



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Verbinden in de ouderengeneeskunde

Achterberg, W.P.

Citation

Achterberg, W. P. (2011). *Verbinden in de ouderengeneeskunde*. Leiden: Universiteit Leiden.
Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19711>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19711>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Wilco Achterberg

Verbinden in de ouderengeneeskunde



Universiteit Leiden

Verbinden in de ouderengeneeskunde

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Wilco Achterberg

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de

Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde,

aan de universiteit van Leiden

op vrijdag 23 september 2011



Universiteit Leiden

Meneer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Verbinden

Toen ik besloot dokter te willen worden, was het eerste dat ik wilde leren: hoe verbind ik een wond? En ook vandaag, bij de officiële aanvaarding van mijn leerstoel, realiseer ik mij dat verbinden een centraal thema zal zijn in mijn bijdrage aan betere behandeling en zorg voor de kwetsbaarste ouderen. Ik zal u dat trachten toe te lichten in de komende 45 minuten.

Voordat ik hiermee begin, is het echter nodig om de patiëntengroep waar ik het over heb, nader te beschrijven: **de kwetsbaarste ouderen (A)**. Ik zal hierin pleiten voor een visie waarbij het verbinden van de gevolgen van ziekten leidend moet zijn.

Daarna zal ik de **medische zorg** voor deze groep (**B**) bespreken, en mij natuurlijk vooral focussen op mijn specialisme, de ouderengeneeskunde, maar ik zal de noodzakelijke verbinding met andere disciplines nadrukkelijk onder de aandacht brengen.

Vervolgens zal ik mijn aandacht richten op **wetenschappelijk onderzoek (C)**, waarbij allerlei verbindingen, o.a. tussen fundamenteel en toegepast onderzoek aan de orde komen, ik zal verder gaan met mijn visie op het **onderwijs (D)**, en ik zal ook aandacht besteden aan de **maatschappelijke** situatie (**E**), en last but not least zal ik afsluiten met een **dankbetuiging (F)**.

A- De kwetsbaarste ouderen

De vorige eeuw heeft zich gekenmerkt door een explosieve groei van de gemiddelde levensverwachting. Daardoor is het aantal ouderen en oudste ouderen zowel absoluut als relatief enorm gestegen. Zelfs recent is de Nederlandse levensverwachting nog vrij spectaculair omhoog gegaan: tussen 2003 en 2008 is deze met meer dan twee jaar gestegen tot 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen (Van der Wilk en Schellevis, 2010). Zo'n snelle stijging was er sinds 1945 niet meer geweest. Ook in andere Europese landen stijgt de levensver-

wachting de laatste jaren snel. De oorzaken zijn waarschijnlijk divers, maar in elk geval heeft de daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten (denk hierbij aan de interventiecardiologie en thrombolysen bij CVA) een grote rol gespeeld. Naar verwachting zal de levensverwachting in Nederland tot 2050 nog verder toenemen met een jaar of zes. Als we kijken naar de oudste ouderen, zien we in de overgrote meerderheid (alleenstaande) vrouwen, vandaar dat ik de vrouwelijke vorm zal gebruiken als ik het heb over deze groep.

Met het stijgen van de levensverwachting neemt het aantal chronische ziekten en beperkingen toe. Dertien procent van alle Nederlanders heeft nu een lichamelijke beperking, waarbij beperkingen in bewegen het meeste voorkomen. Eén op de drie chronisch zieken heeft nu twee of meer aandoeningen. Het oude gezegde, ouderdom komt met gebreken, valt epidemiologische gezien goed te onderbouwen; het hebben van één chronische ziekte komt bij de leeftijdsklasse 55-64 in 38% voor, oplopend tot 58% bij mensen ouder dan 74. Als we kijken naar het aantal mensen met meer dan 1 chronische ziekte, ook wel multimorbiditeit genoemd, is dit verschil nog duidelijker: bij 55-64-jarigen is dit 13%, tussen de 65 en 74 jaar 22% en bij mensen ouder dan 74 zelfs 32% (Bron: LINH, 2003-2007).

Als we echter aan een 87-jarige vrouw vragen: waar heeft u nu het meeste hinder van? Dan zal zelden het antwoord zijn: ik lijd onder het hebben van 3 chronische ziekten. Het antwoord zal zijn dat het lopen moeilijker gaat vanwege de pijn in de knieën, dat ze niet meer alles kan doen omdat ze daar geen energie voor heeft, en als u goed luistert, zegt ze wellicht ook nog dat het van haar allemaal niet meer hoeft. Het gaat dus om de gevolgen van het hebben van die chronische ziekten. Die gevolgen zijn over het algemeen niet specifiek voor die ziekte, maar volgen eerder een algemeen patroon. Ten eerste zijn daar de symptomen, zoals moeheid, pijn, jeuk en benauwdheid, die de kwaliteit van haar leven ernstig verstoren. Ik kom in het vervolg nog op pijn terug. Ten tweede hebben de chronische ziekten van deze 87-jarige vrouw effecten op hoe zij haar leven

kan leiden. Het zorgt voor verminderde mobiliteit, zodat familie of vrienden niet meer bezocht kunnen worden. Het zorgt ervoor dat zij zichzelf niet meer kan verzorgen, dat ze de draad van de dag niet meer kan oppikken, dat ze afhankelijk wordt van anderen en dat ze de dingen niet meer kan doen die ze zou willen doen. Zelfs kan het leiden tot een situatie waarbij de energie om nog gewoon te leven praktisch uitgeput raakt. Als onze 87-jarige vrouw zichzelf niet meer kan redden en daarvoor hulp nodig heeft van anderen kan dit door haar beleefd worden als een verlies van status, waardigheid en zelfrespect. Misschien is behouden van haar waardigheid wel haar belangrijkste zorgvraag, en zijn de hulp bij het wassen, de medische behandeling van symptomen en de hulpmiddelen om ergens te komen slechts middelen om die waardigheid te behouden.

Als u daarbij bedenkt, dat ook het denken kan zijn aangetast (cognitieve stoornissen), het horen en zien kan zijn vermindert (communicatieve stoornissen) en er regelmatig ook psychische problemen ontstaan, zoals depressie, verwardheid en angst, zult u begrijpen dat de meest kwetsbare ouderen vooral kunnen worden gedefinieerd door deze gevolgen en de verbinding van deze gevolgen van ziekten, en niet eens door de ziekten zelf.

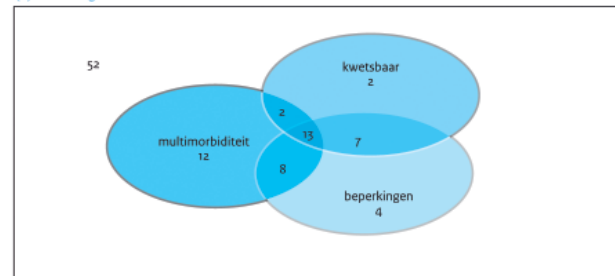
De groep die in de bijbel werd aangeduid als ‘oud en der dagen zat’¹, wordt de laatste decennia (inter)nationaal door diverse nieuwe begrippen omschreven. Dit om de verschillen aan te geven met gezonde, actief in de maatschappij participerende ouderen, die u meestal vrolijk lachend op traplift of scootmobiel in de glossies voor ouderen zult aantreffen.

Bij de allerkwetsbaarste ouderen spreekt men over multimorbiditeit, kwetsbaarheid (in het Engels: frailty, vulnerability), beperkingen en handicaps. Recent heeft het Sociaal Cultureel Planbureau op heldere wijze de verschillen en overeenkomsten tussen deze begrippen uiteengezet: *“Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op*

negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden); Functiebeperkingen zijn te definiëren als de moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten; Multimorbiditeit (ook wel comorbiditeit genoemd) is het hebben van meer dan één aandoening.” Deze begrippen kunnen bij de individuele patiënt geheel of ten dele overlappen, zodat een oudere binnen één of meerdere categorieën kan vallen (zie figuur 1).

Figuur 1: het % ouderen met multimorbiditeit, kwetsbaarheid

(A) Zelfstandig wonende ouderen



en/of beperkingen bij zelfstandig thuis wonende ouderen, bron SCP 2011.

Het goede nieuws is, dat als we met deze definities naar de thuiswonende Nederlandse ouderen kijken, de meerderheid niet kwetsbaar is, geen beperkingen van betekenis heeft, en ook niet lijdt onder het hebben van meerdere chronische ziekten. Onder de thuiswonende ouderen is er echter ook een groep (13%) ouderen, die zowel kwetsbaar is, beperkingen heeft en daarnaast meerdere chronische ziekten heeft. Naar verwachting zal de omvang van deze groep de komende decennia behoorlijk stijgen.

Het wankel evenwicht van deze kwetsbaarheid uit zich regelmatig in een aantal ongewenste situaties, zoals vallen (Fried et al.), lichamelijke achteruitgang (Chin A Paw et al.), opname in een ziekenhuis (Fried et al.), opname in een verzorging-/verpleeghuis (Rockwood et al.), sterfte (Puts et al.) en een afname in de kwaliteit van leven (Strawbridge et al.).

De definitie van kwetsbaarheid wordt vanuit de public health

gedachte vooral gebruikt, om te trachten de verhoogde kans die deze ouderen hebben op deze ongewenste uitkomsten, te verlagen: preventie dus. Veel onderzoek bijvoorbeeld in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg² heeft tot doel de mensen met een grote kans op (lichamelijke en functionele) achteruitgang op te sporen, en via gerichte interventies hun kans op achteruitgang te verlagen. Overigens is er tot dusver helaas weinig wetenschappelijk bewijs dat deze strategieën ook effectief zijn. De allerkwetsbaarsten echter blijven in dit programma grotendeels buiten beeld.

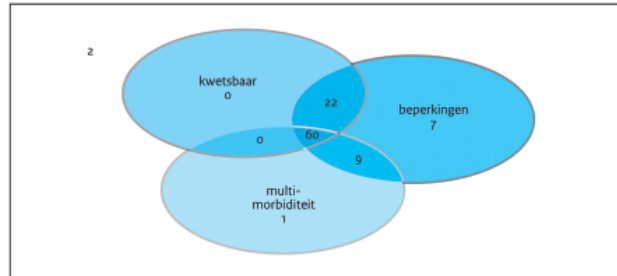
Vanuit de ouderengeneeskunde wordt de definitie van kwetsbaarheid vaak gebruikt om die mensen te beschrijven die al een fors deel van deze ongewenste uitkomsten, zoals opname, vallen en functionele achteruitgang hebben. Er is nog onvoldoende aandacht voor de verbinding van deze twee verschillende definities.

Mijn focus ligt bij de minderheid van de ouderen, die de ongelukkige verbinding hebben van meerdere ziekten, beperkingen in de zelfredzaamheid, verminderd lichamelijk, communicatief en geestelijk functioneren, en onvoldoende (sociale) steun om deze problemen het hoofd te kunnen bieden. Deze ouderen leven dus zowel zelfstandig (nu 13% van de ouderen thuis), als in de institutionele zorg, in verpleeg- en verzorgingshuizen. Als we deze laatste groep nader bekijken, met de definities van kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen zoals eerder beschreven, zien we dat de grote meerderheid van deze geïnstitutionaliseerde ouderen zowel kwetsbaar zijn als multimorbiditeit en beperkingen hebben (zie figuur 2). Deze ouderen lopen daarnaast gezondheidsgevaars, door de grote hoeveelheid medicijnen die zij vanwege hun kwalen voorgeschreven krijgen. Ruim 13.000 65+-ers worden jaarlijks vanwege redenen die samenhangen met medicijngebruik in ziekenhuizen opgenomen (dat is 6% van de totale hoeveelheid ouderen die in ziekenhuizen worden opgenomen), en ruim de helft van deze opnames is potentieel vermijdbaar (HARM eindrapport). De komende jaren kunnen we naar mijn mening dan ook meer

gezondheidswinst verwachten van het stoppen van medicatie, dan van het starten van nieuwe medicatie.

Figuur 2: het % ouderen met multimorbiditeit, kwetsbaar-

(B) Ouderen in instellingen



heid en/of beperkingen bij ouderen die in het verzorgings- of verpleeghuis wonen, bron SCP 2011.

U zult begrijpen dat de zorg en behandeling die deze groep nodig heeft complex is, en daarom wil ik u meenemen naar de aspecten van de medische zorg voor deze kwetsbaarste groep.

5

B- Medische zorg voor de kwetsbaarste ouderen

De medische zorg in Nederland is van oudsher zo ingericht, dat je bij gezondheidsproblemen waar je zelf niet uitkomt, naar je huisarts gaat. Het grootste deel van de medische vraag wordt in deze eerste lijn opgelost. Een klein deel van de vragen wordt doorgestuurd naar de tweede lijn, waar medisch specialistische zorg (meestal in het ziekenhuis) verstrekt kan worden. Deze tweede lijn is met name gespecialiseerd op bepaalde organen (hart, longen, zenuwstelsel) of recenter ook ziekten (reuma, diabetes), en heel soms ook leeftijdscategorieën (bijvoorbeeld kindergeneeskunde). Er is de afgelopen jaren sprake geweest van een toegenomen verenging van deze tweede lijn, waarbij specialismen zich verder zijn gaan toeleggen op een specifiek gebied, het begrip superspecialisme is geen uitzondering meer. Deze ontwikkeling heeft veel positieve effecten gehad, omdat er meer kennis en behandelopties zijn ontwikkeld voor ingewikkelde enkelvoudige ziekten, met ook grote gezondheidswinst voor specifieke groepen patiënten. Voor de oudere met gesta-

pelde problemen biedt deze orgaanspecialist vaak echter niet de beste oplossing. De oudere met meerdere problemen valt in meerdere categorieën, wordt door meerdere artskapiteins bestuurd, en krijgt te maken met een probleem van de huidige gezondheidszorg: veel kennis en protocollen over enkelvoudige problemen, weinig aandacht voor de verbinding van deze problemen. Technoliseren, specialiseren en academiseren zijn nodig, maar het verhaal van de individuele oudere patiënt moet steeds een plek blijven houden in de zorgrelatie. De dokter mag geen technet worden (Reiser SJ).

Wat betekent deze ontwikkeling nu voor de groep kwetsbaarste ouderen, waar vandaag aandacht voor mag zijn?

Voor thuiswonende ouderen, en voor de meeste ouderen die in het verzorgingshuis wonen, is de huisarts de hoofdbehandelaar en dus het eerste aanspreekpunt bij medische vragen. De huisarts is hier ook, als generalist met overzicht, bij uitstek de geschikte functionaris voor. De huisarts kent de patiënt, haar medische voorgeschiedenis, sociale situatie en heeft een overzicht van haar medicatie. Het is wel van groot belang, dat de huisarts voor deze groep het vraaggerichte model aanvult met een proactieve houding. Voor deze groep is het van groot belang, dat er actief naar gezondheidsproblemen of kwetsbaarheidsrisico's gevraagd wordt. Een model dat wij als specialisten ouderengeneeskunde al van nature hanteren, en dat ook in de huisartskaderopleiding ouderen die aan onze afdeling is verbonden centraal staat.

Wanneer de diagnostische of therapeutische mogelijkheden van de huisarts te kort schieten, kan de huisarts verwijzen naar de tweede lijn, het ziekenhuis. De keus is dan grofweg naar een orgaanspecialist (cardioloog, neuroloog, gynaecoloog), met alle eerder genoemde problemen van verenging naar een ziektebeeld, of naar een ziekenhuisspecialist op het gebied van de ouderenproblematiek: klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde. Deze laatste genoemde specialisten kenmerken zich door een klinische handelwijze die zeer goed past bij de oudere

patiënt met problemen op meerdere gebieden. De keus tussen deze twee specialismen (klinisch geriater en internist-ouderengeneeskunde) is helaas niet afhankelijk van competenties of focus van deze specialisten, of van de specifieke problematiek van de oudere patiënt, maar van de beschikbaarheid in het centrum waar naar verwezen wordt. Het verschil tussen deze disciplines is voor patiënten en verwijzers niet helder, en het zou daarom goed zijn als deze disciplines zouden kunnen komen tot een helder standpunt hierover. Ook hier vind ik het van belang dat er verbinding ontstaat, in plaats van fragmentatie.

Ouderen die vanwege hun ziekten en beperkingen in het verpleeghuis verblijven, krijgen de medische zorg van de specialist ouderengeneeskunde, een functionaris die u waarschijnlijk beter kent als verpleeghuisarts. Sinds 1989 is er een speciale opleiding voor deze verpleeghuisarts, die thans 3 jaar duurt. Toen enkele jaren geleden de verpleeghuisartsen gefuseerd zijn met de sociaal geriater, artsen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van patiënten met voornamelijk dementie in de thuissituatie, moest er een nieuwe naam komen. De naamgeving van de nieuwe specialist, die dus niet meer alleen in het verpleeghuis functioneert, is in 2009 veranderd in Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Deze nieuwe naam schept hier en daar wel verwarring, omdat dit specialisme zich kenmerkt door generalisatie, dat zich onder andere uit in een brede kennis over de (gevolgen van) chronische ziekten bij ouderen. De verwarring wordt versterkt omdat het niet alleen om ouderen gaat: ook jonge mensen met dementie, en jongere patiënten met complexe problematiek, zoals bij neurodegeneratieve afwijkingen als MS, ALS en Huntington, worden door deze generalist van uitstekende medische zorg voorzien. Deze SO is van origine altijd een arts geweest die zich sterk profileerde in de samenwerking. Met name de verbinding met de verzorging en verpleging, paramedici zoals fysio- en ergotherapeuten, logopedisten en psychologen heeft ervoor gezorgd dat hun competenties in medische, psychosociale en zorgdiagnostiek en -prognostiek sterk ontwikkeld zijn. De grootste kracht van de specialist ouderengeneeskunde ligt naar mijn overtuiging

daarnaast in een goede multidomein analyse waarbij zowel lichamelijke, functionele, sociale, psychische als communicatieve factoren worden beoordeeld. Hiermee wordt, samen met de patiënt of diens vertegenwoordiger en de andere disciplines, een zorgbehandelplan opgesteld, dat de aandachtspunten die uit deze analyse volgen aanpakken.

Verbindingen in de medische as hebben zich vanuit het specialisme ouderengeneeskunde vooral ontwikkeld rondom consultatie momenten van revalidatieartsen, internisten of gerieters, dermatologen, psychiaters etc. De focus lag daarmee erg op de samenwerking met het ziekenhuis. Dat heeft er onder andere toe geleid dat er op veel plaatsen prachtige samenwerking is ontstaan met de tweede lijn, waarbij bijvoorbeeld de geriatrie revalidatie, herstel van functie na een ziekenhuisopname van een kwetsbare ouderen, enorm is gegroeid. Ik kom later nog terug op deze geriatrie revalidatie, en de rol van het verpleeghuis in de keten ziekenhuis-verpleeghuis-thuis.

Maar ik keer eerst terug naar de rol van de huisarts, die als generalist een regiefunctie heeft bij de behandeling van de kwetsbaarste ouderen thuis en in het verzorgingshuis. Het ligt voor de hand, dat de huisarts en de SO elkaar hier vinden. Uit onderzoek van Jos Schols en anderen is gebleken, dat het aantal consulten buiten het verpleeghuis (aangevraagd door de huisarts) van artsen die in het verpleeghuis werken, in de periode tussen begin jaren 90 en tien jaar later niet of nauwelijks is toegenomen, (Schols en Te Wierik 1993; Van Dam van Isselt en Schols, 2007), terwijl het aantal ouderen met multimorbiditeit, kwetsbaarheid en beperkingen in de thuissituatie stijgt, en zal blijven stijgen. De zorg voor deze kwetsbaarste ouderen vraagt, zoals ik al eerder memoreerde, een investering van de huisarts, waarbij niet alleen vraaggericht, maar ook proactief gehandeld wordt (KNMG kwetsbaarste ouderen). Het vergt echter ook een verandering in de klassieke werkwijzen van de SO, die zich meer moet verbinden met de eerste lijn. Zoals in het rapport ‘Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen’ van de KNMG wordt geconcludeerd: “Voor de behandeling van kwetsbare ou-

dere patiënten verdient een proactieve werkwijze van de huisarts in het algemeen (...) de voorkeur. Een proactieve werkwijze van de huisarts helpt kwetsbare patiënten om hun gezondheidsproblemen tijdig en volledig kenbaar te maken om zodoende tijdig passende zorg te verkrijgen. (...) Ondersteunend en complementair aan de proactieve werkwijze van de huisarts, is het voorstel dat de specialist ouderengeneeskunde op veel grotere schaal een rol speelt als consulent van de huisarts en als medebehandelaar en hoofdbehandelaar in het verzorgingshuis. Een voorwaarde om dit te kunnen realiseren is dat de specialisten ouderengeneeskunde gemiddeld genomen een veel groter aantal patiënten behandelen dan nu het geval is (zowel extramuraal als in het verpleeghuis).” (KNMG, 2010)

Ik onderschrijf de visie van de KNMG dat de SO zich de komende jaren sterker moet richten op taakdelegatie naar andere disciplines, zoals verpleegkundig specialisten en behandel situaties waar zij als adviseur of consulent optreden. Daar komen dus ook andere competenties aan de orde. Niet alleen in het verzorgingshuis dienen de SO en huisarts goed met elkaar samen te werken, ook rondom de kwetsbaarste ouderen die thuis wonen. Vanuit mijn positie binnen het LUMC zal ik proberen deze omwenteling te faciliteren. Een van de acties daartoe, is de nieuwe kaderopleiding voor de SO in de eerste lijn, die binnenkort zal starten onder de bezielende coördinatie van Mirjam Bezemer en Ada Vijfvinkel. De SO zal hierin leren om in de eerste lijn beter te kunnen consulteren, adviseren en communiceren.

C- Wetenschappelijk Onderzoek

Ouderen worden vaak uitgesloten van onderzoek, en de meest kwetsbaren worden ook het meest uitgesloten. Dit geldt in sterke mate voor onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen (Zulman et al.), maar ook bijvoorbeeld in het onderzoek van het Nationaal Programma Ouderenzorg bevat de standaard instrumentenlijst relatief veel vragenlijsten. Deze zijn door mensen met communicatieve en cognitieve problemen vaak niet in te vullen. Doordat er relatief weinig observatie-instru-

menten zijn geselecteerd, leidt dit ook hier tot uitsluiting van de meest kwetsbare ouderen. Zij vallen dus ook daar weer buiten de boot. Voor het onderzoek naar de kwetsbaarste ouderen dienen we te zoeken naar nieuwe onderzoeksstructuren, en nieuwe onderzoeksmethoden. De universitaire verpleeghuisnetwerken zijn hierbij een belangrijk middel. Het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland Noord (gecoördineerd door Monique Caljouw) is zo'n voorbeeld, waarbij kennis gebundeld wordt, en praktijk relevant onderzoek gestimuleerd en uitgevoerd kan worden.

De organisatie voor ouderenzorg Topaz in Leiden, biedt mij de gelegenheid met 2 benen in de patiëntenzorg te staan. Daarnaast zet ik mij ook binnen Topaz in voor betere verbinding tussen wetenschap en praktijk, om daarmee te komen tot praktijkverbeteringen. In verpleeghuis Overduin in Katwijk is sinds vele jaren een prachtig expertisecentrum voor patiënten met de ziekte van Huntington. Via een mede door Topaz ontwikkeld model, het zogenaamde Topcare-model, zijn we met een aantal medewerkers van de werkvloer bezig om de wetenschap dichter bij die werkvloer te brengen, en te stimuleren dat onderzoek meer door praktijkvragen wordt gestuurd. Ook dit is een onderzoeksstructuur die de onderbouwing van de zorg voor kwetsbaarste ouderen gaat helpen verbeteren.

In Leiden is op de afdeling PHEG onder leiding van mijn collega hoogleraar en huisarts Jacobijn Gussekloo, in korte tijd een prachtige onderzoekslijn 'Geriatrics in primary care' ontstaan, waar ook mijn onderzoek onder mag vallen. Waar Jacobijn vooral de thuiswonende oudere als uitgangspunt heeft, heb ik de oudere in beeld die (tijdelijk) niet meer thuis kan wonen. Wat zowel het wetenschappelijk onderzoek van Jacobijn als hetgeen ik binnen mijn leerstoel zal gaan uitvoeren kenmerkt, is de verbinding tussen wetenschap en praktijk, door te zoeken naar resultaten zie zich laten vertalen in betere zorg en een betere kwaliteit van leven voor de kwetsbaarste ouderen. De belangrijkste thema's die hier voor mij leidend zullen zijn, zijn kwaliteit van leven en (herstel van) functioneren.

Kwaliteit van leven en pijn

Kwaliteit van leven, vanuit een medisch perspectief, bij deze groep kwetsbare ouderen, wordt mede bepaald door de effecten van chronische ziekte op het functioneren en de symptoomlast. Pijn is een van de symptomen die de grootste negatieve impact heeft op de kwaliteit van leven. Allerlei met pijn gepaard gaande aandoeningen (zoals artrose) nemen toe met de leeftijd. Dit is waarschijnlijk verantwoordelijk voor de hoge prevalentie van pijn (25-80%) bij kwetsbare ouderen. De negatieve impact laat zich zien in de sterke relatie die gevonden is tussen pijn enerzijds, en depressie, angst, verminderde zelfredzaamheid, slaapproblemen, sociale isolatie, fysieke inactiviteit, verdere achteruitgang in cognitief functioneren en een verminderde kwaliteit van leven anderzijds (Basler et al.; Ferrell et al.; Jakobsson et al.; Onder et al., 2005; Onder et al., 2006).

Uit een groeiend aantal publicaties in de afgelopen jaren blijkt dat herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen verre van optimaal is (Brochet et al.; Ferrell et al.; Fox et al.; Smalbrugge et al., Achterberg et al., 2007).

In het bijzonder zijn herkenning en behandeling van chronische pijn niet optimaal bij ouderen met cognitieve en communicatieve beperkingen door comorbide aandoeningen zoals CVA, dementie, multiple sclerose (MS) of de ziekte van Parkinson (Achterberg et al., 2007, Scherder et al.). Deze suboptimale herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen wordt mede veroorzaakt doordat beschikbare instrumenten om pijn te herkennen en te meten nog (te) weinig gebruikt worden en behandeling veelal niet systematisch plaatsvindt (Chodosh et al., 2004, Cadogan et al., 2006).

Bij patiënten met dementie, één van de belangrijkste en meest invaliderende ziekten van de oudere populatie, wordt de kwaliteit van leven door vele factoren bepaald. De veranderingen in het brein zorgen voor een veranderde gewaarwording van de

omgeving, en een veranderde mogelijkheid om met de eisen die de omgeving stelt om te gaan. Geheugenklachten zijn daarbij in de volksmond de belangrijkste exponent, maar in de praktijk zijn de problemen veel uitgebreider en complexer. Wanneer het gedrag van de patiënt met dementie verandert, wordt het moeilijker voor partners om de noodzakelijke steun te geven. Vaak wordt de situatie thuis onhoudbaar, en moet de patiënt worden opgevangen op een dagbehandeling of in een verpleeghuis. Het personeel in deze instellingen kan de gevolgen van dementie, zoals incontinentie, dwaalgedrag, achterdocht, moeilijkheden bij het eten, stemmingsproblemen, hulp bij de verzorging goed opvangen als de mantelzorg dit niet meer kan.

Een van de moeilijkste problemen bij gevorderde dementie, is dat deze patiënten nauwelijks kunnen communiceren op een hoger abstract nivo. In concreto betekent dit, dat het voor hen lastig is te benoemen, waar hun behoeften liggen, in de wetenschappelijke literatuur ook wel 'unmet needs' genoemd (Kovack et al.). Als mens heb je behoefte aan een goed evenwicht van sociale contacten en prikkels uit de omgeving en je wilt het lichamelijk comfortabel hebben. Dat betekent dat je prikkels om naar het toilet te gaan omzet in daadwerkelijke toiletgang, dat je koude of warmte compenseert door aanpassing van bijvoorbeeld kleding, maar ook dat je pijnprikkels (zoals bijvoorbeeld door knellend schoeisel) adequaat ter hand neemt, of kunt relateren aan iets, en dus begrijpen. De afwijkingen in het brein bij dementie leiden tot problemen in de verwerking en herkenning van pijnprikkels, en in een adequate communicatie met de buitenwereld over deze prikkels. Nu lijken epidemiologische studies aanleiding te geven tot de gedachte dat mensen met dementie minder pijn hebben, of daar minder onder lijden (Frampton, 2003). We weten echter nu ook uit neuropathologische studies, dat de hersendelen die verantwoordelijk zijn voor het voelen van pijn bij mensen met Alzheimer dementie niet aangetast zijn, maar dat met name de hersenkernen die verantwoordelijk zijn voor het plaatsen in een context aangedaan zijn (Scherder et al.). Ook experimentele studies laten zien, dat de pijn drempel

bij de ziekte van Alzheimer niet verhoogd is (Benedetti et al.). Wij, hulpverleners, denken dat er minder pijn is, de conclusie moet zijn dat wij de pijn bij mensen met dementie niet goed kunnen herkennen. Veel onderzoek wijst erop dat pijn zich bij deze groep met name in gedrag uit. Nu weten we ook, dat gedragsproblemen vaak vóórkomen bij dementie (Wetzels et al.). Hoewel er verschillende oorzaken zijn voor dit gedrag, is (onbegrepen) pijn vermoedelijk een zeer belangrijke factor in het ontstaan of handhaven van gedragsproblemen (Pieper et al., 2011). Daarnaast zijn er aanwijzingen, dat mensen met dementie juist ook meer pijn kunnen hebben, vanwege laesies in de witte stof (Scherder et al., Oosterman et al.). De witte stof in de hersenen is uiterst gevoelig voor doorbloeding en niet alleen bij vasculaire dementie, maar ook bij de ziekte van Alzheimer komen veel witte stof laesies voor. De hieruit voortkomende de-afdifferentiatie (bepaalde hersengebieden die niet meer met elkaar communiceren) kan leiden tot pijn die vanuit de hersenen ontstaat, ook wel 'central pain' genoemd (Scherder et al., Oosterman et al.).

U zult dan ook begrijpen dat ik op dit interessante en belangrijke aspect mijn speciale focus leg. Zo voert de promovenda Marjoleine Pieper een interventie onderzoek uit (een Randomized Controlled Trial) naar de effecten van een stapsgewijze methode, om pijn en gedragsproblemen bij verpleeghuispatiënten met dementie adequaat op te sporen en te behandelen (Pieper et al., 2011). Deze interventie, STA OP genoemd, (STApsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn de baas), wordt onder mijn leiding uitgevoerd in verpleeghuizen van het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het VUmc. De samenwerking met Anneke Francke, Jenny van de Steen en Erik Scherder in dit project draagt zorg voor een gedegen multidisciplinaire opzet en analyse.

Met deze studie hopen wij de pijn van deze patiënten te verminderen, het gedrag beter te begrijpen en te behandelen, waarbij psychosociale interventies en pijnbestrijding de voorkeur krijgen boven het dempen van het gedrag met psycho-

farmaca. Wij weten immers dat deze laatste middelen (zoals Haldol en Risperdal) veel vervelende bijwerkingen hebben, zoals sufheid, vallen en mogelijk ook oversterfte, met slechts een minimaal effect op het gedrag (Ballard et al., Kleijer et al.). De maatschappelijke discussie over reduceren van het gebruik van deze middelen is daarom ook terecht. Ik zou wel willen bepleiten dat deze discussie inhoudelijk sterker gevoerd zou worden, waarbij zowel specialisten ouderengeneeskunde, maar ook aanpalende specialismen zich beter op de hoogte stellen van de feiten, voordat zij zich in de media roeren.

10 Gelukkig loopt er steeds meer wetenschappelijk onderzoek naar deze materie, naast het al eerder genoemde STA OP is er deze maand een ander zeer interessant project gestart, Intercept, wat staat voor *INTERNational Comparisons on the Effects of Pain, behaviour and it's Treatment on quality of life in dementia*. We weten dat het gebruik van medicamenteuze interventies voor gedragsproblemen grote internationale verschillen kent. Zo is het gebruik van antipsychotica in Duitse verpleeghuizen veel hoger dan in Nederland. Annelore van Dalen gaat als mijn promovenda deze verschillen onderzoeken. Inzicht in deze verschillen geeft ons handvatten om dit probleem beter ter hand te nemen. Bijzonder aan dit project is, dat zij de eerste arts in opleiding tot SO is, die haar opleiding combineert met wetenschappelijk onderzoek, leidend tot een promotie. Deze verbinding (hier is het thema weer) tussen opleiding en onderzoek komt de kwaliteit van het onderzoek en het onderwijs ten goede, en zal leiden tot een hoger wetenschappelijk gehalte van ons vak. Wij zijn het SBOH, de werkgever van de artsen in opleiding tot SO, dankbaar voor het hebben van een visie op verwetenschappelijking van ons vak. Deze verbinding is van essentieel belang.

De verbinding tussen wetenschap en praktijk probeer ik op meerdere manieren te maken voor het onderwerp pijn. Deze zomer heeft een multidisciplinaire richtlijnwerkgroep, waar ik namens Verenso voorzitter van mocht zijn, de richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen afgerond. Ik verwacht dat deze richtlijn zal

leiden tot een betere herkenning en behandeling van pijn. Uit het voorbereidende werk voor deze richtlijn, bleek echter ook dat er helaas nog veel onbekend is over herkenning en behandeling van pijn bij de kwetsbaarste ouderen. Deze lacunes kunnen alleen ingevuld worden door meer wetenschappelijk onderzoek. Ik zal mij daartoe niet beperken tot de verpleeghuispopulatie, maar samen met mijn collega's van de huisartsgeneeskunde, zoals Jacobijn Gussekloo, Jeanet Blom en Margot de Waal, de gehele populatie kwetsbare ouderen onder de loep nemen.

Daarnaast ben ik ook internationaal actief om dit onderwerp zowel wetenschappelijk als in de dagelijkse zorg op de agenda te krijgen. Dit jaar is onder financiering van de Europese unie³ een groep wetenschappers bij elkaar gekomen, onder de naam COST-action: Pain and Impaired Cognition. Deze groep, waar ik vicevoorzitter van ben, zal de komende 4 jaar komen tot een toolkit ('gereedschapskist') voor betere pijnherkenning bij mensen met cognitieve stoornissen, en grootschalige onderzoeken naar verbetering van de behandeling. Ook deze groep mensen kenmerkt zich door verbinden: internationaal, maar ook verbindingen interdisciplinair: kennis van kliniek, psychometrie, experiment en neuroimaging werken hand in hand samen voor een beter eindresultaat. *Van muizen en buizen tot in de verpleeghuizen*. Een van de eerste stappen, is een internationaal congres over dit onderwerp in januari in Leiden, waarvoor u van harte wordt uitgenodigd zich aan te melden.

Herstel van functioneren: Geriatrische revalidatie

Ouderen hebben niet alleen te lijden onder de gevolgen van chronische ziekten, maar ook onder tijdelijke terugval in functioneren na een val, beroerte of operatie. Zo'n incident is vaak de reden voor een acute terugval in gezondheid en zelfredzaamheid. Het is voor deze ouderen lastig om weer terug te komen op hun oude niveau van functioneren, zeker als er voor het incident al meerdere problemen aanwezig waren en het perspectief niet zo rooskleurig meer was.

Het herstel kan thuis plaats vinden, in een revalidatiekliniek of op een gespecialiseerde revalidatieafdeling van het verpleeghuis,

of op een zogenaamde transferafdeling van het ziekenhuis, meestal uitgevoerd door medewerkers van een verpleeghuis.

Omdat deze behandeling in principe kortdurend is, heeft de overheid tot mijn groot genoegen besloten dit vanaf 2013 niet meer te financieren volgens de AWBZ (bedoeld voor langdurige, niet verzekerbare zorg), maar gewoon via de zorgverzekeringswet. Deze overheveling is een hele operatie, en VWS heeft, i.s.m. zorgverzekeraars Nederland, Verenso, NPCF en Actiz besloten om met deze overheveling ook een impuls te geven aan kwaliteitsverbetering. Uit onderzoek van onze afdeling in Leiden en ETC-Tangram, bleek dat er jaarlijks 27.500 patiënten revalideren in het verpleeghuis, waarbij het vooral ouderen betreft met een beroerte (24%), fractuur (26%), gewrichtsvervangende operatie (19%) en een groep overigen, waaronder ook amputaties (31%). Uit dit onderzoek bleek ook dat lang niet iedereen genoeg herstelde om terug naar huis te kunnen gaan, en dat veel patiënten aangaven dat de opnameduur korter had kunnen zijn. Grotere revalidatieafdelingen, en verpleeghuizen in grote steden waren beter in staat om patiënten sneller naar huis terug te plaatsen. (ETC-Tangram/LUMC) Marije Holstege gaat de gegevens die wij hierover verzameld hebben verder analyseren, om op dit onderwerp bij mij te promoveren.

Op dit moment zijn er verspreid over Nederland 17 zogenaamde proeftuinen. Het zijn eigenlijk proefketens, waarbij ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg en revalidatiecentrum, samen met het zorgkantoor, proberen het zorgpad voor de patiënt te verbeteren. Grofweg gaat het hierbij om het beter op maat snijden van de nazorg, snellere en betere overgang van ene naar andere setting, betere overdracht tussen de settings en betere voorbereiding en betrokkenheid van de cliënt bij haar zorg- en behandelplan. Ik heb de opdracht gekregen om, samen met het VUmc en het Maastrichts universitair medisch centrum, te evalueren of die verbeteringen ook leiden tot een beter herstel van de cliënt. Dit onderzoek (SINGER genaamd) wordt gecoördineerd door Ineke Zekveld (Achterberg et al., 2011). Volgend jaar verwachten we met behulp van deze re-

sultaten het veld aanwijzingen te kunnen geven over hoe deze geriatrische revalidatie het beste georganiseerd kan worden. Overigens ben ik van mening, dat het routinematig vastleggen van de uitkomsten van zorg en behandeling in het algemeen, maar van revalidatie in het bijzonder, niet meer gemist kan worden in een op kwaliteit concurrerend, modern zorglandschap. En dan heb ik het niet alleen over tevredenheid, maar over het functioneren van de cliënt na behandeling. Willen we als verpleeghuizen deze functie goed blijven uitoefenen, dan zullen wij door middel van deze routine outcome monitoring moeten laten zien hoe onze resultaten zijn.

Er zijn verschillende oorzaken, waardoor revalidatie niet altijd volledig slaagt. Een belangrijk element hierin lijkt valangst te zijn. Met name bij patiënten die een heup gebroken hebben, zien we dit verschijnsel frequent (Visschedijk et al., 2010). Angst om te vallen leidt vaak tot het vermijden van activiteit, hetgeen het herstel negatief beïnvloedt. Ik begeleid Jan Visschedijk bij een promotieonderzoek naar het vóórkomen van valangst bij heupfracturen, en hoe het goed gemeten kan worden. Dit lijkt van groot belang, om straks de vrouw van 87 met een gebroken heup weer een zinvol bestaan te kunnen geven.

Daarnaast heb ik het genoegen voorzitter te zijn van het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid Holland Noord, een samenwerkingsverband tussen 6 organisaties voor ouderenzorg in deze regio (Laurens in Rotterdam; Rijnland zorggroep in Leiderdorp, Pieter van Foreest in Delft, Topaz in Leiden/Katwijk, WZH in Den Haag en WMV in de Duin en Bollestreek) en het LUMC.⁴ Binnen dit samenwerkingsverband wordt praktijkrelevant onderzoek geïnitieerd en uitgevoerd op de speerpunten infecties, kwaliteit van leven bij dementie en ook geriatrische revalidatie. Een erg interessant voorbeeld is het onderzoek van Eduard Bakkers, mogelijk gemaakt door Pieter van Foreest en het UVN, waarbij er met behulp van een steuntakenlijst geïnventariseerd wordt of revalidanten niet eerder naar huis kunnen gaan, omdat zij in de avond en nacht geen hulp nodig hebben.

Tot slot wil ik het onderzoek van Leonoor van Dam van Isselt noemen, die vanuit het PW Jansen verpleeghuis in Deventer onderzoek doet naar de revalidatie van patiënten met ernstig COPD. Zij heeft aangetoond dat een korte opname in het verpleeghuis de kwaliteit van leven van deze patiënten enorm kan verbeteren. Wij zijn van plan uitgebreider onderzoek te gaan doen bij patiënten die nog thuis wonen, en die een geïntegreerd aanbod te doen van een combinatie van revalidatie en palliatieve zorg. We moeten ons immers realiseren dat palliatieve zorg en revalidatie elkaar niet uitsluiten. Ernstig zieke patiënten met een slechte prognose kunnen ook baat hebben bij een beperkt herstelprogramma. De multidomein aanpak, gericht op het individu, participatie en kwaliteit van leven is bij zowel revalidatie als palliatieve zorg aanwezig, en maakt een combinatie van beide technieken zeer wel mogelijk. De verbinding van beide methoden wordt een belangrijke nieuwe ontwikkeling in ons vak.

Een andere belangrijke ontwikkeling die mij op het gebied van de geriatrische revalidatie voor ogen staat, is een nadrukkelijker verbinden van revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde. Zowel in onderzoek als in patiëntenzorg kunnen wij veel van elkaar leren en meer voor elkaar, maar vooral voor de kwetsbaarste ouderen, betekenen.

In vind het een groot genoegen, dat ik al mijn wetenschappelijk onderzoek in samenwerking met anderen mag doen. De wereld is groter dan je eigen groepje, dan je eigen universiteit, en dan je eigen land. Binnen het LUMC betreft dit natuurlijk de huisartsgeneeskunde, maar ook de themagroep ouderen, waarin zowel klinische expertise van bijvoorbeeld de hoogleraren Rudi Westendorp en Wouter Jukema (internist-ouderengeneeskunde resp. cardioloog) en Roos van der Mast (ouderenpsychiatrie), als expertise in beeldvorming (Mark van Buchem) en biologie (Eline Slagboom) gebundeld wordt. De wetenschappelijke output en maatschappelijke relevantie van deze samenwerking is voor Nederlandse begrippen zeer substantieel. De komende jaren zullen wij ons ook meer als

groep profileren, om te laten zien wat deze interdisciplinaire samenwerking, ofwel verbinding, voor het verouderingsonderzoek betekent. Ons vizier is daarbij gericht op het vinden van nieuwe oplossingen voor de ingewikkelde uitdagingen die veroudering ons biedt, door baanbrekend onderzoek, in samenwerking met andere universiteiten en partners uit de praktijk en het bedrijfsleven, in een Europees perspectief.

Maar ook de samenwerking met de andere faculteiten waar voor onze doelgroep relevant onderzoek plaats vindt, zoals in Nijmegen, Maastricht en aan het VUmc zijn voor mij van groot belang.

Zoals u ziet zijn er veel mooie ontwikkelingen, gesteund door de universiteit en enkele vooruitstrevende zorginstellingen. Willen wij echter voor een maximaal resultaat gaan, dan zijn er ook andere ontwikkelingen nodig. De situatie in de caresector waarbij een academische achtergrond ontbreekt, en sprake is van versnippering, vraagt om een stimuleringsprogramma, zoals dat na 1997 ook in de revalidatie is gestart. Na een advies van de Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO) in 1997 is een dergelijk stimuleringsprogramma opgezet, in eerste instantie gefinancierd door het Ministerie van VWS, de leden van Revalidatie Nederland, NWO, ZonMw, het Revalidatiefonds en het Ministerie van OC&W. Dit heeft geresulteerd in 75 onderzoeksprojecten en de benoeming van acht hoogleraren revalidatiegeneeskunde. Enkele revalidatiecentra hebben zich mede door deze ondersteuning kunnen ontwikkelen tot actieve kenniscentra.⁵ Naast het initiëren van praktijk relevant onderzoek, helpt zo'n programma om afstemming en coördinatie te verbeteren. Het is zonneklaar dat het nu de tijd is om ook zo'n programma voor de ouderengeneeskunde te lanceren. De verwetenschappelijking van de ouderengeneeskunde dient ferm ter hand genomen te worden.

Een verschuiving van onderzoeksgelden van de cure naar de care zou gepast zijn, aangezien deze verschuiving ook in de dagelijkse zorg en behandeling plaats vindt. Maar los daarvan moeten wij ons serieus gaan bezinnen op manieren om onze

behandelingen, en de uitkomsten daarvan, meer structureel vast te gaan leggen. Wij zullen daartoe meer gebruik moeten gaan maken van goede meetinstrumenten, en de resultaten daarvan elektronisch opslaan. Er bestaan goede ziekenhuisinformatiesystemen en goede huisartsinformatiesystemen die hebben aangetoond belangrijke informatie te kunnen leveren om meer te weten te komen over de effectiviteit van behandelingen. In de caresector is dit nog niet gebruikelijk. Daarmee wordt onderzoek relatief kosteninefficiënt, omdat voor iedere vraag weer nieuwe gegevens moeten worden verzameld. Ik pleit daarom voor een ontwikkeling, waarbij er een verpleeghuisinformatiesysteem wordt ontwikkeld, gebaseerd op patiëntuitkomsten van zorg en behandeling. We kunnen dan sturen op resultaat, evalueren wat de effecten zijn van wat wij doen. Toevallig of niet, is dit een ontwikkeling die ook door anderen, zoals de raad voor de volksgezondheid en de zorgverzekeraars wordt bepleit. Allereerst zal dit voor onze sector actueel worden in de geriatrische revalidatie. Zorgverzekeraars zullen na 2013 willen weten hoe instellingen het doen, wat de resultaten zijn, om vervolgens wel of niet te contracteren. Ik ben van mening dat wij ons ook hier **productief** moeten opstellen, en zorgen voor goede data die mede door universitaire centra geanalyseerd kunnen worden.

Het analyseren van grote databestanden, die vanuit de praktijk zijn verzameld, is namelijk geen sinecure. Het falen van een belangrijk deel van het kwaliteitskader verantwoorde zorg (u weet wel, van kiesbeter en de Volkskrant-ranglijst) is daar een voorbeeld van. Ik ben blij dat dit kwartje recent gevallen is, nadat wij daar al een aantal jaren voor gewaarschuwd hadden (Achterberg en Went). Degelijke analyse van dit soort gegevens vereist bijzondere kennis en technieken, die met name in academische centra aanwezig is.

Ten slotte moeten we ons bezinnen op nieuwe onderzoeksmethoden, die beter aansluiten bij de klinische praktijk dan de klassieke Randomized Clinical Trials. Meer pragmatische onderzoeksvormen lijken beter aan te sluiten bij de complexe

klinische situatie van de kwetsbaarste ouderen (Ware en Hamel, Tinetti en Studenski).

D- Onderwijs

De al eerder geschetste demografische ontwikkelingen, waarbij we steeds meer ouderen en oudste ouderen zullen krijgen, vragen om een nieuwe dokter: tegenwoordig hebben ouderen immers de toekomst (Loesje). Helaas is de ouderengeneeskunde weinig populair bij jonge medische studenten. Dit heeft te maken met meerdere factoren.

Ten eerste is het perspectief van de jeugd (nu voel ik mij erg oud...) gericht op gezondheid, fitheid, en het succes van het snelle oplossen van een probleem, en dit geldt ook in sterke mate voor de geneeskunde. Het populaire beeld van de geneeskunde, en daarmee een van de bepalende factoren voor haar aantrekkingskracht op jonge mensen, is het oplossen van een grote narigheid met liefst hoog technologische methoden (het primaat van de technologie). Een reanimatie, het genezen van kanker bij een kind of het vervangen van een falend orgaan bij een jong volwassene die nog een toekomst voor zich heeft. Kijkt u maar naar de televisie, of leest u maar een doktersroman. Het is een ideologie van het vak waarbij je er als technische dokter toe doet: je redt levens, je bent in zekere zin voor een individu de grootste reddingsboei. Dit aspect van de geneeskunde zal altijd blijven bestaan, maar qua volume zal dit afnemen. Binnen de geneeskunde krijgt het verzachten van de narigheid van het ouderworden steeds meer de overhand. De kennis die wij in de loop van de laatste decennia hebben verkregen kan steeds beter worden ingezet in het behalen van relatief kleinere successen, voor een relatief veel grotere groep mensen. Daarmee komen we weer terug op de definitie van geneeskunde uit de 16^e eeuw van Ambroise Paré: Geneeskunde is soms genezen, vaak verzachten, altijd troosten.⁶ Een tweede factor is dat het onderwijs in de geneeskunde lastig is te vormen in de situatie van de allerkwetsbaarste ouderen. De problematiek is vaak te complex voor de leersituatie: er zijn meerdere problemen tegelijk hetgeen het lastiger maakt om

specifieke medische situaties te leren. U moet zich voorstellen dat we het jongleren ook eerst oefenen met 1 bal in de lucht, dan 2, dan 3, dan meer. Desondanks, denk ik dat we hier in Leiden een goede modus vinden om artsen op te leiden, die straks ook kunnen jongleren met meer dan 1 bal. In het preklinische onderwijs (de Bachelor-fase) proberen we waar mogelijk de kwetsbare oudere met complexere problematiek al vroeg aan de orde te laten komen. We doen dit onder andere door de Zorgstage in het eerste jaar en vroegtijdige praktijkcontacten in het verpleeghuis, waarbij studenten anamnese en lichamelijk onderzoek oefenen op verpleeghuispatiënten. We doen dit ook door de complexe problematiek aan de orde te laten komen in jaar 4 in het blok Maatschappij en gezondheid (samen met sociale geneeskunde) en het blok de oudere (samen met de afdeling interne geneeskunde). In de klinische fase was er al de mogelijkheid om een keuze-coschap in het verpleeghuis te lopen, en ook zijn er verschillende studenten die een semi-arts stage in het verpleeghuis doen. Daarnaast zijn we samen met sociale geneeskunde gestart met een uitbreiding van het aantal reguliere coschappen in het verpleeghuis. Er zijn vanaf deze zomer een aantal plaatsten beschikbaar in verpleeghuizen van Laurens en Topaz, zodat we vanaf januari 2012 continu 5 coschappen in het verpleeghuis kunnen draaien. Bij de voorbereidingen van het nieuwe curriculum, dat in 2012 start, zal iedereen binnen een geïntegreerd coschap met sociale- en huisartsgeneeskunde, met het verpleeghuis (en dus met de kwetsbaarste ouderen) klinisch in contact komen. Onze hoop is dat dit studenten enthousiast maakt voor de uitdagingen die de kwetsbaarste ouderen de arts biedt. Dat is nodig, omdat we steeds meer artsen nodig zullen hebben die zich hiervoor inzetten. En dat geldt voor vele medisch specialisten, die ook steeds meer te maken zullen krijgen met ouderen met meerder problemen, zoals huisartsen, internisten, psychiaters, neurologen en cardiologen. In het bijzonder geldt dat natuurlijk voor de specialisten op het gebied van de ouderengeneeskunde, zoals de klinisch geriater en internist-ouderengeneeskunde in het ziekenhuis, en de specialist ouderengeneeskunde. Het aantal basisartsen dat kiest voor een specialisme dat aan ouderen geli-

eerd is, valt echter tegen, en in het bijzonder geldt dat de laatste jaren voor het specialisme ouderengeneeskunde.

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is een 3-jarige opleiding, waarbij het praktijkdeel grofweg 2 jaar in het verpleeghuis, en het restant in het ziekenhuis en de ambulante GGZ wordt doorlopen. Eén dag per week wordt besteed aan theoretisch onderwijs. De opleiding kan gevolgd worden in Amsterdam (Gerion/VUmc), Nijmegen (VOSON) en hier in Leiden. Helaas zijn er de laatste jaren naar onze indruk onvoldoende aanmeldingen voor deze goede opleiding, en gecombineerd met het feit dat er ook relatief veel uitval is, is er een toenemend tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. U zult uit mijn verhaal begrijpen, dat dit een onwenselijke ontwikkeling is, gezien de uitdagingen waar onze gezondheidszorg voor staat. In zekere zin staat de noodklok klaar om geluid te worden.

Behalve de inspanningen die wij, maar ook anderen, zoals Soon, de NFU en de KNMG, doen om dit aandachtsgebied in het onderwijs onder de aandacht te brengen, zijn er daarom ook andere bewegingen nodig. Het vak moet aantrekkelijker worden, waarbij taakdelegatie (ik heb daar eerder over gehad) en mogelijk ook financiële herwaardering een rol spelen. Daarnaast vind ik het belangrijk dat de perspectieven voor artsen die voor ons vakgebied kiezen aantrekkelijker worden. Het versterken van de wetenschappelijke competenties en de positie van de SO zijn daarbij van essentieel belang. Maar ook het begeleiden van verpleegkundig specialisten en co-assistenten kan het beroep verdiepen, en dus interessanter maken. Ook mogelijkheden van additionele scholing, zoals kaderopleidingen waarin men zich kan specialiseren op een gebied zoals PG, revalidatie of werken in de eerste lijn, zijn hierbij goede ontwikkelingen.

De mogelijkheden om een aantal onderdelen van de opleiding tot huisarts, SO en AVG gezamenlijk te laten plaatsvinden (zoals een gezamenlijk introductiejaar) dienen daarnaast serieus te worden onderzocht.

E- De maatschappij

De ontwikkelingen die ik u geschetst heb, maken duidelijk dat de zorg en behandeling van de kwetsbaarste ouderen een maatschappelijk thema van grote importantie is. U kunt dit helaas bijna dagelijks in de media meebeleven. Er is regelmatig sprake van bezorgdheid over de kwaliteit van zorg, incidenten worden smakelijk uitvergroot, terwijl er aan de andere kant kennelijk ook electorale consensus bestaat over het feit dat de lasten voor de burger niet omhoog mogen. Voor weinig geld wordt 100% kwaliteitsgarantie gevraagd.

Vanuit mijn leerstoel voel ik mij verantwoordelijk om ook in deze discussie een bijdrage te leveren.

Ik wil u dan ook deelgenoot maken van mijn gedachten hierover.

Ten eerste vind ik, dat wij ons moeten bezinnen op het begrip verantwoordelijkheid. Het is algemeen aanvaard, en wettelijk vastgelegd, dat ouders een verantwoordelijkheid hebben voor hun kinderen. Het is in de Nederlandse wet, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Duitse wet, niet zo sterk vastgelegd dat volwassen kinderen ook een verantwoordelijkheid hebben voor hun ouders. Dat leidt ertoe, dat wij het heel normaal vinden, dat ouders regelmatig hand en spandiensten uitvoeren op de basisschool. Bloemschikken, schoolreisjes, voetbaltornooien etc. zijn voor kinderen alleen mogelijk door actieve participatie van ouders. De functies van luizenmoeders, klusvaders en oud papier-ophalers worden enthousiast ingevuld, omdat wij beseffen dat de school niet alles kan regelen. Wij zullen zelf een en ander moeten doen, anders blijft schraalhans keukenmeester. Beseffen wij ons ook dat, als wij verder in onze levensloop zijn, onze ouders eenzelfde inspanning van ons nodig hebben? De vraag, die helaas zelden gesteld wordt, is hiermee duidelijk: willen wij alles door professionals laten uitvoeren en dus koopkracht inleveren, of willen wij een actieve bijdrage leveren aan het welzijn van onze ouders, zoals wij dat in een eerdere

levensfase ook doen voor onze kinderen? Uit recent onderzoek blijkt dat mensen eigenlijk best wat meer willen doen voor hun zorgbehoevende ouders, maar dat wij als zorgverleners hen beter kunnen coachen en faciliteren, en geen dwingend contract voorleggen (Stuifbergen et al., 2010). Zorginstellingen dienen zich hierop beter te oriënteren.

Ten tweede zullen wij ons moeten bezinnen op het begrip solidariteit, waarop de financiering van de chronische zorg via de AWBZ is gefundeerd. Is het bijvoorbeeld terecht dat ouderen intensief worden gefinancierd voor hun zorg en behandeling, als zij ook een groot eigen vermogen hebben? In andere woorden: bent u bereid, zoals bijvoorbeeld in Frankrijk het geval is, om een deel van uw erfenis af te staan, in ruil voor een goede oude dag voor uw vader of moeder, die helaas getroffen is door een opeenstapeling van gebreken die de kwaliteit van leven ernstig aantasten? Het begrip solidariteit moet ook gezien worden binnen de generaties. We weten dat veel ouderen vitaal zijn, vaak ook kapitaalkrachtig, en daarnaast zingeving zoeken. Inschakelen van deze ouderen bij de begeleiding van de minder sterke ouderen zal zeker een bijdrage kunnen leveren aan een kwalitatief goed netwerk van hulpverlening aan de meest kwetsbare ouderen.

Ten derde is er het vraagstuk van de kwaliteit. Onze eisen gaan tegenwoordig terecht verder dan 'goed voer en een warme stal'. Zorg is mensenwerk, en warmte en persoonlijke aandacht zijn daarbij onontbeerlijk. Daarnaast is het echter van eminent belang dat de kwaliteit ook op andere manieren geborgd wordt. Verwetenschappelijking is daarbij naar mijn mening een *conditio sine qua non*. Dat betekent dat er door de overheid en Actiz, de belangenvereniging van de organisaties in de V&V-sector, meer geïnvesteerd moet worden in het borgen van de academische competentie in deze sector. Het is mijn stellige overtuiging, dat het investeren in wetenschappelijke kwaliteiten van zowel artsen, verpleging als therapeuten, een van de belangrijkste elementen is in het waarborgen van een analytische en kritische blik op het hele zorg- en behandelproces. De

voorlopers van de verpleeghuiszorg investeren hier al in, door professionals vrij te stellen voor wetenschappelijk onderzoek, door deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek of door lid te zijn van universitaire verpleeghuisnetwerken zoals het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland Noord hier in de omgeving van Leiden. Het is opvallend dat deze academi-seringslag bij de huisartsen, in de public health en de GGZ gefinancierd wordt door de overheid, terwijl het in onze sector aankomt op de budgetten van de individuele zorgcentra. Deze instellingen dienen enorm geprezen te worden in hun pogingen om verantwoord te innoveren, tegelijkertijd dient opgemerkt te worden dat op deze wijze veel draaglast komt te liggen op enkele (niet eens zo heel) stevige schouders. Innovaties die door deze organisaties worden ontwikkeld, zijn beschikbaar voor de hele sector, en dus de hele maatschappij. Het zou daarom helderder zijn, als de lasten eerlijker over de sector en de maatschappij verdeeld zouden worden. Het beschikbaar maken van een degelijk budget, ten laste van de overheid en de sector voor deze verwetenschappelijking is daarom mijns inziens onontbeerlijk. Naast meer handen, graag ook meer brein aan het bed.

Indien u alle elementen van mijn aanbevelingen over patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en maatschappij bij elkaar voegt, kunt u zeggen dat ik pleit voor een verbindend deltaplan voor de ouderenzorg. Ik zal daar mijn steentjes aan bijdragen, en ik hoop velen van u met mij.

F- Aan het eind van mijn rede gekomen, wil ik graag een aantal mensen bedanken:

Ik dank het college van Bestuur van de universiteit Leiden, de raad van bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum alsmede het bestuur van Divisie 3 en de benoemingscommissie in het bijzonder de voorzitter **Raymund Roos** voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik dank mijn voorganger, professor Cools, die het onderwijs en onderzoek in de verpleeghuisgeneeskunde hier in Leiden heeft

neergezet, ik heb dankbaar gebruik gemaakt van de trampoline die jij hebt klaargezet, waarvoor hartelijk dank, Herman.

Ik dank mijn afdeling, PHEG, die in de praktijk laat zien dat eerstelijns geneeskunde voor ouderen onafhankelijk is van de woonsituatie. Natuurlijk Pim Assendelft, afdelingshoofd en inspirator van mij en alle anderen op de afdeling, zowel als coach als bewaker van missie en budget. Zeker ook Jacobijn Gussekloo, geïnspireerd ouderenonderzoeker en onofficieel mentor van mij als kersverse hoogleraar, met oog voor de oudere, voor strategie, een gedegen kennis van methoden en technieken in het onderzoek naar de kwetsbaarste ouden, en met een gezonde dosis relativering.

Natuurlijk ook het hoofd van de beroepsopleiding tot SO en kamergenoot, Paul Went, sparringpartner die mij continu voedt met strategisch informatie, en waar ik het daarnaast ook heel gezellig heb. Ik wil ook graag Monique Caljouw bedanken, die naast haar wetenschappelijke zaken het Universitair Verpleeghuisnetwerk Leiden bijzonder goed leidt. Romke van Balen voedt mij, ook mede namens Laurens, op vele fronten waar het de geriatrische revalidatie betreft.

Natuurlijk kan een hoogleraar niet functioneren zonder een geëlied secretariaat, daarom ook bijzondere dank aan Anneke en Aletta, Brenda, Patty en al die anderen van de secretariaten van de afdeling PHEG. Ik wil ook de docenten (Johan, Agnes, Jeroen, Bep, Frans, Jeanet en Saskia) hartelijk danken voor hun ondersteuning, input en inspirerende aanwezigheid.

Ik dank Topaz, en haar medewerkers, in het bijzonder Diny de Bresser, bestuurder van Topaz. Ik voel mij bijzonder thuis bij deze organisatie, die mijn visie op versterking van de wetenschappelijke onderbouwing van de langdurige zorg krachtig deelt. Ik wil daarbij zeker ook mijn collega's in verpleeghuis Overrijn (Margreet, Anne-Bine, Minke en Sjoukje), overige disciplines en Karin Zaiac en Gerti van Meyel betrekken.

Ik dank de verpleeghuisorganisaties die ook meer brein aan het bed willen en middelen daarvoor ter beschikking stellen om de zorg verder te onderbouwen, zonder wie ik mijn activiteiten niet zou kunnen uitvoeren, zoals de organisaties van het UVN, Solis, Eveen en Aafje.

Ik dank de collega's bij het VUmc, natuurlijk Miel Ribbe, mijn promotor en aanjager in de wetenschap, die van onschatbare waarde is geweest voor de ontwikkeling van ons vak, Dinnus Frijters, Martin Smalbrugge, Cees Hertogh, Jenny van de Steen, maar natuurlijk ook Salomé en de medewerkers van Gerion, Frank Hoek, en zeker ook Lizette Wattel waarmee ik de afgelopen jaren zeer inspirerend heb mogen samenwerken. Ook hoop ik graag op een continuering van de prettige samenwerking met Raymond Koopmans en Jos Schols, Froukje Boersma en Sytze Zuidema.

Daarnaast heb ik altijd zeer prettig samengewerkt met Anneke Francke en Erik Scherder, die werk altijd als een uitje kunnen laten lijken.

Ik dank voorzitter Mieke Draaier, directeur Frans Roos en de andere medewerkers van Verenso, en zeker ook mijn mederedactieleden van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde.

Een aantal mensen heeft mij op bijzondere wijze gecoacht in het universitaire pad; Anne Margriet Pot, mijn groepsbegeleider in de opleiding tot verpleeghuisarts, maar ook stimulerende copromotor. Hans van Delden, goede vriend en mentor, die al veel eerder dan ik deze functie voor mij voor mogelijk hield, en mij daarin altijd heeft gestuurd en gesteund, en een concept versie van deze rede van nuttige reflectie heeft voorzien.

Mijn ouders Nel en Wim en schoonvader Emile, die dit helaas niet meer mogen meemaken, maar die gegarandeerd apetrots zouden zijn. Dat geldt ook voor mijn twee goede vrienden Jan-Erik en Arnoud die vroegtijdig zijn overleden, maar nog dagelijks mijn leven zin geven. Mijn schoonmoeder Margriet

en broer Peter die ieder op eigen wijze een belangrijke steun zijn in het soms ingewikkelde samenstel van werk en privé.

Mijn gezin, mijn veilige thuis haven: Max en Jim, lieve, ondernemende, aardige, sportieve en slimme jongens, kerels ondertussen, die mijn leven fantastisch verrijken. Bij jullie zijn is het leukste wat er is!

Lieve Nicole, mijn perfecte match, altijd naast me, samen kunnen wij de wereld aan. Dank voor je liefde, je geduld, je positieve kritiek, je inschikkingsvermogen en je steun, ondanks je eigen drukke eerstelijnspsychologiepraktijk.

Tot slot dank aan alle mensen die met hart en ziel werken in de zorg; behalve Henk en Ingrid ook Fatima. De ouderenzorg heeft geen behoefte aan een klimaat waarbij bepaalde bevolkingsgroepen neerbuigend en beledigend tegemoet worden getreden. Ook hier geldt, dat verbinding beter is dan het uitvergroten van verschillen.

Ik heb gezegd.

Noten

- 1 Bijvoorbeeld: Genesis 25,8: En Abraham gaf de geest en stierf in hoge ouderdom, oud en van het leven verzadigd, en hij werd vergaderd tot zijn voorgelacht. & Job 42: En Job leefde na dezen honderd en veertig jaren, dat hij zag zijn kinderen, en de kinderen zijner kinderen, tot in vier geslachten. En Job stierf, oud en der dagen zat.
- 2 Zie ook: <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl>
- 3 http://w3.cost.eu/index.php?id=233&action_number=TD1005
- 4 <http://www.uvn-zh.nl/>
- 5 zie bijvoorbeeld: <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoeken>
- 6 zie bijvoorbeeld: <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoeken>
- 7 www.soon.nl

Literatuur

- Achterberg W, Scherder E, Pot AM, Ribbe M. Cardiovascular risk factors in cognitively impaired nursing home patients: a relationship with pain? *Eur J Pain*. 2007; 11(6): 707-10.
- Achterberg W, Pot AM, Ribbe M. Pain in the nursing home: assessment and treatment on different types of care wards. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34(5): 480-7.
- Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DH, Cherubini A, Dell'aquila G, Ribbe MW. Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain*. 2010 Jan; 148(1): 70-4.
- Achterberg WP, De Groot A, Hertogh C, Schols J, Van Balen R, Van Haastrecht J. Monitoring innovations in geriatric rehabilitation practice. VII european congress of the IAGG, Bologna; Aging clinical and experimental research 2011 (23) 1 (Suppl); 216.
- Achterberg W, Went P. Verpleeghuizen zijn geen olieballen, *Medisch contact* 2011; 4: 211.
- Ballard C, Corbett A. Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs*. 2010 Sep 1; 24(9): 729-39.
- Basler HD, Hesselbarth S, Kaluza G, Schuler M, Sohn W, Nikolaus T. Comorbidity, multiple medication, and well-being in elderly patients with chronic pain. *Schmerz* 2003; 17: 252-60.
- Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999; 80(1-2): 377-82.
- Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P et al. Population-based study of pain in elderly people: A descriptive survey. *Age Aging* 1998; 27: 279-284.
- Van Campen C (red.), Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2011 (<http://www.scp.nl/dsresource?objectid=27484&type=org>).
- Chin A Paw MJ, Dekker JM, Feskens EJ, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol*. 1999 Nov; 52(11): 1015-21.

- Cadogan MP, Schnelle JF, Al-Sammarrai NR, Yamamoto-Mitani N, Cabrera G, Osterweil D, Simmons SF. A standardized quality assessment system to evaluate pain detection and management in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: S11-S19.
- Chodosh J, Solomon DH, Roth CP et al. The quality of medical care provided to vulnerable older patients with chronic pain. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 756-761.
- Van Dam van Isselt EF, Schols JM. [Consulting the nursing home physician; an interesting but less used option]. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2007.
- ETC-Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. 2008.
- Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-414.
- Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *CMAJ* 1999, 160: 329-333.
- Frampton M. Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age Ageing* 2003; 32: 248-51.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar; 56(3): M146-56.
- HARM-eindrapport. Hospital admissions related to medication (HARM): een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames, Utrecht 2006.
- Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 2004; 13: 125-136.
- Kleijer BC, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA, Frijters D, Heerdink ER, Ribbe M. The course of behavioral problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics. *Int Psychogeriatr*. 2009; 21(5): 931-40.
- KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010.
- Kovach CR, Noonan PE, Schlidt AM, Wells T. A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. *J Nurs Scholarsh*. 2005; 37(2): 134-40
- NHG-PraktijkWijzer – Ouderenzorg.
- NHG-Standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen', NHG 2007.
- Onder G, Landi F, Gambassi G, Liperoti R, Soldato M, Cattananti C, et al. Association between Pain and Depression among Older Adults in Europe. Results from the AgeD in Home Care (AD HOC) Project. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 982-8.
- Onder G, Cesari M, Russo A, Zamboni V, Bernabei R, Landi F. Association between Daily Pain and Physical Function among Old Adults Living in the Community: Results from the il SIRENTE Study. *Pain* 2006; 121: 53-9.
- Oosterman JM, Van Harten B, Weinstein HC, Scheltens P, Scherder EJ. Pain intensity and pain affect in relation to white matter changes. *Pain*. 2006 Nov; 125(1-2): 74-81.
- Van Oostrom SH, Picavet HS, Van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA. [Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population-data from general practices]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2011; 155: A3193.
- Pieper M, Achterberg W, Francke A, Van der Steen J, Scherder E, Kovach C. The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 2011, 11: 12.
- Puts MT, Lips P, Deeg DJ. Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(1): 40-7.
- Reiser SJ. *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge University Press 1981.
- Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999; 353(9148): 205-6.

- Scherder E, Oosterman J, Swaab D et al. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005; 330(7489): 461-4.
- Schols JM, Te Wierik MJ. [Extramural nursing home care: day care, consultation and substitution projects]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1993 Dec 25; 137(52): 2717-22.
- Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment-an observational cohort study. *BMC Geriatr.* 2007 Feb 14; 7: 3.
- Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998; 53(1): S9-16.
- Stuijbergen MC, Dykstra PA, Lanting KN, Van Delden JJM. Autonomy in an ascribed relationship: the case of adult children and elderly parents. *Journal of aging studies* 2010; 24(4): 257-265.
- Tinetti ME, Studenski SA. Comparative effectiveness research and patients with multiple chronic conditions. *N Engl J Med.* 2011 Jun 30; 364(26): 2478-81.
- Visschedijk J, Achterberg W, Van Balen R, Hertogh C. Fear of falling in patients after hip fracture: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions and related factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58 (9): 1739-1748.
- Ware JH, Hamel MB. Pragmatic trials-guides to better patient care? *N Engl J Med* 2011; 5; 364(18): 1685-7.
- Wetzels RB, Zuidema SU, De Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010; 18(12): 1054-65.
- Van der Wilk, EA en Schellevis FG. Multimorbiditeit en aanbod van zorg. In: Luijben AHP en Kommer GJ. (red.). *Tijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter.* RIVM-rapport: 270061008, RIVM, Bilthoven, 2010.
- Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med.* 2011 Jul; 26(7): 783-90.

PROF.DR. WILCO ACHTERBERG



Wilco Achterberg (1963) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht. In 1996 rondde hij zijn opleiding tot verpleeghuisarts (thans genoemd: specialist ouderengeneeskunde) af aan het VU medisch centrum Amsterdam. Verpleeghuis Rosendaal (Utrecht) gaf hem de mogelijkheid wetenschappelijk onderzoek te doen, wat resulteerde in zijn promotie in 2004, op het proefschrift: “Caring for quality: The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes”. Vanaf zijn promotie is hij eerst werkzaam geweest als oprichter en hoofd van het Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc, sinds oktober 2010 is hij in dienst van het LUMC als hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde. In deze positie houdt hij zich bezig met het verbeteren van het onderwijs aan geneeskunde studenten en artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast geeft hij leiding aan twee belangrijke onderzoekslijnen, namelijk geriatrische revalidatie

en kwaliteit van leven bij de kwetsbaarste ouderen. Wilco is sinds 1996 altijd part-time werkzaam geweest als specialist ouderengeneeskunde, de laatste jaren bij Zorgspectrum (Houten) en sinds eind 2010 bij verpleeghuis Overrhyn (Topaz, Leiden). Zijn filosofie is dat samenwerking en binding altijd betere resultaten oplevert dan het gaan voor eigen gewin. Deze oratie gaat op veel van deze samenwerkings- en verbindingsthema's in. De grote vragen rondom de (dubbele) vergrijzing kunnen alleen opgelost worden door energie te steken in verwetenschappelijking van de caresector, veranderingen in het onderwijs van geneeskundestudenten en een verandering in de maatschappelijke verhoudingen. Er moet meer geïnvesteerd worden in onderzoek in de caresector, en in de geneeskunde studie moeten combinaties van problemen zoals die bij de kwetsbaarste ouderen voorkomen, meer aan de orde komen. Goede zorg voor de oudste ouderen is een uitdaging voor ons allemaal!



Universiteit Leiden