrie



Uiteindelijk in het jaar 1983.....

Op 17 januari 1983 ontving de NVvG een schrijven van het CC (Centraal College) met de inhoud van de besluiten nr. 4 en 5/1982 over de instelling van een afzonderlijk specialisme klinische geriatrie. Deze besluiten zijn ook in Medisch Contact van 14 januari 1983 gepubliceerd en behelzen de eisen voor de registratie als geriater, de afdeling geriatrie en de opleiding tot geriater.

Geriatricie

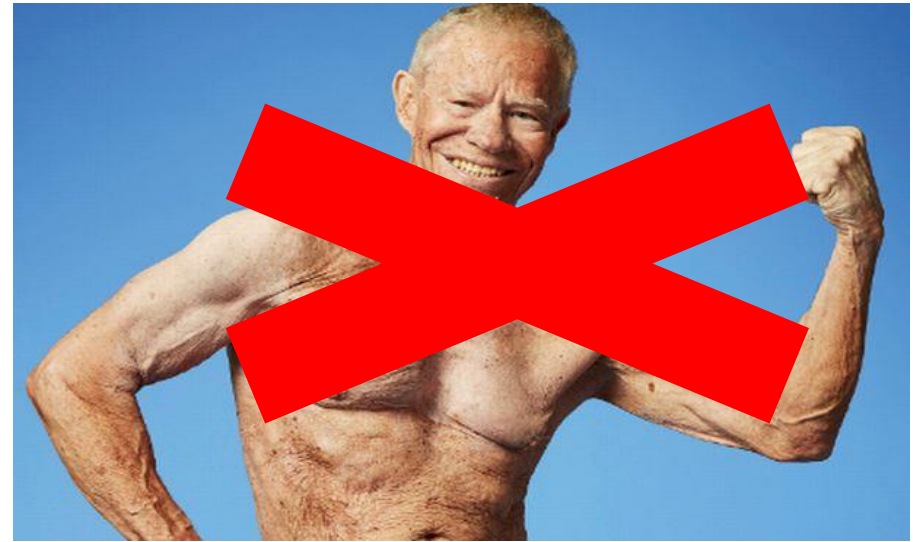
Besluiten nr. 4 en 5/1982

Eind 1980 besloot het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in principe over te gaan tot instelling van een afzonderlijk specialisme klinische geriatrie. Thans volgt op grond van artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de publicatie van de besluiten no. 4 en 5/1982 van het CC, bevattende de officiële instelling van het specialisme respectievelijk de eisen te stellen aan de opleiding tot klinisch geriater. Beide besluiten treden in werking op 1 januari 1983.

3. Publicatie van de besluiten nr. 4 en 5/1982 in *Medisch Contact* (1983).



Klinische geriatrie/ouderengeneeskunde



Klinische geriatrie

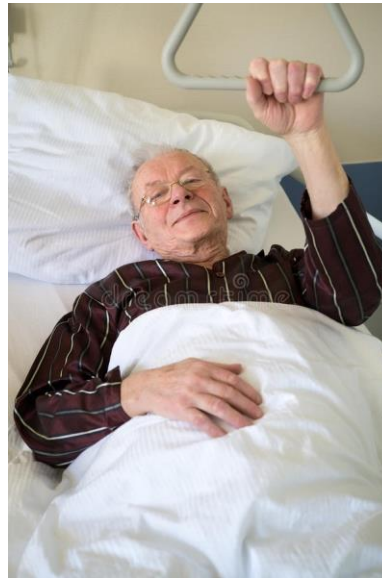
Kwetsbaarheid (frailty)

Kwaliteit van leven

Holistisch

“Resilience”

Geriatrische
reuzen



Multi-morbiditeit

Polyfarmacie

Atypische ziekte
presentatie

Vallen

Delier (risico)

Klinische geriatrie

Orthopedie

Verpleeghuisgeneeskunde

Urologie

Revalidatie
geneeskunde

Psychiatrie

Anaesthesie

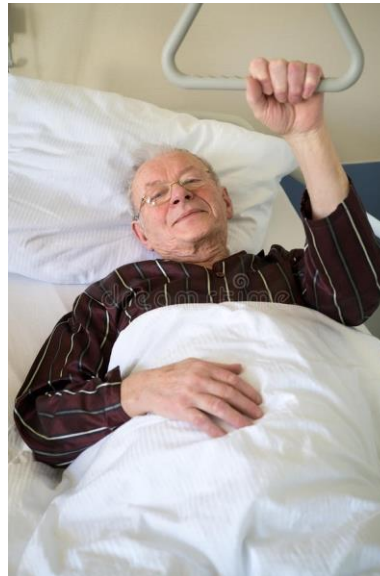
Cardiologie

Interne geneeskunde

Neurologie

Gynaecologie

Generalistisch specialisme



EIK: het opleidingsplan van de klinische geriatrie

Herziene Eindtermen en Individualisering Klinische Geriatrie

Treedt in werking op 1-1-2023 na vaststelling van het Besluit klinische geriatrie door het College Geneeskundige Specialismen op 8-6-2022



Herziene versie EIK, vastgesteld door het College Geneeskundig Specialismen (CGS) op 9-3-2022

Nederlandse Vereniging
voor Klinische Geriatrie 

*De klinisch geriater is een medisch specialist in de tweede of derde lijn, die zich heeft gespecialiseerd in de zorg voor **kwetsbare ouderen**.*

*De klinisch geriater is een **generalist** en **holist** die de patiënt somatisch, psychisch, sociaal en functioneel in kaart brengt waarbij hij specialist is in frequent voorkomende problemen en ziektebeelden bij ouderen.*

*Een behandelplan wordt afgestemd met de patiënt en mantelzorgverlener. Er wordt **gecoördineerd** met andere medici, paramedische zorgverleners, waarbij de patiënt **centraal** staat (**zorgnetwerk**).*

Dus.....

De klinisch geriater:

Is een (beschouwend) generalist met affiniteit voor de oudere (kwetsbare) patiënt

Combineert affiniteit voor somatische problematiek met affiniteit voor psychosociale problematiek

Is geduldig en kan goed luisteren

Kan goed communiceren en samenwerken (multidisciplinair)

Waardeert direct en langduriger patiëntencontact

Kan zich vinden in de wisselwerking tussen op de voorgrond treden of juist meer ondersteunend/adviserend zijn

Wie kiezen er voor een carrière in de klinische geriatrie?



Gender diversiteit binnen de geriatrie: Staf

Klinische geriatrie

Interne geneeskunde

Nu werkzaam

379

BIG gereg.

363

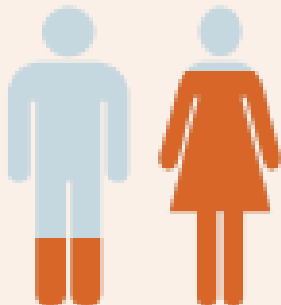
werkzaam

293

totaal fte

22,1%

0,87
fte



77,9%

0,79
fte

Nu werkzaam

2753

BIG gereg.

2505

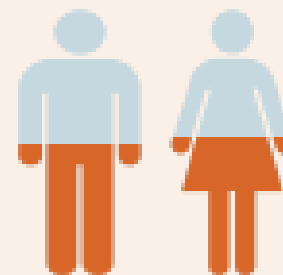
werkzaam

2138

totaal fte

48,2%

0,90
fte



51,8%

0,81
fte

Bron: Capaciteitsorgaan, 2022

Gender diversiteit binnen de geriatrie: AIOS

Klinische geriatrie

Interne geneeskunde

In opleiding

82,9%

rendement

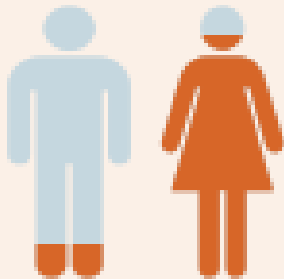
203

nu in opl.

5,8

opl. duur

11,3%



88,7%

In opleiding

85,9%

rendement

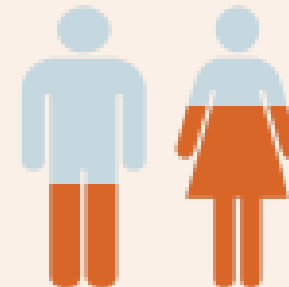
824

nu in opl.

7,1

opl. duur

35,9%



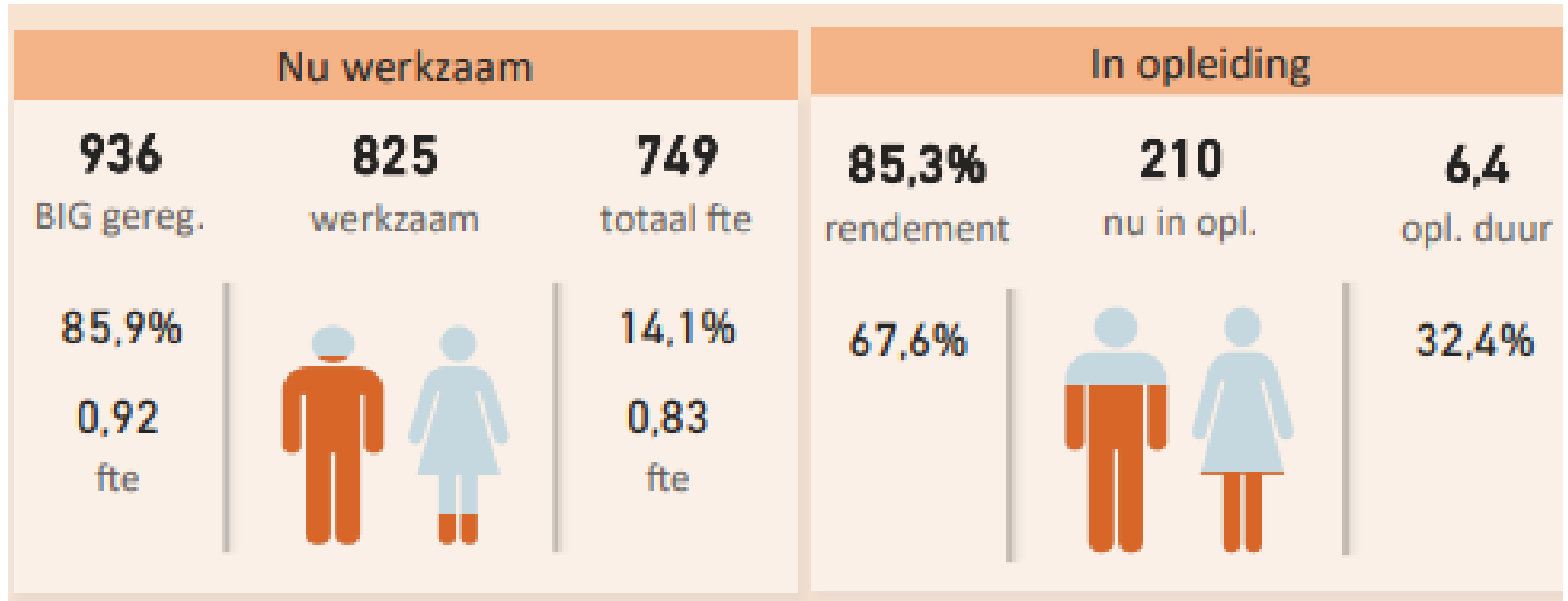
64,1%

Erasmus MC

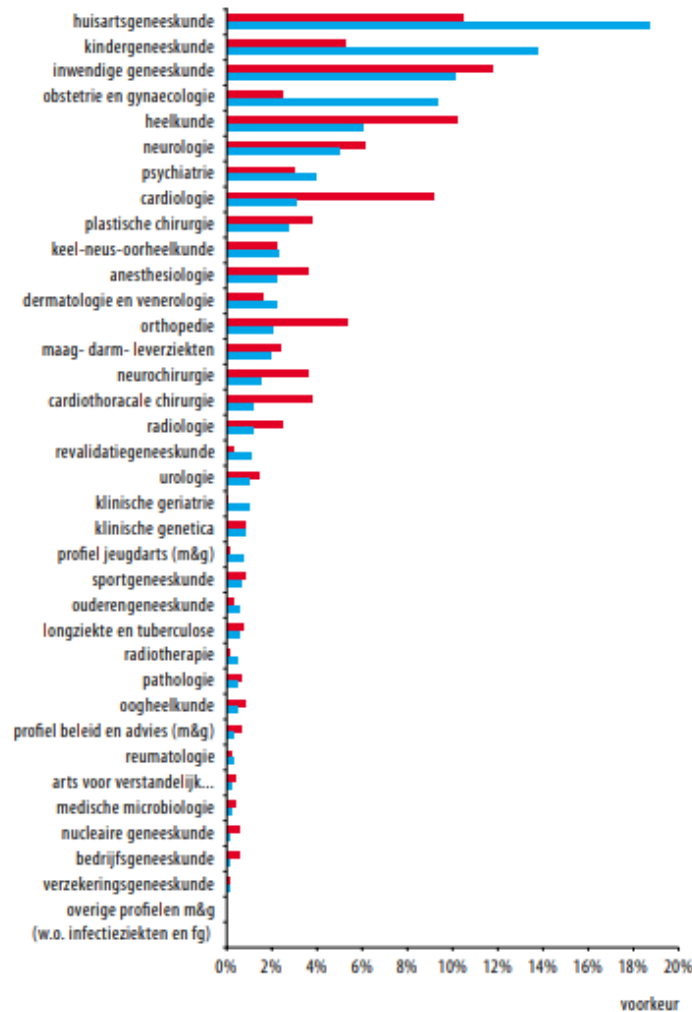


Bron: Capaciteitsorgaan, 2022

Contrast met bijvoorbeeld orthopedie



Beroepsvoorkeur geneeskundestudent



FIGUUR 1 Beroepsvoorkeur van geneeskundestudenten, onderverdeeld naar geslacht (man: ■; vrouw: ■). Per specialisme is weergegeven welk percentage studenten dit specialisme als voorkeur had opgegeven. De gegevens werden verzameld in de periode 2009-2012.

Gender diversiteit opleidersgroep klinische geriatrie



Opleiders: 12x vrouw 4x man

Plv opleiders: 15x vrouw 1x man

In de GGZ: 3x vrouw 1x man

Totaal: 30x vrouw 6x man

Dus....

Inderdaad relatief veel vrouwen werkzaam binnen het vakgebied klinische geriatrie

Beperkt aantal mannen binnen de opleidersgroep



Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians

Yusuke Tsugawa, MD, MPH, PhD; Anupam B. Jena, MD, PhD; Jose F. Figueroa, MD, MPH; E. John Crav, PhD; Daniel M. Blumenthal, MD, MBA; Ashish K. Jha, MD, MPH

IMPORTANCE Studies have found differences in practice patterns between male and female physicians, with female physicians more likely to adhere to clinical guidelines and evidence-based practice. However, whether patient outcomes differ between male and female physicians is largely unknown.

OBJECTIVE To determine whether mortality and readmission rates differ between patients treated by male or female physicians.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS We analyzed a 20% random sample of Medicare fee-for-service beneficiaries 65 years or older hospitalized with a medical condition and treated by general internists from January 1, 2011, to December 31, 2014. We examined the association between physician sex and 30-day mortality and readmission rates, adjusted for patient and physician characteristics and hospital fixed effects (effectively comparing female and male physicians within the same hospital). As a sensitivity analysis, we examined only physicians focusing on hospital care (hospitalists), among whom patients are plausibly quasi-randomized to physicians based on the physicians' specific work schedules. We also investigated whether differences in patient outcomes varied by specific condition or by underlying severity of illness.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Patients' 30-day mortality and readmission rates.

RESULTS A total of 1 583 028 hospitalizations were used for analyses of 30-day mortality (mean [SD] patient age, 80.2 [8.5] years; 621 412 men and 961 616 women) and 1 540 797 were used for analyses of readmission (mean [SD] patient age, 80.1 [8.5] years; 602 115 men and 938 682 women). Patients treated by female physicians had lower 30-day mortality (adjusted mortality, 11.07% vs 11.49%; adjusted risk difference, -0.43%; 95% CI, -0.57% to -0.28%; $P < .001$; number needed to treat to prevent 1 death, 233) and lower 30-day readmissions (adjusted readmissions, 15.02% vs 15.57%; adjusted risk difference, -0.55%; 95% CI, -0.71% to -0.39%; $P < .001$; number needed to treat to prevent 1 readmission, 182) than patients cared for by male physicians, after accounting for potential confounders. Our findings were unaffected when restricting analyses to patients treated by hospitalists. Differences persisted across 8 common medical conditions and across patients' severity of illness.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Elderly hospitalized patients treated by female internists had lower mortality and readmissions compared with those cared for by male internists. These findings suggest that the differences in practice patterns between male and female physicians, as suggested in previous studies, may have important clinical implications for patient outcomes.

- Editorial page 161
- Author Audio Interview
- Supplemental content
- CME Quiz at jamanetworkcme.com and CME Questions page 296

Author Affiliations: Author affiliations are listed at the end of this article.

Corresponding Author: Yusuke Tsugawa, MD, MPH, PhD, Department of Health Policy and Management, Harvard T. H. Chan School of Public Health, 42 Church St, Cambridge, MA 02138 (ytsugawa@hsph.harvard.edu).

JAMA Intern Med. 2017;177(2):206-213. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7875
Published online December 19, 2016.

Objective: To determine whether mortality and readmission rates differ between patients treated by male or female physicians.

Design, setting and participants: Study of a 20% random sample of Medicare fee-for-service beneficiaries; 65 years or older hospitalized with a medical condition.

Main outcomes and measures: Patients' 30-day mortality and readmission rates.

N: 1.583.028 hospitalizations

Erasmus MC



Conclusions....

*Using a national sample of hospitalized Medicare beneficiaries, we found that patients who receive care from female general internists have **lower 30-day mortality and readmission rates** than do patients cared for by male internists.*

*These findings suggest that the **differences in practice patterns** between male and female physicians, as suggested in previous studies, may have **important clinical implications** for patient outcomes.*

Is er dan geen reden tot enige zorg?



Uitdagingen ouderengeneeskunde


nieuws

Meer opleidingsplaatsen ouderengeneeskunde dan animo

 Plaats een reactie

Met honderd aiossen ouderengeneeskunde die in september starten, stromen er dit jaar 151 in in de opleiding. Dat is een bescheiden groei van 7 procent, meldt SOON, samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde Nederland. Niettemin zijn daarmee 109 opleidingsplaatsen niet vervuld, verspreid over het hele land. In 2021 en 2022 zijn 260 opleidingsplaatsen beschikbaar.

ADVERTENTIE



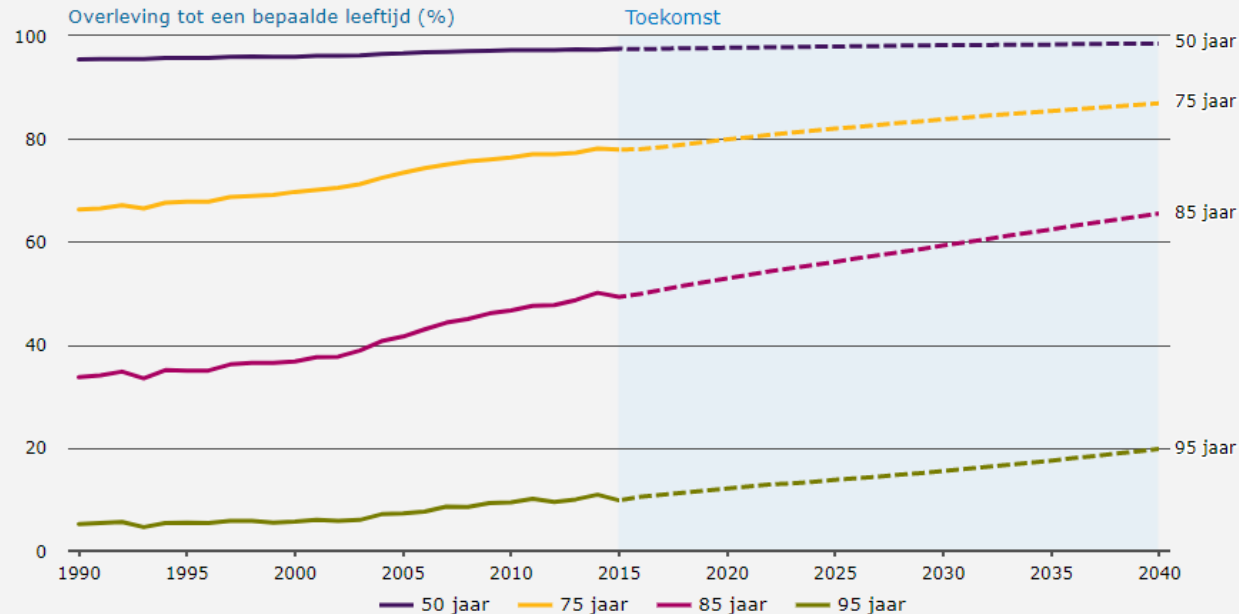
SCHOUTEN & WELLES

Het percentage kandidaten dat door de selectie is gekomen, ligt iets hoger dan in 2020. SOON merkt in een verklaring op dat de kwaliteit van de artsen die solliciteren voor een opleidingsplaats toeneemt, terwijl de criteria voor toelating strenger zijn geworden. 'Dat maakt ons, ondanks de huidige pandemie, tevreden met de gestage groei van dit jaar.'

Sophie Querido, directeur van SOON: 'We hebben flink ingezet op meer profilering van het vak, maar we zijn er nog niet. De grote zorg voor de toekomst blijft.' De winst valt volgens haar te behalen als in de geneeskundeopleiding meer studenten met ouderengeneeskunde kennismaken. 'Steeds meer basisopleidingen hebben er aandacht voor, maar het kan beter.'

Demografische ontwikkeling.....

De kans om heel oud te worden neemt flink toe



Bron: CBS, RIVM



Het Trendscenario laat zien dat van de mensen die in 1990 zijn geboren, ruim 5 procent 95 jaar of ouder wordt. Van de mensen die in 2015 zijn geboren, wordt ongeveer 10 procent zo oud. Van de mensen die in 2040 worden geboren, zal 20 procent 95 jaar of ouder worden. De kansen om 75 jaar en 85 jaar of ouder te worden, nemen in de toekomst ook flink toe. Het percentage van de bevolking dat minimaal 50 wordt, stijgt maar licht in de toekomst en zit dicht tegen de 100 procent. Er gaan dus relatief weinig mensen dood voor hun 50ste levensjaar.

In deze grafiek is de overleving van iemand die in bijvoorbeeld 2015 is geboren, berekend op basis van de sterftekansen die in datzelfde jaar zijn waargenomen. Ervaring uit het verleden leert dat dit vaak een onderschatting oplevert, omdat de sterftekansen in de loop van de tijd verbeteren door bijvoorbeeld verbeterde preventie en behandeling van aandoeningen.

oud, (g)een probleem?

Waarom geneeskundestudenten niet kiezen voor een carrière in de ouderengeneeskunde*

EEN SYSTEMATISCHE REVIEW

Ariadne A. Meiboom, Henk de Vries, Cees M.P.M. Hertogh en Fedde Scheele

- DOEL** Onderzoeken welke factoren relevant zijn in de overwegingen van geneeskundestudenten voor een eventuele carrière in de ouderengeneeskunde.
- OPZET** Systematische review.
- METHODE** We zochten in de databases PubMed, Embase, PsycINFO en ERIC naar studies over factoren die van invloed zijn op de belanastellina van aeneeskundestudenten voor een carrière in de ouderenaeneeskunde. 2 onderzoekers selecteer-

Doel

Onderzoeken welke factoren relevant zijn in de overwegingen van geneeskunde studenten voor een eventuele carrière in de ouderengeneeskunde (KG en SO)

Conclusie

Negatieve invloed van vakspecifieke kenmerken zoals oudere patiënten, chronische aandoeningen, geen genezing van deze aandoeningen en de complexiteit van de geriatrische patiënt

Het gebrek aan status en de relatief lage financiële vergoeding hadden een negatieve invloed op de belangstelling

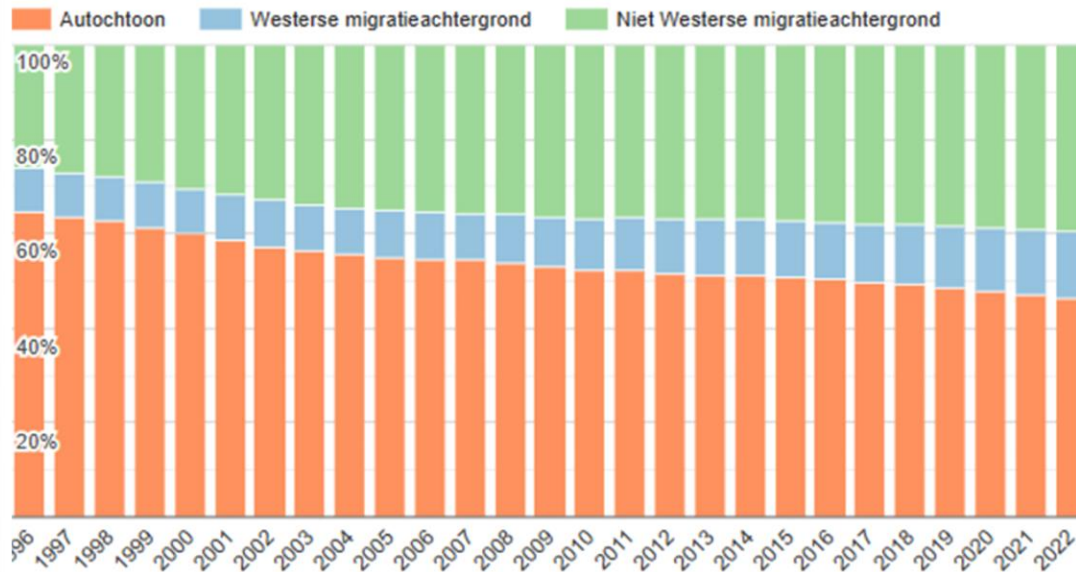
Culturele diversiteit?



Diversiteit gemeente Rotterdam

Autochtoon of migratieachtergrond: [↗](#)

Verdeling van de bevolking naar autochtone inwoners en inwoners met een Westerse of niet Westerse migratieachtergrond voor de gemeente Rotterdam. Gegevens voor de jaren 1996 tot en met 2022.



→ 46,3%

Autochtoon of migratieachtergrond in de gemeente Rotterdam, 1996 tot en met 2022. Verdeling van de bevolking naar autochtoon, migratie Westers en migratie niet Westers.

Het aantal autochtone inwoners in de gemeente Rotterdam is met 78.521 personen afgenomen van 381.926 in 1996 tot 303.405 in 2022 (dat is 21%).

Bron: Gemeente Rotterdam, 2023

Artikel

Culturele diversiteit in de medische opleiding

Tekst: Mahdi Salih, nefroloog in opleiding en voorzitter diversiteitscommissie JNIV, Karen Stegers-Jager, onderwijskundige en universitair docent verbonden aan het Institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR), Erasmus MC, Adrienne Zandbergen, internist-vasculair geneeskundige en opleider Interne Geneeskunde Erasmus MC

Om diversiteit op de arbeidsmarkt te bevorderen is het van belang om studenten gelijke kansen te bieden om toegelaten te worden tot een studie. Dus ook de studie geneeskunde. Dat kan bijvoorbeeld gaan om studenten met een migratieachtergrond of studenten die uit een gezin komen met laagopgeleide ouders, waar studeren niet tot de standaard behoort. Na het succesvol afronden van de studie moeten ook deze studenten een opleidingsplek en een baan kunnen krijgen. In dit artikel

een decentrale selectie niet hoeft te leiden tot kansongelijkheid.¹ Zo bleek uit onderzoek naar de selectieprocedure voor de studie geneeskunde in Rotterdam, dat de kans op toelating op basis van de kwaliteit en kwantiteit van extra-curricu-

Sollicitanten voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde
in de regio Zuidwest Nederland in de periode 2017 tot en met 2020

Culturele diversiteit in de geneeskunde opleiding

In Opleidings- en Onderwijsregio (OOR) Zuidwest Nederland is het percentage geneeskundestudenten met een niet-westerse achtergrond ongeveer 35%

Het lijkt er dus op dat de studie geneeskunde erg populair is bij scholieren met een niet-westerse achtergrond, waarbij zij niet structureel benadeeld worden in de toelating tot de studie.

Studenten met een niet westerse achtergrond krijgen vaker lagere cijfers in de klinische fase (coschappen)

Culturele diversiteit in de medische vervolgopleiding

		Overig		Niet-Westerse migratieachtergrond		% Niet-Westers
		Niet gepromoveerd	Gepromoveerd	Niet gepromoveerd	Gepromoveerd	
Genodigden	106	42	42	12	10	21
Aangenomen	74	28	39	1	6	9
% Acceptatie	70	67	93	8	60	

Tabel 1. Sollicitanten voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde in de regio Zuidwest Nederland in de periode 2017 tot en met 2020.

Waar zijn we nu mee bezig?

Erasmus MC

Patiëntenzorg ▾ Research ▾ Onderwijs ▾ NL / EN ⓘ 🔍

Welkom bij Erasmusarts 2030

Het beroep van arts is in verandering. De patiënten van nu leven gemiddeld langer, zijn mondiger en diverser. Oudere patiënten hebben vaak meerdere ziekten naast elkaar. Dit maakt het zorglandschap complexer. De arts is daarom in staat als expert en collega te functioneren in een keten of team van zorgverleners en om nieuwe kennis en technologie te beoordelen en toe te passen.

Erasmusarts 2030

Onze opleidingsvisie

Het Erasmus MC wil studenten opleiden tot breed academisch gevormde artsen die goed zijn voorbereid op nieuwe technologische ontwikkelingen en die maatschappelijk betrokken zijn.

[Lees meer](#)

Bachelorfase

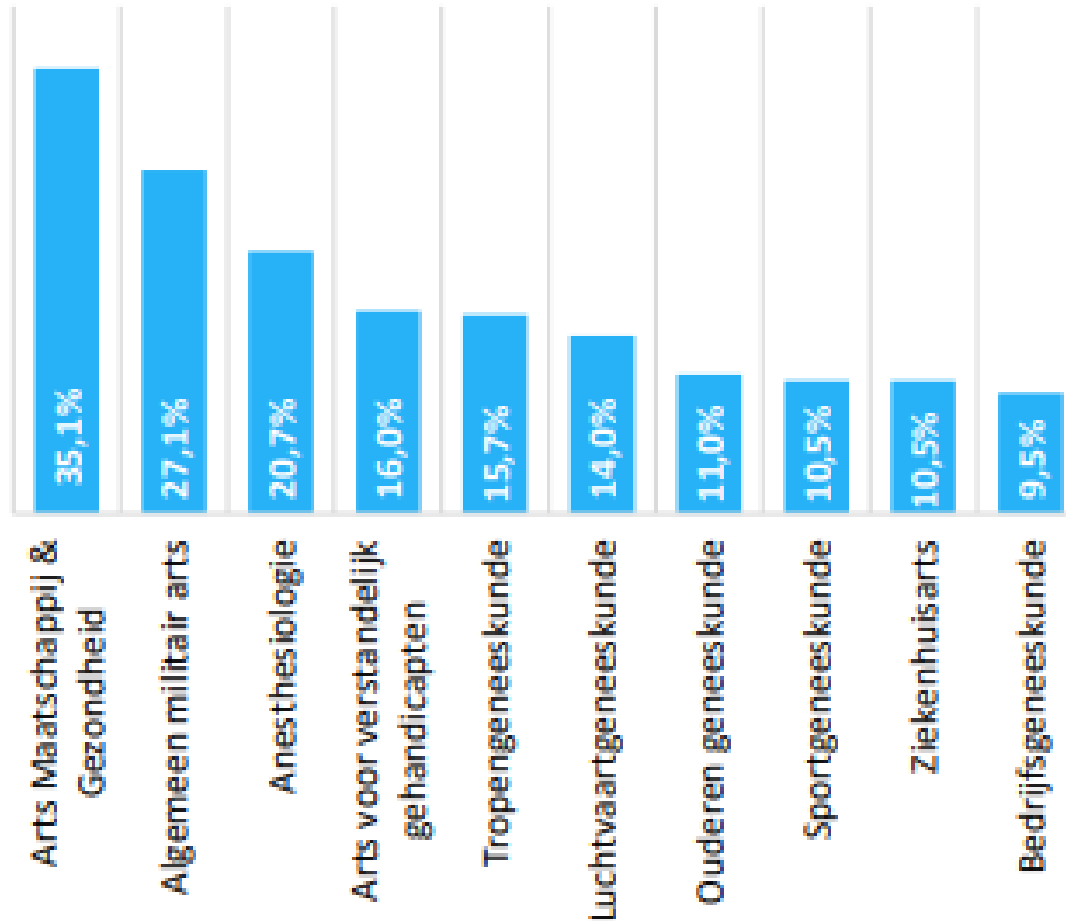
Ontwikkeling onderwijsblok

“Veroudering”

Masterfase

Introductie coschap
ouderengeneeskunde
(extra-muraal)

Onderbelichte medische vervolgopleidingen



N = 3007

Figuur 5. Top 10 onderbelichte vervolgopleidingen volgens geneeskundestudenten

5.2 Aanbevelingen

- De basisopleiding zou een rol kunnen spelen om de discrepantie tussen vraag en aanbod te verkleinen, door meer aandacht te besteden aan de onderbelichte vervolgopleidingen. Hierbij kan er gedacht worden aan gastcolleges, meeloopdagen en rolmodellen.
- Meer aandacht in de opleiding zou vooral moeten komen voor de vervolgopleidingen welke volgens studenten onderbelicht zijn en waarbij het aanbod van opleidingsplaatsen groter is dan de vraag naar studenten/basisartsen: bedrijfsgeneeskunde, arts maatschappij en gezondheid, arts voor verstandelijke gehandicapten en ouderengeneeskunde.

Universiteit van Amster

Arts Maatschappij en Ge
Anesthesiologie
Algemeen militair arts
Specialisme ouderengen
Internationale Gezondhe

Vrije universiteit Amster

Arts Maatschappij en Ge
Algemeen militair arts
Internationale Gezondhe
Anesthesiologie
Arts voor Verstandelijk G

Rijksuniversiteit Groning

Arts Maatschappij en Ge
Algemeen militair arts
Arts voor Verstandelijk G
Anesthesiologie
Luchtvaartgeneeskunde

Universiteit Leiden % (n

Arts Maatschappij en Ge
Algemeen militair arts
Anesthesiologie
Internationale Gezondhe
Arts voor Verstandelijk G

	32,5%(120)
	31,4%(116)
	22,8%(84)
	20,3%(75)
	15,2%(56)
	38,8%(155)
	29,1%(116)
	25,1%(100)
oengeneeskunde	16,5%(66)
	14,8%(59)
	34,2%(106)
	29,4%(91)
	19,7%(61)
	16,8%(52)
	16,1%(50)
	36,6%(126)
	26,7%(92)
oengeneeskunde	20,3%(70)
	17,4%(60)
	15,1%(52)

Tabel 3. Top vijf vervolgopleidingen waar meer aandacht voor moet komen in het curriculum per faculteit

Conclusies

De klinische geriatrie is een vakgebied wat zich sterk ontwikkelt de laatste jaren

Vakspecifieke kenmerken maken het interesseren menig geneeskunde student voor een carrière in ouderengeneeskunde uitdagend

Wellicht sluiten (sommige) vakspecifieke kenmerken beter aan bij de vrouwelijke geneeskunde student

Ook voor andere aspecten met betrekking tot diversiteit, zoals culturele diversiteit is aandacht nodig

Mogelijk dat bepaalde groepen studenten nu niet worden bereikt door een gebrek aan zichtbaarheid of het ontbreken van een rolmodel