

De onafgebroken evolutie van de ouderengeneeskunde en ouderenzorg: het open einde van voortdurende ontwikkelingen...



Afscheidsrede 21 juni 2024

Prof. dr. Jos Schols

Universiteit Maastricht

academische
werkplaats limburg
ouderenzorg



Geachte Rector Magnificus, College van Bestuur, decaan en vice decaan van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+, collega-hoogleraren uit Maastricht en andere universiteitssteden, collegae van de vakgroepen Health Services Research, Huisartsgeneeskunde en andere vakgroepen, familie, vrienden en belangstellenden, ook online. Fijn dat u met zovelen hier aanwezig bent ter gelegenheid van mijn afscheidsrede.

Bijna 40 jaar heb ik gewerkt in de ouderengeneeskunde en ouderenzorg. Deze tijdsperiode is voorbijgevlogen en zowel in de ouderengeneeskunde als ouderenzorg is er veel veranderd en zullen ook in de toekomst veranderingen blijven plaatsvinden. In mijn rede neem ik u mee langs een aantal onderwerpen die de interessante dynamiek en pracht van de ouderenzorg en ouderengeneeskunde laten zien en u wellicht ook af en toe een gevoel van verwondering geven.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Ontwikkelingen in de ouderenzorg*
- Waar staat de specialist ouderengeneeskunde nu én hoe verder?*
- Onderwijs over ouderenzorg en ouderengeneeskunde is onmisbaar*
- Onderzoek over de ouderenzorg en in de ouderengeneeskunde is moeilijk maar blijvend noodzakelijk*



Maastricht University

Ontwikkelingen in de ouderenzorg

Van oude structuren, de dingen die voorbijgaan...

Ondanks de aanwezigheid van wijkverpleging en vaak nog goede familiale verbindingen zette ons land na de Tweede Wereldoorlog ook sterk in op een institutionele ouderenzorg. In de jaren zestig nam het aantal ouderen al flink toe en in combinatie met de grote woningnood leidde dat tot maatschappelijke druk op ouderen om huizen vrij te maken voor jonge gezinnen.

De Wet op de Bejaardenoorden uit 1963 maakte het voor de overheid mogelijk om bejaardenhuizen te bouwen, die vervolgens als paddenstoelen uit de grond schoten. De overheid stimuleerde ouderen te verhuizen naar deze nieuwe bejaardenhuizen, die bovendien een grote lokale binding hadden. Door invoering van de Algemene Bijstandswet in 1965 hadden ouderen ook meer geld te besteden. Zij konden zich een plek in zo'n huis, bestaande uit een één- of tweekamerappartement met woon/slaapgelegenheid, klein keukentje en eigen sanitaire ruimte, financieel permitteren en daarmee ontstond er zelfs een run op bejaardenhuizen door veelal gezonde mensen. Zij schreven zich soms al op hun 65ste bij meerdere huizen in om maar verzekerd te zijn van een veilige plek om oud te worden in hun oorspronkelijke woonomgeving. Dat veel in zo'n huis voor je geregeld werd, was een aantrekkelijk idee. Veel mensen wilden er ook naar toe omdat het er zo gezellig was en voor alleenstaande ouderen was zo'n bejaardenhuis de remedie tegen eenzaamheid.

Vanaf 1975 wijzigde de overheid echter het beleid en stelde dat ouderen toch wel enigermate zorgbehoefstig moesten zijn, wilden zij in aanmerking komen voor een plek. Vanaf die tijd groeide de zorgvraag van de steeds ouder wordende bewoners gestaag en ontwikkelden bejaardenhuizen zich tot verzorgingshuizen met daarbij ook zeer gewaardeerde mogelijkheden voor tijdelijk verblijf.

Met ingang van 1 januari 1997 werd de Wet op de Bejaardenoorden ingetrokken en werden de verzorgingshuizen via een overgangswet opgenomen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ); niet vreemd want ze gingen qua zorgzwaarte van hun bewoners immers steeds meer lijken op verpleeghuizen. De huisarts behield er overigens het primaat van de medische zorgverlening.

Parallel vond, vanuit de in 1968 van kracht geworden AWBZ, een sterke ontwikkeling plaats van de verpleeghuissector. Dit gebeurde wél vanuit een primair zorginhoudelijke basis omdat voor verpleeghuisbewoners de onderliggende zorgbehoefte de primaire opnamereden was. Aanvankelijk betrof het grootschalige instellingen waarin bewoners veelal op meerbedskamers verbleven met gescheiden afdelingen voor bewoners met en zonder dementie.

In het verlengde van deze ontwikkeling ontstond het multidisciplinaire zorgconcept van het verpleeghuis en kwam ook de verpleeghuisgeneeskunde tot stand, uitmondend in de erkenning als specifieke discipline in 1990 met als duidelijke opdracht om het vak verder te professionaliseren en er een gedegen wetenschappelijke basis onder te leggen. Het primaat van de medische zorg in het verpleeghuis lag daarmee bij de verpleeghuisarts.

Ondanks deze ontwikkeling van de verpleeghuissector was er voortdurende kritiek van binnen en van buiten. Want, ook als je blijvend in een verpleeghuis opgenomen was, werd je behandeld als een zieke patiënt en bepaalde het zorginhoudelijke instituutregiem volledig je dagritme. Materieel en immaterieel was er nauwelijks ruimte voor een eigen leven - ja zelfs voor de voltooiing van je leven - en verloor je de eigen regie compleet in een toestand van totale hospitalisatie, die ook regelmatig tot expressie kwam in het handelen van het zorgpersoneel...

In de ogen van velen paste dat dus niet én ondanks de positieve zorginhoudelijke ontwikkelingen, die ons medisch, paramedisch en verpleegkundig echt beter leerden kijken naar de problematiek van zorgbehoevende en zieke ouderen, spraken sommigen zelfs over het verpleeghuis als een intensieve menshouderij: niet iets om echt blij van te worden. (1)

Begin negentiger jaren van de vorige eeuw hadden we dus naast een groot aantal verpleeghuizen ook veel verpleeghuisachtige verzorgingshuizen, beiden gedreven vanuit de instituutsgedachte. Én ondanks de onvrede over het wonen en het welzijn in deze instellingen bleven er paradoxaal genoeg wachtlijsten voor bestaan...

Toch werd toen al nagedacht over vragen zoals:

- *Waarom zouden we het gewone leven niet wat meer toelaten in deze instellingen en wat meer evenwicht aanbrengen tussen het wonen, het welzijn en de zorg? En, zou dat niet ook prettiger zijn voor het zorgpersoneel zelf?*
- *Waarom zou de verpleeghuisarts niet wat meer met de huisarts samenwerken nu de complexiteit van de zorgvraag in het verzorgingshuis progressief toenam?*
- *Zouden zorgbehoevende ouderen niet ook in hun eigen woonomgeving langer zorg op maat kunnen krijgen? Moeten we wel zoveel ouderen in instellingen stoppen?*

Op zich logische vragen, maar hoe pak je zoiets aan? Voorwaar geen gemakkelijke opgave! Er was toen nog weinig tot geen onderzoek gedaan naar de invloed van verschillende woonzorgomgevingen op gezondheidssuitkomsten en het welzijn van hulpbehoevende ouderen; denk bijvoorbeeld aan de effecten van 'zorgzame buurten' en 'kleinschalige woonvormen voor verpleeghuiszorg', maar ook aan onderzoek naar concepten zoals persoonsgerichte zorg.

De wetenschappelijke evidentie op het gebied van zowel de inhoud als de organisatie van de zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit en verlies aan zelfredzaamheid was schaars én tot op de dag van vandaag is er een grote behoefte aan het systematisch ontwikkelen en wetenschappelijk evalueren van passende zorgmodellen voor de ouderenzorg. (2) Daarbij ontstonden ook andere vragen, zoals: Is zo lang mogelijk thuisblijven wel altijd heilzaam voor zorgbehoevende ouderen en ook daadwerkelijk goedkoper?

Toch kwamen er tussen 1990-2015 veranderingen tot stand, vooral onder invloed van politieke en maatschappelijke discussies én ook overwegingen binnen het zorgveld zelf. Dit laat meteen ook het spanningsveld zien tussen wetenschap aan de ene kant en politiek plus de daarin meegezogen dagelijkse zorgpraktijk aan de andere kant. Collega Gerjo Kok, emeritus-hoogleraar Toegepaste Psychologie alhier, gaf dat tijdens zijn afscheidsrede in 2016 treffend aan. "Politici en werkers in de dagelijkse praktijk beweren graag dat hun ideeën voor beleid uit het leven gegrepen zijn, terwijl wetenschappers hun best doen om de resultaten van hun werk te laten landen in politieke besluitvorming. Helaas niet altijd met succes". Veelal lopen de klokken daarvoor ook niet gelijk, want het verkrijgen van wetenschappelijke evidentie kost nu eenmaal tijd en vraagt niet zelden te veel geduld van hen die daarop moeten wachten.

In de periode 1990-2015 werden *extramuralisering van de ouderenzorg en normalisatie van de intramurale ouderenzorg* de drijfveren, met als resultaat: grootschalige fusies tussen thuiszorgorganisaties en organisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen, een herwaardering van de unieke rol van de wijkverpleegkundige binnen de thuiszorg en decentralisatie van grote verpleeghuizen tot meer huiselijke, kleinschalige woonvormen voor verpleeghuiszorg.

Ook de verpleeghuisarts ging in deze periode al wat vaker samenwerken met de huisarts, vooral in de verzorgingshuizen. De beroepsvereniging van verpleeghuisartsen (destijds de NVVA) begon de verpleeghuisgeneeskunde steeds meer te beschouwen als een nieuwe medische discipline voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken in de hele zorgketen én veranderde in het verlengde hiervan in 2009 haar naam tot Verenso, waarmee ook de term verpleeghuisarts verdween en vervangen werd door specialist ouderengeneeskunde. (3,4)

In 2015 werd de volgende stap gezet, weer voornamelijk gedreven door politieke overwegingen met betrekking tot de toekomstige houdbaarheid van onze gezondheidszorg. De AWBZ, die inmiddels was uitgedijd tot een soort voorzieningenwet waarin als het ware voor elk mankement of probleem van de chronisch zorgbehoevende burger een oplossing opgenomen was, werd afgeschaft en vervangen door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz).

Op basis hiervan werd de verzorgingshuissector afgebouwd en dus een flinke hap uit de totale institutionele sector genomen. Regionaal en lokaal werden het sociale domein en het zorgdomein opnieuw aangespoord om te blijven werken aan het langer in de eigen woonomgeving kunnen blijven wonen van hulpbehoevende ouderen.

Jammer genoeg werd in de periode daarna vooral gesoebat over die afbouw van de verzorgingshuizen en de ellende die dat met zich meebracht. Veel aandacht was en bleef er voor het gapende gat dat ontstaan was tussen wonen thuis en verblijf in het verpleeghuis en de daardoor groeiende 'verkeerde bed problematiek' in het ziekenhuis. Ouderen en hun verzorgers thuis werden geconfronteerd met zogenaamde keukentafelgesprekken waarin hen duidelijk gemaakt werd dat ze nu ook zelf aan de bak moesten en huisartsen begonnen nog sterker te ervaren wat het is om te zorgen voor hulpbehoevende ouderen waarvoor alleen nog maar een plek in het verpleeghuis resteert als het thuis echt niet meer kan. Het droeg allemaal niet echt bij aan de wenselijke samenhang en integrale benadering binnen de ouderenzorg.

Echter, gestimuleerd door deze ontwikkelingen, kreeg de Kortdurende Ouderenzorg wel een mooie impuls. Het eerstelijnsverblijf (ELV) kwam in plaats van de tijdelijke opname mogelijkheden van het vroegere verzorgingshuis. Afhankelijk van de regionale context kwamen er transfer- en schakelafdelingen binnen of buiten het ziekenhuis en het fenomeen wijkkliniek deed zijn intrede. Ook de geriatrische revalidatiezorg ontwikkelde zich sterk en de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde voor thuiswonende ouderen kreeg een formele impuls vanuit de GZSP-regeling (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen) in de Zorgverzekeringswet (ZVW), waarmee er eindelijk een basis kwam om tot structurele inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns te komen.

Deze ontwikkelingen in de kortdurende ouderenzorg leerden ons opnieuw dat ouderenzorg geen eenheidsworst is, maar dat je deze lokaal en regionaal zodanig moet inrichten dat deze past bij de specifieke lokale en regionale context.

Sinds 2022 kennen we het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). (5) Dit programma is eigenlijk een nieuwe vertaling van de al sinds begin negentiger jaren geëntameerde maatschappelijke beweging om te komen tot een transitie van de ouderenzorg. Ingezet wordt op ondersteuning en zorg voor ouderen die hen zo lang mogelijk in staat moet stellen om de regie op het eigen leven te houden en om complexe zorgvragen zo lang mogelijk uit te stellen. In het beleid staan de volgende uitgangspunten centraal: *zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.*

Aansluitend op WOZO kwam het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat tot doel heeft om in elke regio de zorg duurzaam toegankelijk en betaalbaar te houden. (6) Betere regionale en lokale afstemming tussen verschillende zorgaanbieders en zorgdisciplines en ook een betere afstemming tussen het zorgdomein en het sociale domein moeten daarvan de passende uitkomsten worden.

Beide programma's moeten de komende jaren uitgevoerd worden in een uitdagende tijd van onder druk staande overheidsfinanciën, waarin nu al sprake is van:

- een gebrek aan structurele inzet op preventie en leefstijl
- progressief toenemende krapte op de arbeidsmarkt
- hoge woningnood, ook wat betreft geclusterde en niet-geclusterde seniorenwoningen
- onvoldoende veiligheid en leefbaarheid van de leefomgeving voor ouderen
- het gebrekkig op gang komen van technologische innovatie en digitalisering in de ouderenzorg
- en... onvoldoende ondersteuning van mantelzorgers en andere informele zorgers.

Ondertussen blijven de wachtlijsten voor verpleeghuizen lang, lijkt de overheid het aantal verpleeghuisbedden niet structureel te willen uitbreiden en wordt de nood niet alleen hoog voor zeer kwetsbare ouderen die nu al afhankelijk zijn van intensieve zorg thuis, maar ook voor ouderen met weinig hulpbronnen (gekenmerkt door een lage sociaal economische status (SES) en een beperkt sociaal netwerk). De Gezondheidsraad wees hier in 2018 al op... (7)

Als je terugkijkt op wat ik tot nu toe verteld heb, dan slaat de schrik wel eens om je hart.

Want laten we eerlijk zijn, sinds begin negentiger jaren praten we al over normalisatie van de ouderenzorg: bijna 35 jaar dus! Wat gaan veranderingen in de gezondheidszorg dan toch langzaam... Zelfs een pandemie lijkt maar tot tijdelijk extra urgentiebesef van noodzakelijke veranderingen te leiden...

Hoe kan dit zo zijn? Dat heeft in belangrijke mate te maken met hoe wij in het algemeen tegen de ouderdom aankijken en de ermee samenhangende problemen trachten op te lossen. Daarmee komen we bij het fenomeen 'medicalisering van de ouderdom'.

Medicalisering van de ouderdom

In 2017 verscheen het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) getiteld: *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen*. (8) De RVS onderscheidde allerlei factoren die ertoe leiden dat we gedrag, dat past in een bepaalde levensfase, heel snel medicaliseren. De samenleving heeft onrealistische verwachtingen en idealen: 'mensen zouden hun hele leven gelijkmatig moeten functioneren', 'het leven is maakbaar' en dan is het ook nog 'vanzelfsprekend om constant te genieten'. Wanneer deze verwachtingen dan niet uitkomen, wordt de oorzaak bij het individu gezocht. Daarnaast dragen ook factoren in het zorgdomein bij aan medicalisering: beheersmatige zorgsystemen proberen de problemen van mensen letterlijk te beheersen en op te lossen en kennen ook veel productieprikkelers die aanzetten tot behandelen en die zorgprofessionals in de actiemodus zetten. (8)

Het begrip 'medicalisering van het leven' werd in 1977 geïntroduceerd door Ivan Illich in zijn boek *Medical Nemesis*. Naarmate problemen op het niveau van de samenleving meer als medische -of zorgproblemen worden gezien, ligt het ook meer voor de hand dat iemand bij de zorg aanklopt voor een oplossing. Ook andersom geldt: naarmate meer mensen een medische oplossing zoeken, wordt het voor de samenleving vanzelf 'normaal' om deze problemen als een medisch -of zorgprobleem te zien. (9)

We zien dit fenomeen ook bij ouderen en in de ouderenzorg. Achter de beleving van ouderdom als aftakeling van het lichaam en van toegenomen sociale kwetsbaarheid schuilt een maatschappelijk beeld over hoe ouderen zouden moeten functioneren. Niet beantwoorden aan dit beeld wordt beschouwd als problematisch: 'ouderen lijden dan aan ouderdom'. (10) Ze gaan normale verschijnselen die samenhangen met een ouder wordend lichaam en een andere sociale situatie, ook zélf ervaren als een probleem, dat opgelost dient te worden vanuit de gezondheidszorg: zeker als die gezondheidszorg daar zelf voor open staat, een betuttelend karakter heeft én tegemoet komt aan de hoge verwachtingen die ouderen er, zelfs op hoge leeftijd, nog van hebben.

Niet zelden worden ouderen nog lang doorbehandeld door artsen én bekostigingsprikkelers in het zorgsysteem werken deze hang naar actieve behandelingen nog steeds in de hand. Bovendien zijn vele artsen nog onvoldoende opgeleid in het omgaan met de specifieke situatie van ouderen, die kan vragen om juist niet te behandelen, maar te leren omgaan met beperkingen. Daarbij houden veel richtlijnen in de zorg absoluut nog onvoldoende rekening met de diversiteit tussen personen in verschillende levensfasen, maar ook tussen personen binnen een bepaalde levensfase én sluiten behandelingen en zorginterventies vaak niet goed aan bij de specifieke behoeften van ouderen.

Deze medicalisering hebben we ook lang terug gezien in onderzoeksubsidies waarvan veel subsidies gingen naar onderzoek om problemen medisch of zorginhoudelijk op te lossen. Daardoor is er zeker tot begin deze eeuw te weinig aandacht geweest voor andere oplossingen die betrekking hebben op de ervaringen en leefomstandigheden van ouderen zelf en die beter aansluiten bij hun specifieke wensen en behoeften. Denk aan hulp bij zingevingsvraagstukken of aan initiatieven die gericht zijn op een goede omgang met dementie. Door een dominant medisch en zorginhoudelijk perspectief raken andere mogelijkheden, die mogelijk beter passen bij de veranderingen die het ouder worden met zich meebrengt, snel ondergesneeuwd.

Ouderdom betekent echt een nieuwe levensfase, die ook heel mooi en zingend kan zijn én welzijn betreft niet alleen het lichaam, het gaat om de mens als geheel. (11)

Los van het feit dat ik natuurlijk absoluut niet pleit voor a-medicalisering van de ouderenzorg, dus voor onthouding van medische zorg aan ouderen, want ouderen moeten uiteraard altijd toegang hebben tot passende medische zorg en behandeling, is het inmiddels duidelijk dat een sterk beheersmatig zorgstelsel, waarin de ouderdom sterk gemedicaliseerd wordt, ertoe leidt dat de oudere zelf extra afhankelijk wordt en dat de erin werkende zorgprofessionals hun creativiteit verliezen en vaak te weinig oog hebben óf zelfs mogen hebben voor andere mogelijkheden zoals steun bij het omgaan met afhankelijkheid en het accepteren van beperkingen, het praten over zingeving en levensvragen, over de toegankelijkheid van andere voorzieningen voor ouderen of over meer aandacht voor sociaal contact in de wijk.

Als vanuit zo'n zorgstelsel nú maatschappelijk draagvlak gezocht moet worden voor scherpe keuzes en de overheid met de samenleving wil discussiëren over de vraag wat de zorg minimaal moet bieden, in plaats van wat de samenleving maximaal wil hebben, is dus eerst wat anders nodig.



Ander mensbeeld van de oudere is nodig, ook om de oudere partner in de zorg te maken

We zullen namelijk anders naar de oudere moeten leren kijken. Collega-hoogleraar ouderengeneeskunde Cees Hertogh van het Amsterdam UMC gaf dit op 12 oktober van het afgelopen jaar al aan in zijn afscheidsrede over medische filosofie en zorg voor kwetsbare ouderen én wij hebben dit vanuit ons eigen onderzoek naar kwetsbaarheid bij ouderen zelf ook beschreven.

Daar ging bij mijzelf wel wat aan vooraf! Waarschijnlijk was ik ook geruime tijd getroffen door het virus van medicalisering. Terwijl ik juist als specialist ouderengeneeskunde hiervoor principieel en vanuit vakspecifieke competenties had moeten waken... Lange tijd was ik namelijk betrokken bij onderzoek dat toch wel erg eenzijdig naar kwetsbaarheid keek.

Kwetsbaarheid bij ouderen, ook wel frailty genoemd, werd daarbij vooral benaderd vanuit een deficitmodel, waarbij ouderen allerlei tekorten vertonen in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren - lichamenlijk, psychisch, cognitief, sociaal en omgevingsgerelateerd -, welke de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten kunnen vergroten. Deze benadering van kwetsbaarheid vanuit een deficitmodel heeft geresulteerd in een groot aantal instrumenten om kwetsbaarheid te meten: de FI, GFI, TFI, CFAI etc. Bij de ontwikkeling van twee van deze overigens netjes gevalideerde instrumenten was ik zelf nauw betrokken. (12,13) Voor de praktijk leken deze instrumenten wel handig, want je kon er voor de meeste kwetsbare ouderen wel een lijstje met op te lossen problemen mee opstellen, die we, zoals zojuist gememoreerd, vanuit het oogpunt van de gezondheidszorg wel graag wilden oplossen... Maar, let op, in een protocollair gedreven gezondheidszorg leidt dat er vaak toe dat je al aan interventies begint zonder eerst eens goed met de oudere zelf te praten en te vragen wat deze nu eigenlijk echt nodig heeft om zelf het leven te leiden. Veel van dergelijke interventieprogramma's bleken uiteindelijk dan ook niet echt succesvol en maakten de kwetsbare oudere niet minder zorgafhankelijk. Ik hoef in dit verband alleen maar te wijzen naar de eindevaluatie van het Nationaal Programma Ouderenzorg in 2016.

Inmiddels weten we zelf uit het grote D-SCOPE onderzoek, dat vanuit de Vrije Universiteit Brussel, de KU-Leuven, de Universiteit van Antwerpen, de Hogeschool Gent en onze eigen onderzoeksgroep hier in Maastricht is uitgevoerd en dat veel proefschriften en publicaties heeft opgeleverd, wel anders. (14)

Ouderen representeren een zeer heterogene populatie en ze percipiëren hun kwetsbaarheid vaak anders dan dokters, andere hulpverleners én zelfs hun naasten. Ook in het D-SCOPE onderzoek hebben we opnieuw geleerd dat niet elk probleem een medisch probleem is of hoeft te zijn! (15)

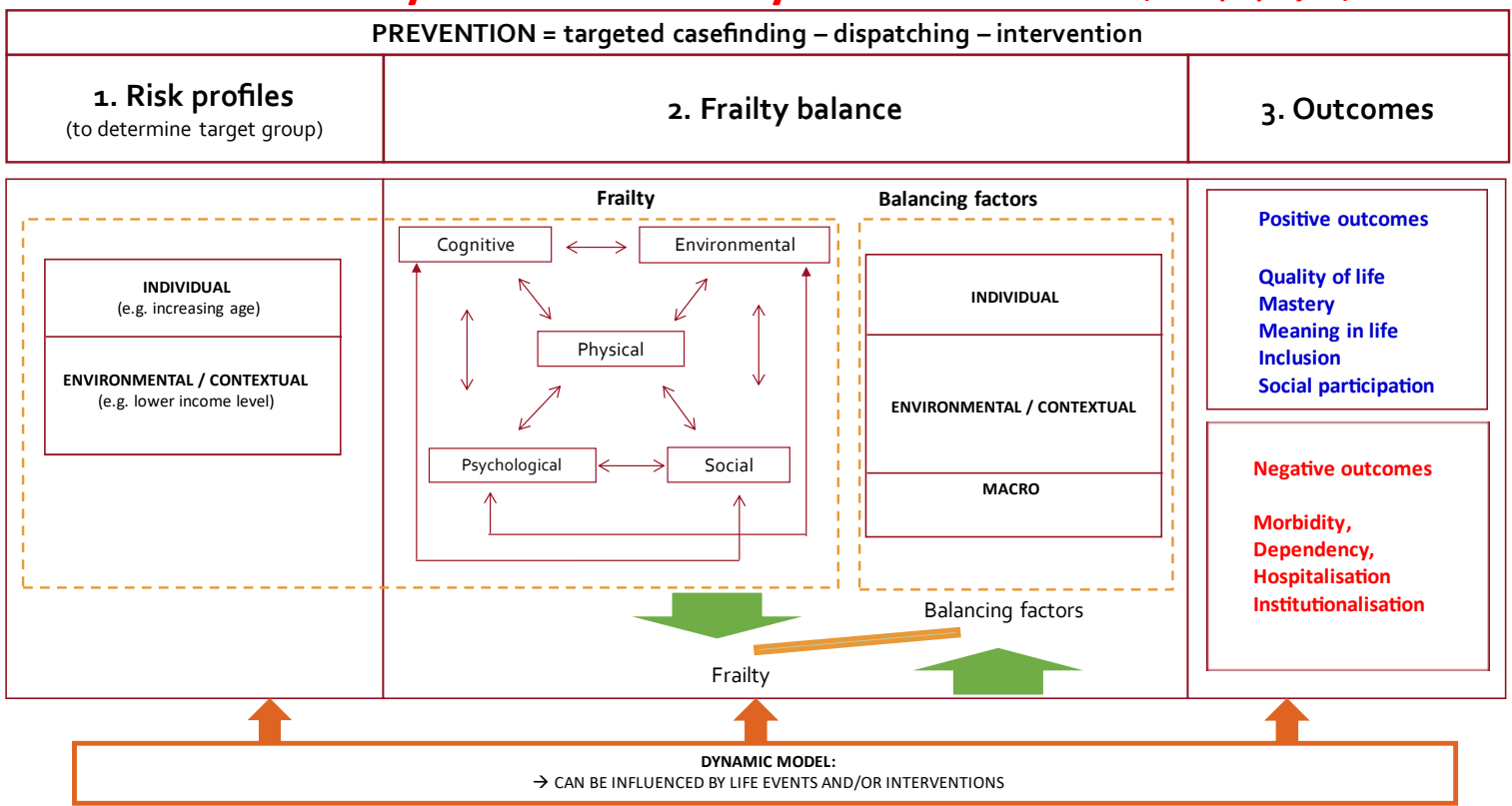
Veel kwetsbare mensen blijken bovendien goed te kunnen compenseren voor onderliggende problemen en toch hetzelfde niveau van presteren in het dagelijkse leven te behouden. Bij hen blijkt het inzetten van externe en interne compensatiestrategieën de impact van kwetsbaarheid te verminderen en daardoor te leiden tot behoud van voldoende fysiek, psychisch en sociaal functioneren!

Tegenover hun kwetsbaarheid (frailty) vertonen ze een countervailing power van veerkracht (ook wel resilience genaamd). In het mooie artikel getiteld: *Critical reflections on the blind sides of frailty in later life*, waaraan ik in 2019 vanuit het D-SCOPE consortium mocht meeschrijven, wordt dit mooi verwoord. (16) Ons denken over kwetsbaarheid is dus genuanceerder geworden en we zijn geëvolueerd van een 'deficit-model' naar een model dat ook protectieve factoren tegen frailty incorporeert.

Het D-Scope project resulteerde in het Frailty-balance model:

From Frailty towards a Frailty -balance model (D-Scope project)

PREVENTION = targeted casefinding – dispatching – intervention



In dit model is er nadrukkelijk meer aandacht voor andere en ook positieve uitkomsten, zoals: eigen regie, participatie, zingeving en 'aging well in place'. Het model sluit ook prima aan bij de principes van het concept van Positieve Gezondheid van Huber dat in dezelfde periode het licht zag. In feite mogen beide mijns inziens ook beschouwd worden als een revitalisering van het oude gerontologische en sociaal geriatrische model van draaglast versus draagkracht en bevestigende onderzoeken zoals D-SCOPE alleen maar de power daarvan. (17)

Evident is dat men in het balansmodel primair uitgaat van het perspectief van de oudere zelf, ook in relatie tot diens omgeving, waarin de oudere nog een zeer betekenisvolle rol kan vervullen, als die omgeving daarvoor ook letterlijk en figuurlijk ruimte biedt! Daarmee sluit het mensbeeld van de oudere conform de balansbenadering ook prima aan bij de 'activities theory' van Robert J. Havighurst, die stelt dat ouderen an untapped potential of knowledge and experience representeren en daarom een ideale match voor de jongeren kunnen zijn. Na hun pensionering en ook bij een tanende gezondheidstoestand kunnen ze dus echt nog een committed social life hebben, dat zowel goed voor henzelf is als voor de samenleving. (18)

Willen we de ouderenzorg anders en voor de toekomst duurzaam vormgeven én ook in de ouderengeneeskunde de juiste accenten leggen, dan zullen we de oudere, gezond dan wel kwetsbaar doordat ze tijdelijk of langer uit balans zijn, nadrukkelijk als partner mee moeten nemen in de transformatie. Want dat zal ons iedere keer weer leren dat het medische en zorgperspectief slechts één van de perspectieven is en dat het van groot belang is om andere perspectieven te erkennen en in te zetten. Dan ook, kunnen we met de ouderen zelf en anderen in hun omgeving investeren in realistische verwachtingen voor hun levensfase en ook in alternatieve benaderingen en krijgen niet alleen de ouderen zelf en de zorgprofessionals, maar ook andere actoren, in de domeinen van wonen, zorg en welzijn, deze alternatieve benaderingen scherper in beeld. (4,8) Betekenisvolle ouderenzorg is immers multidimensionaal en vooral inclusief.

Dan ook, kunnen ouderen en hun omgeving zelf aangesproken worden op hun eigen verantwoordelijkheid om in de toekomst tot een houdbare ouderenzorg te komen, terwijl de formele medische en verpleegkundige zorgverlening aan ouderen en de zorg vanuit het sociale domein zich tegelijkertijd en ook complementair zullen moeten ontwikkelen tot een passende en vooral aansluitende zorgverlening.

In het verlengde van bovenstaande, toont tabel 1 de elementen van een passende ouderenzorg voor de toekomst. Daarmee kan een hoopvolle basis gelegd worden voor de transformatie naar een duurzame ouderenzorg in ons land, die we met zijn allen vorm zullen moeten geven, passend bij de locoregionale context.

Beste mensen, hoop gaat daarbij nadrukkelijk verder dan optimisme, zoals historicus Rutger Bregman in februari van dit jaar in Buitenhof aangaf: optimisme kan je lui maken en laat je vaak achteroverleunen: zo van het komt wel goed... Hoop gaat juist over de mogelijkheid van verandering. Hoop dwingt ons zelf om in actie te komen, óók u hier aanwezig vanmiddag.

Tabel 1. Een passende, toekomstbestendige en duurzame ouderenzorg heeft de volgende kenmerken: (7,19-23)

- Ouderenzorg vindt plaats in de community vanuit een gemeenschap waarin men samenredzaam is, naar het aangepaste motto van *'it takes a village to take care of (frail) older people'*;
- De woonomgeving kan variëren van een eigen huis, een palet aan al dan niet geclusterde levensloopbestendige woonvormen tot een verpleeghuisvoorziening voor 24 uur zorg toe;
- De leefomgeving is seniorfriendly, seniorsafe en daagt vanuit preventie-oogpunt én voorzieningenniveau uit tot respectievelijk healthy aging en sociale participatie; er is basaal respect voor de natuur; kortom de leefomgeving draagt sterk bij aan happy aging;
- Het sociale netwerk van de oudere wordt naar behoefte passend gefaciliteerd (denk aan laagdrempelige mogelijkheden voor betaald en onbetaald zorgverlof, een sociale kaart die burgers niet laat verdwalen, incentives voor noaberschap enz.);
- Technologische ontwikkeling en digitalisering groeien in de tijd mee met de digitale competenties van ouderen;
- Professionals uit het sociale domein en zorgdomein haken passend in op momenten dat de oudere en diens omgeving dit nodig hebben en er sprake is van een sociaal, medisch of verpleegkundig probleem waarvoor formele ondersteuning ook echt nodig is. Samen met de oudere en diens sociale netwerk wordt de intensiteit en haalbaarheid van de formele zorgondersteuning besproken, gerealiseerd en geëvalueerd en wordt ook bepaald of uiteindelijk verpleeghuisopname noodzakelijk is, welke vervolgens op maat gerealiseerd wordt;
- Professionals uit het sociale domein en zorgdomein zijn natuurlijke partners: huisartsen, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, dementie casemanagers, paramedici, sociaal-cultureel werkers, w.o. ouderenwerkers enz. werken afhankelijk van de hulpvraag in wisselende samenstelling, laagdrempelig en geïntegreerd samen, waarbij ze voor de onderlinge afstemming gebruik maken van moderne communicatietechnieken en een geïntegreerde elektronische dossiervoering;
- Er is een monitoringstrategie om ouderen die uit balans zijn of dreigen te raken, tijdig op te sporen; daarbij is er extra aandacht voor ouderen die een grote kans lopen om uit balans te raken; denk aan ouderen met weinig hulpbronnen (w.o. lage SES en een beperkt sociaal netwerk), ouderen die tijdelijk kwetsbaar zijn (b.v. door ziekenhuisopname of verlies van een partner) én zeer kwetsbare, multimorbide ouderen met complexe zorgvragen;
- Bij ouderen die tijdelijk kwetsbaar zijn of reeds een complexe zorgvraag hebben, moet voorkomen worden dat ze onnodig in het ziekenhuis terecht komen. Dat kan door locoregionaal mogelijkheden voor tijdelijke observatie, opvang, herstel en geriatrische revalidatie te realiseren, die ook toegankelijk zijn met bypassing van het ziekenhuis;
- Kwetsbare, tijdelijk uit balans zijnde ouderen en ook ouderen met multimorbiditeit, die electief naar het ziekenhuis verwezen worden, moeten daar een zo kort mogelijke, niet gefragmenteerde maar geïntegreerde medisch specialistische zorg krijgen onder supervisie van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde en vervolgens met een goede overdracht weer ontslagen worden;
- Kwetsbare, tijdelijk uit balans zijnde ouderen en ook ouderen met multimorbiditeit, die niet-electief en vaak via de SEH naar het ziekenhuis verwezen worden, moeten na goede triage bij voorkeur vervolgzorg krijgen buiten het ziekenhuis in locoregionaal georganiseerde voorzieningen voor tijdelijke observatie, opvang, herstel en geriatrische revalidatie;
- Dit alles kan alleen door lokaal en regionaal met alle betrokken actoren concreet en gezamenlijk naar passende oplossingen te zoeken en zal gefaciliteerd moeten worden door een juiste wijze van netwerkorganisatie en governance én ook door een passende niet gefragmenteerde netwerk financiering.

Waar staat de specialist ouderengeneeskunde nu én hoe verder?

In 2008 hield ik mijn inaugurele rede getiteld: *Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend, maar ook herkend en gekend?* (24)

De Chinese tekens op de kaft van het boekje waarin mijn rede opgenomen was, gaven eigenlijk al het antwoord. In de praktijk van alledag en ook in de wetenschap was het vakgebied nog onvoldoende gekend. Pregnant is ook dat al vanaf 1990, ja het jaar van de erkenning van ons vakgebied, de extramuralisering van de verpleeghuiszorg en haar medische discipline voortdurend uitgedragen is. Ik wees daar in deze rede al eerder op. De verpleeghuiszorg moest immers normaliseren, mede omdat deze destijds veelal duidelijk afgescheiden van de samenleving plaatsvond. Het stigma van het gesticht was evident en om daarheen te gaan als bewoner of als professional was in de ogen van velen eigenlijk een negatieve keuze.

Echter, zij die er werkten en zij die er concreet verpleeghuiszorg ontvingen, wisten wel beter; in verpleeghuizen werd en wordt tot op de dag van vandaag met veel inzet gewerkt om niet alleen professioneel goede, maar ook oprecht warme zorg te bieden.

Dat verklaart ook deels waarom de prioriteit van de verpleeghuisarts aanvankelijk lag bij de eigenstandige ontwikkeling van het vakgebied in het verpleeghuis zelf, want als het zou lukken het eigen vakgebied meer smoel te geven dan zou dat ook het imago van het verpleeghuis ten goede komen en zouden jonge artsen vanzelf gelokt worden om erin te komen werken. Bovendien zou verdere verdieping van het vakgebied eveneens tot een betere basis kunnen leiden om de complementaire inbreng ervan buiten de muren van het verpleeghuis succesvoller te ondersteunen.

Ik eindigde mijn rede in 2008 als volgt: *“De uitdagingen in de ouderenzorg vragen om een vernieuwende en integrale aanpak waarin de verpleeghuisgeneeskunde als complementaire partner binnen en buiten de muren van het verpleeghuis, samen met andere medische en niet medische disciplines een herkenbare rol kan en zal spelen en uiteindelijk ook breed gekend zal zijn”*.

In 2009 werd de term *verpleeghuisarts* vervangen door *specialist ouderengeneeskunde*. Daarmee wilde men extra duidelijk maken dat het



specialisme van waarde kan zijn voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken in de hele zorgketen, ongeacht hun verblijfplaats. De lat werd dus hoog gelegd en sindsdien is er veel gebeurd.

De specialist ouderengeneeskunde is tegenwoordig zichtbaar in het totale spectrum van de gezondheidszorg. In het ziekenhuis is dat bij activiteiten die ervoor moeten zorgen dat waar mogelijk onnodige opnames van ouderen voorkomen worden, dan wel dat er zo snel mogelijk ingezet wordt op kortdurende vervolgzorg elders of geriatrische revalidatie.

Voor ouderen die nog thuis wonen, maar wel complexe zorgvragen ontwikkelen, is de specialist ouderengeneeskunde steeds meer actief als consulent voor de huisarts of als medebehandelaar. Verder vinden we de discipline terug in palliatieve settings, waaronder hospices en last but not least uiteraard in de verpleeghuizen zelf, die tegenwoordig gelukkig minder afgescheiden van de samenleving functioneren. Daarmee is de specialist ouderengeneeskunde in mijn ogen echt een community geriatrician geworden, terwijl de klinisch geriater primair een hospital geriatrician is. (4)

Het ontwikkelen en profileren van een vakgebied kost veel tijd en vereist naast continue professionele inzet ook creativiteit, innovatief vermogen en ondernemerschap. Vanuit de beroepsvereniging Verenso, die inmiddels professioneler en krachtiger is geworden, realiseert men zich dit goed. Er is een goede strategie voor de verdere professionele ontwikkeling van het specialisme, goede ondersteuning op thema's en specialisten ouderengeneeskunde kunnen terugvallen op een groeiend aantal aan het vak gerelateerde richtlijnen. Voorts is er een wetenschapsagenda, een eigen tijdschrift en een goede website! Daar mogen we trots op zijn.

Tijdens mijn toespraak op het 50-jarig jubileumcongres van Verenso in 2022 heb ik het belang onderstreept van het visiedocument *Specialist ouderengeneeskunde 2030*. Ik heb specialisten ouderengeneeskunde vervolgens uitgedaagd om ondernemend, creatief en innovatief te zijn, taken te kunnen verdelen met anderen, echt interdisciplinair te kunnen samenwerken én om vanuit eigen kracht en assertiviteit zelf zeggenschap af te dwingen.

Specialisten ouderengeneeskunde moeten verder nadrukkelijk blijven werken aan hun professionele herkenbaarheid en bekendheid in de netwerken waarin ze in de toekomst steeds meer werkzaam zullen zijn: aan het enthousiasmeren van jonge collega's om te kiezen voor ons mooie vak én aan het transformeren van hun eigen artsenvakgroepen tot groepen die zeggenschap kunnen claimen en ook echt aan de bestuurstafel meebeslissen over de eigen vak-gerelateerde activiteiten! (25)

Ook de wetenschappelijke basis van het specialisme ouderengeneeskunde is sinds 2000 versterkt. Er is vanuit alle ouderengeneeskundige groepen in Nederland, waar onder hier in Maastricht, inmiddels veel wetenschappelijke kennis opgebouwd over de kenmerken, de medische problemen en het functioneren van ouderen met complexe zorgvragen die nog thuis of al in het verpleeghuis wonen. Dat geldt ook voor de behandeling van hun medische problemen en voor de optimalisatie van hun veelvuldige medicatiegebruik.

De wetenschappelijke onderbouwing van de geriatrische revalidatie heeft een enorme impuls gekregen evenals de palliatieve zorg voor ouderen met kanker en ernstig invaliderende chronische aandoeningen, waaronder niet te vergeten dementie. Belangrijk in dit verband is het vele goede onderzoek op het gebied van Advance Care Planning (ACP), onderzoek dus over proactieve zorgplanning samen met de zorgvrager, dat ook hier in Maastricht door voormalig promovenda Daisy Janssen, nu mijn opvolgster, verricht wordt.

De specialist ouderengeneeskunde verbindt medisch-geriatrische deskundigheid met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. Het vakgebied kenmerkt zich door een integrale wijze van kijken naar de patiënt en zijn/haar zorgsysteem, met inachtneming van diens huidige toestand, voorgeschiedenis, persoonlijkheid en ook sociale en materiële omgeving. Niet alleen de ziekten, maar vooral de gevolgen van die ziekten voor de functionele autonomie, sociale participatie en de kwaliteit van leven van de oudere in relatie tot diens zorgsysteem bepalen de focus van deze benadering. Het specialisme ouderengeneeskunde is dus een vak van doen en laten. Het **doen** blijkt bijvoorbeeld in de geriatrische revalidatie wanneer we ouderen die functioneel en participatief tijdelijk door het ijs zijn gezakt er weer bovenop helpen en ondersteunen naar eigen zelfstandigheid thuis; het **laten** wordt duidelijk in de fase waarin ouderen hun leven voltooien en er op waardige wijze afscheid van nemen.

Advance Care Planning en Shared Decision Making zijn daarbij essentieel voor het ouderengeneeskundig handelen, want dit vindt plaats in continue afstemming met de oudere en diens omgeving zelf én leidt uiteindelijk tot *“leven toevoegen aan de dagen in plaats van dagen aan het leven”*.

Laat daarmee duidelijk zijn dat de specialist ouderengeneeskunde bij uitstek een ambassadeur van zinnige zorg is, tegenwoordig passende zorg genaamd.

Onderwijs over ouderenzorg en ouderengeneeskunde is onmisbaar

Goed onderwijs over ouderenzorg en ouderengeneeskunde is belangrijk om als professional van toegevoegde waarde te kunnen zijn in de ouderenzorg. Het zal duidelijk zijn dat mijn focus in deze rede vooral ligt bij studenten geneeskunde, basisartsen en artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Nederland telt meer dan 2000 specialisten ouderengeneeskunde die actief zijn in de dagelijkse zorgpraktijk. Toch bestaat er in de langdurige zorg, naast de nijpende tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel, al lang een hardnekkig tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.

Bij het zoeken naar oorzaken voor arbeidsmarkttekorten in de langdurige zorg wordt vaak primair gewezen op het slechte imago dat het werken in de ouderenzorg zou hebben. Daarnaast worden regelmatig de noodzakelijke verbetering van honorering en werkomstandigheden aangehaald en wordt tegenwoordig ook gewezen op het gebrek aan zeggenschap dat werkers in de zorg zouden hebben...

Het zal allemaal een beetje waar zijn, maar mij valt ook iedere keer weer op met hoeveel warmte, trots en passie verpleegkundigen, verzorgenden en artsen zelf kunnen praten over de zorg die ze verlenen aan ouderen. En óók, hoe oprecht dankbaar die ouderen veelal zijn over de zorg die ze van hen krijgen. Want, realiseert u zich goed, het is prachtig om in de ouderenzorg werkzaam te zijn en een stukje mee te mogen lopen op het levenspad van ouderen waarvoor we mogen zorgen en waarvan we ook nog zoveel kunnen leren, ondanks het wankel evenwicht waarin ze verkeren op het moment dat ze intensieve zorg behoeven. Die essentie van de zorg kun je van buitenaf vaak niet goed **beoordelen**, terwijl het van buitenaf **veroordelen** van de ouderenzorg vaak zo makkelijk lijkt en nog erger, vaak door velen voor waar aangenomen wordt!

Om studenten geneeskunde en basisartsen naar de ouderengeneeskunde en ouderenzorg te lokken, is het uiteraard essentieel dat er in de geneeskunde opleiding voldoende aandacht is voor het ouder worden op zich, voor de ouderengeneeskunde zoals die geboden wordt in verschillende zorgsettings én niet in de laatste plaats ook voor het doen van onderzoek in de ouderengeneeskunde, want nog veel te weinig artsen kiezen na hun opleiding voor een wetenschappelijke loopbaan in de ouderengeneeskunde. (26)

Extra aandacht voor ouderenzorg en ouderengeneeskunde proberen we met vallen en opstaan ook te realiseren binnen de geneeskunde opleiding aan de Universiteit Maastricht, want het is een weerbarstige materie om plaats en tijd te claimen en te verkrijgen in het basiscurriculum van de opleiding geneeskunde, ondanks de steun die we daarvoor krijgen van diverse landelijke partijen, tot aan de politiek toe. Maar stapjes worden gezet en dit proces heeft sinds 2020 zeker een extra impuls

gekregen toen er ook een vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde kwam in Maastricht, onder leiding van eveneens voormalig promovenda Mariëlle van der Velden-Daamen. De Limburgse verpleeghuizen merken duidelijk dat er sedertdien meer basisartsen solliciteren om een tijdje ervaring op te doen met het werken in ons specialisme én dat is prachtig omdat we zien dat een deel van hen uiteindelijk doorstroomt in de vervolgopleiding. Hopelijk zal in de toekomst ook een groeiend aantal van hen deze vervolgopleiding combineren met het doen van onderzoek, bijvoorbeeld via een aiotho constructie waarin ze de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde combineren met een promotietraject.

Gelukkig zijn er ook steeds meer specialisten ouderengeneeskunde, werkzaam in verpleeghuizen en daarbuiten, die zich realiseren dat het belangrijk is om studenten geneeskunde zo vroeg mogelijk kennis te laten maken met hun vakgebied en niet te wachten totdat ze al basisarts zijn. In de komende jaren willen we hun betrokkenheid bij de geneeskunde-opleiding dan ook verder versterken, want uit onderzoek is gebleken dat wil je jonge artsen naar dit mooie en uitdagende werkveld lokken, je ze de ouderengeneeskunde echt moet laten proeven: en bij voorkeur al in de basisopleiding zelf!

Cools, oud-hoogleraar in ons vakgebied te Leiden, beschreef het werk van de specialist ouderengeneeskunde eerder op een prachtige wijze. Ik citeer deels letterlijk, maar ook met enige actualisatie: *'Ook al ordent de ziektegeschiedenis van ouderen symptomen en diagnoses in de tijd, de actuele gezondheidsproblemen zijn geen optelsom van deze multimorbiditeit met daaraan gerelateerde 'zorgzwaarten'. Iedere oudere met complexe zorgvragen heeft een eigen 'wanordelijk' syndroom van dagelijks variërende en verschuivende symptomen en problemen, dat in geen enkel leerboek staat en nauwelijks is te ontrafelen in elkaar niet overlappende ziekte-entiteiten. Voortdurend zoekt de specialist ouderengeneeskunde met de oudere en diens familie naar de juiste aanpak van het 'wanordelijk' syndroom. Ouderen weten immers wat belangrijk voor henzelf is. Zij beseffen dat persoonlijke belangen zijn verstrengeld met die van hun verwanten. Kwetsbare ouderen willen wel graag, maar durven vaak niet de regie over het eigen leven te behouden. Ze verlangen passende zorg, wooncomfort, participatie en welbevinden én ook vrijwaring van hinderlijke klachten tot aan het levenseinde toe. De meesten blijven hopen op een 'beter' perspectief. Bij elke oudere waarbij de specialist ouderengeneeskunde betrokken is, inventariseert deze niet alleen het 'wanordelijk' syndroom, maar ook nadelige interacties, ongewenste (neven)effecten en inefficiënte logistiek van de geleverde gefragmenteerde zorg en behandeling. Het saneren hiervan leidt tot een passend zorgleefplan thuis of in het verpleeghuis, om zodoende voor iedere oudere 'het geheel van een hoger en veiliger niveau van relevantie te voorzien, dan de som der fragmenten'.* Als u dit zo hoort, moet u het toch met me eens zijn dat uitoefening van het specialisme ouderengeneeskunde een prachtig en dankbaar vak is. Een ode aan dit prachtige vak is mooi, maar proeven eraan betekent in Michelin-termen proeven aan een vak met een ster, dat

een evident zichtbare plek verdient in elke opleiding geneeskunde, ook hier in Maastricht.

Onderzoek over de ouderenzorg en in de ouderengeneeskunde is moeilijk maar blijvend noodzakelijk

Passende ouderenzorg en ouderengeneeskunde moeten voldoen aan de *Stand van Wetenschap en Praktijk (SWP)*. Bij de beoordeling SWP gaat het niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt de praktijk ook een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen om de SWP met betrekking tot interventies in en uitvoering van de ouderenzorg en ouderengeneeskunde te beoordelen. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen. Het gaat dus echt om een geïntegreerde toepassing van de twee criteria 'de stand van de wetenschap' en 'de stand van de praktijk'. Om expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers, maar ook van andere relevante actoren in de zorg mee te nemen, moet er bij de bepaling van de SWP dus structurele interactie plaatsvinden met al deze partijen.

Wetenschap is extra mooi, daar waar deze de praktijk ontmoet en dat is nu precies wat er gebeurt binnen de AWO-L en de 5 andere academische werkplaatsen ouderenzorg in ons land, die een belangrijk onderdeel uitmaken van de zich gestaag ontwikkelende wetenschappelijke kennisinfrastructuur binnen de langdurige zorg; een structuur, waaraan het zolang ontbroken heeft.

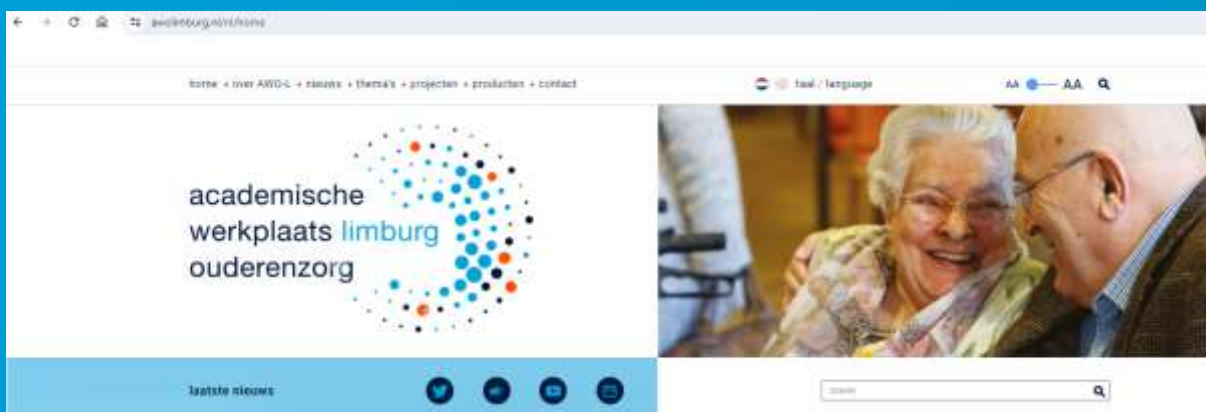
Binnen een academische werkplaats ouderenzorg is de interactie tussen wetenschap en praktijk in de breedste zin het cruciale kenmerk. Met het oog op het voorgaande zal het duidelijk zijn dat er in het bijzonder aandacht is voor de afstemming met de ouderen zelf, hun familieleden en de rest van hun informele zorgomgeving. Daarnaast vindt intensief contact plaats met zorgverleners en zorgaanbieders en is er ook structureel overleg met andere actoren, zoals verzekeraars, patiëntenorganisaties, ouderenbonden, onderwijsinstellingen etc.



Samen wordt gesproken over wat goede zorg zou moeten inhouden, hoe we de zorg materieel en immaterieel het beste kunnen inrichten, welke belemmeringen we daarvoor in de dagelijkse praktijk tegenkomen, welke medische, zorg- en welzijnsproblemen om nader onderzoek vragen en hoe we de expressie en kwaliteit van de ouderenzorg en ook het ouderengeneeskundig handelen het beste zouden kunnen monitoren.

Dat heeft inmiddels geleid tot een landelijke onderzoeksagenda van SANO, de Samenwerkende Academisch Netwerken Ouderenzorg. (27) Uitvoering van deze onderzoeksagenda biedt in de komende jaren veel kansen om een nog sterkere wetenschappelijke basis te leggen onder passende beleidsvorming in het traject richting een kwaliteitsvolle, toekomstbestendige, innovatieve, duurzame en proactieve ouderenzorg, die bijdraagt aan het leefplezier van ouderen en waarin het voor professionals ook goed werken is.

Public engagement én de betrokkenheid van zorgvragers en zorgverleners is eveneens van groot belang om onderzoeksresultaten die ertoe doen en die van invloed zijn op gewenste veranderingen, daadwerkelijk te accepteren en te implementeren. Om de prachtige dynamiek binnen de academische werkplaatsen ouderenzorg te kunnen aanschouwen, verwijs ik u naar hun websites en enig chauvinisme is me niet vreemd als ik daarbij in het bijzonder verwijs naar de website van onze eigen AWO-L, de allereerste werkplaats ouderenzorg ook, die afgelopen jaar haar 25 jarig bestaan vierde én die van meet af aan multidisciplinair georiënteerd is geweest én ook een groeiende internationale uitstraling kent, want inmiddels zijn er vergelijkbare werkplaatsen opgericht in Groot-Brittannië, Duitsland en Oostenrijk. (28)



Het belang van goed onderzoek blijft...

Parallel aan het ontstaan van academische werkplaatsen, die we ook op andere plekken van het zorgonderzoek zien, is er de toegenomen belangstelling voor citizen science. Beide zijn een uiting van de veranderende relatie tussen wetenschap en maatschappij. Burgers en professionals zijn weliswaar kritischer over wetenschappelijk onderzoek, maar hechten er ook belang aan én willen meer betrokken worden dan vroeger. Overheid en financiers van onderzoek realiseren

zich dit steeds meer en verkondigen inmiddels structureel dat eigenlijk bij elk wetenschappelijk project de vraag gesteld moet worden of en op welke manier burgers, zorgvragers en zorgprofessionals als mede-onderzoekers betrokken kunnen worden bij het onderzoek.

In principe is dit een goede trend maar ik wil toch een waarschuwing afgeven, want deze ontwikkeling heeft geleid tot een enorme hausse aan actieonderzoek waarin onderzoekers de principes van co-creatie volgen door mensen uit de praktijk en belanghebbenden als volwaardige en gelijkwaardige partners te betrekken in alle fasen van het onderzoeksproces. Het ontwikkelen van nieuwe kennis en het verbeteren van de praktijk gaan daarbij gelijk op. Dit type onderzoek past prima bij het Nederlandse poldermodel en onze consensuscultuur.

De gedachte erachter is dat, als je mensen van het begin af aan uitnodigt om samen uit te zoeken wat er aan de hand is én hoe het anders zou kunnen, dat dan de kans van slagen een stuk groter is. Bij actieonderzoek verwerk je de kennis die je opdoet in de praktijk dus meteen in die praktijk. Je past waar nodig de activiteiten erop aan. Er is dus geen sprake van vooraf bepaalde stappen of fasen. Dit maakt het echter meteen ook moeilijk om actieonderzoek te repliceren, omdat het vaak casus-specifiek is. En dat kan dan ten koste van de betrouwbaarheid en de externe validiteit gaan. Ook is subjectiviteit een inherente beperking van actieonderzoek. De vooroordelen van de deelnemende onderzoekers kunnen de interpretatie van gegevens en bevindingen beïnvloeden. Desondanks biedt actieonderzoek, omdat het daadwerkelijk in de praktijk plaatsvindt, aan de betrokkenen vaak een nieuw perspectief en helpt het hen om te begrijpen waarom lastige problemen ontstaan en hoe je ze zou kunnen oplossen. Maar duidelijk moet zijn dat dit type onderzoek absoluut niet het enige panacee is voor goede zorg, inclusief goede ouderenzorg en ouderengeneeskunde.

Daarom wil ik vandaag nog eens benadrukken dat er in de academische werkplaatsen zichtbare aandacht moet blijven voor relevant observationeel onderzoek en evaluatieonderzoek aan de ene kant én vooral ook voor effectonderzoek aan de andere kant. Dat laatste is in mijn ogen nog relatief onderbelicht in de SANO-kennisagenda van de academische werkplaatsen als ook in andere recente kennisagenda's.

Het doen van *observationeel onderzoek en evaluatieonderzoek* is onder andere belangrijk om een actueel en compleet beeld te houden over hetgeen er gebeurt en verandert in de ouderenzorg en ook om een betrouwbaar beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van kwantitatieve registraties, maar ook van kwalitatieve benaderingen. Een interessant issue op dit moment is om na te gaan in hoeverre in de nabije toekomst relevante routine data uit de dagelijkse zorgpraktijk gebruikt kunnen worden om deze beelden te scheppen en in hun dynamiek te vervolgen. Dat vergt dan wel dat professionals in

hun dagelijkse werk gestimuleerd worden om de relevante aspecten van hun zorgverlening aan zorgvragers ook daadwerkelijk vast te leggen. Uiteraard doet dit een beroep op hun professionele attitude, maar het kan bij optimale compliance ook voorkomen dat onderzoekers hen aanvullend lastigvallen met extra in te vullen lijstjes.

Nog een kans ligt er in de komende jaren wellicht in big data-analyses die in samenhang gebruikmaken van data uit kwantitatieve registraties, kwalitatieve gegevens, financiële gegevens en gegevens over het werken in de ouderenzorg. Misschien kunnen dergelijke analyses ons beeld over het functioneren en de waarde-toevoeging van de ouderenzorg op diverse niveaus optimaliseren.

Ik wees er al op: goed *effectonderzoek* is en blijft onontbeerlijk voor de ouderenzorg en de ouderengeneeskunde. Het stelt ons immers in staat om na te gaan of beoogde effecten van interventies bereikt worden en passen bij de context waarin ze toegepast worden, of interventies daadwerkelijk bijdragen aan een toename van de kwaliteit van leven en liefst ook of ze kosteneffectief zijn. Verder draagt goed effectonderzoek bij aan de ontwikkeling van evidence based richtlijnen en kwaliteitstandaarden die specifiek zijn toegesneden op ouderen met complexe medische vragen en zorgvragen.

Juist zij ontbreken vaak als deelnemers in wetenschappelijke interventiestudies. In maart van dit jaar benadrukten Nicholson e.a. in de Lancet nog maar eens:..."to purposefully include older people with multimorbidity and polypharmacy in randomised controlled trials, to better inform future guidelines...". (29)

Het Good Clinical Trials Collaborative formuleerde eind 2023 vijf principes van goed gerandomiseerde klinische onderzoeken. (30)

1. Goede gerandomiseerde onderzoeken zijn ontworpen om wetenschappelijk verantwoorde antwoorden te geven op relevante vragen. Ze moeten belangrijke onzekerheden over de effecten van gezondheidsinterventies helpen oplossen en de resultaten moeten kunnen worden gegeneraliseerd naar de populatie waarop ze van toepassing zijn. Dit vereist de combinatie van belangrijke ontwerpkenmerken, zoals een goede randomisatie om selectiebias te voorkomen, een adequate steekproefomvang om het toeval te minimaliseren, een onbevooroordeelde beoordeling van de uitkomsten en 'intention-to-treat'-analyses.
2. Goede gerandomiseerde onderzoeken respecteren de rechten, de veiligheid en het welzijn van deelnemers. Onafhankelijke beoordeling van voorstellen voor nieuw onderzoek via een onderzoeksethische commissie is daarvoor uiteraard een belangrijk bestuursinstrument. Toegankelijke, duidelijke communicatie en relevante toestemming in alle fasen van het onderzoek vormen de kern van dit principe.
3. Goede gerandomiseerde onderzoeken zijn collaboratief en transparant. Alle betrokkenen bij het onderzoek delen de verantwoordelijkheid voor het opbouwen en behouden van het vertrouwen van samenwerkende

partnerorganisaties en klinische gemeenschappen, deelnemers en het bredere publiek.

4. Goede gerandomiseerde onderzoeken zijn zo ontworpen dat ze geschikt zijn voor hun context, dus het verband of de omgeving waarin ze plaatsvinden. Context betreft naast de materiële omgeving ook de immateriële omgeving, als het ware het gedrag dat in de omgeving vertoond wordt. Maar context is meer dan gedrag, ook antropologie. De onderzoeken moeten dus zo opgezet worden dat ze uitvoerbaar zijn en betrouwbare, daadwerkelijk bruikbare resultaten opleveren. Het in overweging nemen van de context en de bestaande middelen kan een beter ontwerp van het onderzoek opleveren.
5. Goede gerandomiseerde onderzoeken beheren de kwaliteit effectief en efficiënt én worden goed gecoördineerd uitgevoerd met aandacht voor aspecten die een betekenisvolle impact kunnen hebben op het welzijn en de veiligheid van de deelnemers of op de besluitvorming op basis van de onderzoeksresultaten.

Als we deze 5 principes in ogenschouw nemen, zijn er wel enkele duidelijke uitdagingen om goede gerandomiseerde onderzoeken uit te voeren bij ouderen met complexe zorg- en welzijnsvragen. Uitdagingen die overigens ook deels aanwezig zijn bij het uitvoeren van cross-sectioneel prevalentie- respectievelijk diagnostisch onderzoek en longitudinaal observationeel onderzoek. We wezen daar zelf in februari van dit jaar nog op in een publicatie over het doen van effectonderzoek naar complexe interventies bij zorgbehoevende ouderen. (31)

Om te beginnen gaat het bij zorgbehoevende ouderen om een fors heterogene doelgroep. Velen hebben een vorm van dementie of kunnen geen adequate zelfzorg meer bieden en hun eigen zaken regelen als gevolg van cognitieve en/of fysieke functionele beperkingen. Daarbij verliezen ze vaak ook de controle over veel aspecten van het leven, zeker als ze in een verpleeghuis zijn opgenomen en ze onderworpen zijn aan de regels, het beleid en de routines van de instelling. Zelfs familieleden van personen die in een instelling zijn opgenomen, zijn relatieve buitenstaanders en kunnen niet altijd volledig deelnemen aan beslissingen over de zorg voor hun oudere familieleden en hun leven. Om deze redenen zijn kwesties van billijkheid, geïnformeerde toestemming, speciale bescherming, vertrouwelijkheid en de rechten van potentiële deelnemers, oprecht punten van zorg wanneer onderzoek wordt uitgevoerd in deze doelgroep.

Aandacht voor deze en andere kwesties maakt onderzoek in verpleeghuizen extra moeilijk en kan leiden tot compromissen op het gebied van onderzoeksopzet en methoden. Maar het zou niet mogen leiden tot een tendens om onderzoek in deze doelgroep dan maar te vermijden, want dat is jammer genoeg al veel te lang gebeurd.

Onderzoekers moeten daarom bereid zijn om een aanzienlijke hoeveelheid tijd te besteden aan het toestemmingsproces bij deelnemers uit deze doelgroep, omdat het verkrijgen van geïnformeerde toestemming van kwetsbare ouderen thuis en in verpleeghuizen moeilijker is dan bij andere potentiële deelnemers aan een onderzoek. Velen hebben vaak additionele problemen die het proces van geïnformeerde toestemming moeilijk en tijdrovend maken, zoals een slecht gehoor of slechtziendheid. Daarbij staan ze regelmatig ook sceptisch tegenover onderzoek in het algemeen, zijn ze soms angstig, willen ze geen "proefkonijn" zijn en denken ze niet dat deelname voor hen zelf voordelen oplevert. Ouderen moeten uiteraard zelf toestemming geven voor deelname aan een onderzoek, als dat maar enigszins mogelijk is.

Ook personen met dementie kunnen ten principale bekwaam worden geacht voor geïnformeerde toestemming, én zo niet is er mogelijkheid om deze te verkrijgen van een proxy, veelal een daartoe gemachtigd kind of familielid. In de praktijk blijkt dan overigens regelmatig dat velen van hen bang zijn om hun geliefde bloot te stellen aan onderzoek.

Het is daarom vaak het beste om personeel van de zorgaanbieder te vragen om eerst contact op te nemen met de gevolmachtigde (meestal een familielid) om, na een korte uitleg over het onderzoek, aan de gevolmachtigde toestemming te vragen om gecontacteerd te worden door een vertegenwoordiger van het onderzoek zelf. In academische werkplaatsen, zoals onze AWO-L, is gebleken dat deze werkwijze helpt én ook dat de bij zorgaanbieders in het verleden vaak aanwezige terughoudendheid om samen te werken met onderzoekers, vanwege bezorgdheid over verhoogde aansprakelijkheid en inspectiecontroles, verdwenen is.

Het is duidelijk dat er een gunstige risk/benefit ratio moet zijn voor ouderen die gevraagd worden om aan een studie deel te nemen. Als er weinig of geen directe voordelen zijn, zal dit vanuit het perspectief van de oudere of diens familielid mogelijk niet opwegen tegen het risico op ongemak door het onderzoek, zeker als het een invasieve interventie betreft. Aan de andere kant zijn er ook ouderen die wel instemmen om deel te nemen vanwege de aangename afleiding en het extra menselijk contact dat deelname aan een onderzoek voor hen met zich meebrengt. De onderzoeker moet dus geduldig en zorgvuldig te werk gaan en er ook voor zorgen dat hij niet alleen de deelnemers, maar ook de context waarin het onderzoek plaatsvindt goed leert kennen. Hiermee is het duidelijk dat het verkrijgen en het onderhouden van een adequate steekproef voor een onderzoek een grote uitdaging is en dan hebben we nog niet genoemd dat er vanwege de kwetsbaarheid van de deelnemers vaak ook een grote uitval is gedurende een studie.

Maar, er zijn nog andere uitdagingen om goed gerandomiseerd onderzoek uit te voeren in de langdurige zorg en zeker in verpleeghuizen. Ouderen in verpleeghuizen kunnen vaak niet willekeurig toegewezen worden aan experimentele en controleomstandigheden, onder andere vanwege het feit dat personeelsleden er veelal zorgen voor zowel deelnemers uit de experimentele

groep als controlegroep. Medewerkers verhuizen ook vaak van de ene verpleeghuislocatie naar de andere en dit verhoogt de kans op experimentele interventiecontaminatie van de leden van de vergelijkingsgroep. Er moet derhalve veel aandacht besteed worden aan het reduceren van de kans op 'besmetting' en de onderzoeker moet zich bewust blijven van mogelijke bedreigingen voor de interne validiteit en ervoor zorgen dat de groepen vergelijkbaar blijven op zoveel mogelijk andere factoren dan de interventie die wordt getest.

Een kleine steekproefomvang en selectiebias zijn dus moeilijkheden die zich kunnen voordoen. Over-sampling, dóórlopende rekrutering en incentives voor de participatie van ouderen zijn dan strategieën waar gebruik gemaakt van kan worden. Maar vooral ook geldt dat de onderzoeker gedurende de hele onderzoeksperiode goede relaties met de deelnemers moet opbouwen alsook met hun verwanten, want daarmee kan het succes van een onderzoek vergroot worden. (32,33)

Weer een andere uitdaging is te wijten aan het relatief kleine aantal ouderen dat tegenwoordig in de steeds kleinschaliger verpleeghuizen verblijft. Vergroting van de steekproefomvang door oudere personen te werven uit meerdere verpleeghuizen heeft voor- en nadelen. Multisite-studies verbeteren over het algemeen de externe validiteit van onderzoeksresultaten, maar ze hebben ook nadelen die de interne validiteit kunnen eroderen. Onderzoek doen op meerdere locaties is complexer, duurder en gaat gepaard met standaardisatieproblemen in de toepassing van onderzoeksprotocollen op alle locaties en ook met toevoeging van variabele kenmerken van locaties die tot concurrerende verklaringen voor de resultaten kunnen leiden. De onderzoeker moet daarom de deelnemer- én instellingsfactoren zorgvuldig beoordelen en controleren voor deze externe effecten in het onderzoeksdesign en de analyses.

Nog een aspect betreft het feit dat in onderzoeken in de langdurige zorg vaak aan thuiszorgmedewerkers of verpleeghuismedewerkers gevraagd wordt om een rol te spelen bij de dataverzameling. Dit gebeurt veelal uit kosten- en logistieke overwegingen. Het is immers erg duur om alle gegevens te laten verzamelen door externe onderzoekers en logistiek is dat bovendien complex als deze gegevens gedurende het hele etmaal verzameld moeten worden. Maar ook vanuit implementatie oogpunt blijkt het goed te zijn om medewerkers te betrekken, omdat uit eerder onderzoek gebleken is dat deze 'real world' benadering ertoe leidt dat de interventie nadien, bij gebleken effectiviteit en toegevoegde waarde voor de zorgvragers, ook beter gevolgd zal blijven worden in de praktijk. (34)

Belangrijk bij het betrekken van medewerkers is wel dat er rekening gehouden moet worden met de hectiek van alle dag, hun opleidingsniveau en het feit dat ze vaak niet gewend zijn aan een research cultuur. Tijdgebrek en relatief grote turnover van personeel in de langdurige zorg leiden snel tot gevoelens van overbelasting en dat is niet bevorderlijk om ook nog eens aan onderzoek mee te doen. Het tijdig betrekken

van medewerkers bij te entameren onderzoeksactiviteiten met goede informatieverschaffing en stimulerende training kunnen hier soelaas bieden en bijdragen aan de ontwikkeling van affiniteit met onderzoek. Na starten van het onderzoek moet veel aandacht worden besteed aan de juiste naleving van de interventie en de protocollen voor het verzamelen van gegevens.

Voor de integriteit van de interventie- en gegevensverzamelingsprocedures is het derhalve van cruciaal belang dat er een voortdurende interactie plaatsvindt tussen medewerkers en het onderzoeksteam. Onderzoekers moeten een idee krijgen van de werkcultuur binnen elkaar aflossende teams en voortdurend oog houden voor de bevordering van de wetenschappelijke integriteit. Hun regelmatige aanwezigheid op de werkplek kan helpen om te achterhalen hoe onderzoeksprotocollen het beste ontworpen kunnen worden en om met het personeel samen te werken om hun enthousiasme en de naleving van de onderzoeksprotocollen te blijven bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld zinvol om zoveel mogelijk gegevens te verzamelen met methoden die consistent zijn met bestaande procedures en routines in verpleeghuizen en de thuiszorg.

Ook leren onderzoekers juist ter plekke wie de sleutelfiguren zijn in een team, vooral degenen met informele of persoonlijke macht die het onderzoek kunnen helpen maken of breken. Verder is het relevant om oog te hebben voor het feit dat het gedrag van medewerkers mede beïnvloed wordt door omstandigheden in de directe sociale omgeving, zoals personeelstekorten, personeelsverloop of nieuw beleid en nieuwe procedures. De onderzoeker moet zich bewust zijn van deze factoren die waarschijnlijk eveneens van invloed zijn op de uitvoering van de te onderzoeken interventie en het verzamelen van betrouwbare en geldige gegevens. Andere instellingsvariabelen waarmee rekening moet worden gehouden, zijn de besluitvormingsstructuur en het model van zorgverlening. Deze factoren weerspiegelen vaak de filosofie van de zorg in een zorglocatie en kunnen van invloed zijn op het personeel en op hun houding, opleiding en vaardigheden en ook op de kenmerken van de ouderen in de onderzoek setting. Hoewel vaak niet onderkend, bestaat er een verpleeghuiscultuur, de cultuur van bewoners en families, de personeelscultuur en de cultuur van de gemeenschap waarin het verpleeghuis zich bevindt. (35)

Om goede gerandomiseerde effectstudies in de langdurige zorg thuis of in verpleeghuizen te kunnen doen, zijn daarom verkennende en beschrijvende studies nodig die een beter inzicht verschaffen in de interne en externe context van deze settings.

Hiervoor is vaak voorbereidend kwalitatief onderzoek nodig. Een kenmerk van kwalitatief onderzoek is de waarde ervan bij het verzamelen van diepgaande informatie over de onderzoeksetting inclusief inzicht in de erbij betrokken individuen, groepen en instellingen.

Fenomenologische ontwerpen helpen bijvoorbeeld bij het begrijpen van de leefwereld van de deelnemers, terwijl grounded theory helpt bij het begrijpen van processen die zich voordoen in groepen en grotere sociale eenheden. Omgekeerd worden etnografische strategieën aanbevolen voor het begrijpen van de context van de onderzoeksvraag, inclusief de sociale, culturele en politieke invloeden die van invloed zijn op de onderzoeker en het onderzoeksproces. Deze contextuele veldgegevens zijn vaak van cruciaal belang voor de interpretatie van latere kwantitatieve studieresultaten en leveren vaak de beschrijvende gegevens die nodig zijn om vervolgstudies op te zetten.

Samenvattend zal het duidelijk zijn dat ik ten aanzien van het uitvoeren van gerandomiseerde studies in de langdurige zorg pleit voor het doen van zorgvuldig voorbereide pragmatische trials die de effectiviteit van een interventie meten. De geteste interventie, de selectie van deelnemers en de follow-up moeten daarbij in lijn zijn met de routinematige zorg om de reële implicaties van de interventie te begrijpen. In het licht van het hiervoor besprokene is bijvoorbeeld een pragmatische RCT met een stepped-wedge design een interessante optie zeker wanneer rekening gehouden wordt met de effecten in 'real life' omstandigheden, de onderzoekslast geminimaliseerd wordt en alle deelnemers de mogelijkheid krijgen om te profiteren van de interventie.

Dat de omvang van het voordeel, dat een interventie oplevert in de dagelijkse praktijk van de zorg, niet alleen statistisch maar ook echt klinisch betekenisvol moet zijn én dat de interventie uiteindelijk ook eenvoudig, betaalbaar en haalbaar moet zijn voor de totale ouderenzorg, is evident.

Ik heb bovendien duidelijk proberen te maken dat daarvoor vaak een mixed-methods strategie, dus een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve benaderingen, noodzakelijk is om goed inzicht te verkrijgen in de interne en externe context van de setting waar de interventie toegepast en bij gebleken waarde-toevoeging definitief geïmplementeerd moet worden. (36-40)

Het zal duidelijk zijn dat de wetenschappelijke uitdagingen voor het doen van goed onderzoek in de langdurige zorg om aandacht blijven vragen. In de literatuur is al eerder expliciet beschreven dat een belangrijk deel van de oplossing ligt in het aangaan van langdurige, respectvolle relaties met zorgorganisaties, bijvoorbeeld door het opzetten van onderzoeksnetwerken in de langdurige zorg.

De academische werkplaatsen ouderenzorg, w.o. onze AWO-L, zijn hier dus bij uitstek prachtige voorbeelden van. Zij hebben inmiddels bewezen dat ze echt de juiste kennisinfrastructuur representeren om onderzoek te doen dat leidt tot uitkomsten die voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk' en dat bij kan dragen aan een passende ouderenzorg en ouderengeneeskunde.

Ik ben trots op deze prachtige ontwikkeling en wens de werkplaatsen verder een succesvolle toekomst toe.

Geachte toehoorders, daarmee ben ik gekomen bij mijn dankwoord.

DANKWOORD

Want, beste mensen, wat heb ik een leuke en uitdagende baan gehad, niet in de laatste plaats vanwege het feit dat deze me in staat heeft gesteld om met heel veel mensen in contact te komen en samen te werken. Het is zoals acteur en schrijver Arthur Japin stelt: *“Kleur heb je nooit zelf, kleur krijg je door anderen!”*

Die kleur kreeg ik, na mijn geneeskunde opleiding en huisartsopleiding alhier in Maastricht deels al mee vanuit de eerste helft van mijn werkcarrière van 1987-2004, waarin ik als specialist ouderengeneeskunde en bestuurder in de West-Brabantse ouderenzorg werkte en als hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg. In de personen van Zr. Lauriani van Breugel, Frank Staal en Henk Garretsen én ook de leden van mijn universitaire promotieteam dank ik iedereen die mij in die periode mede gevormd heeft.

Deze rede betreft de periode dat ik weer terug in Maastricht kwam. Welnu, laat ik allereerst zeggen dat ik deze tweede helft van mijn carrière genoten heb van alle organen, gremia en groepjes waarbij ik in en vanuit Maastricht betrokken was. Natuurlijk, de universiteit, de faculteit en het ziekenhuis met betrokkenheid van College en Raad van Bestuur, maar ook alle collega's van groepen en afdelingen daarbinnen, in het bijzonder de vakgroepen HSR en HAG, het team van de prachtige SO-opleiding alhier, het LPZ-team, de vele commissies, enz.

Dank ook aan de RvB en collega's van Envida en haar rechtsvoorgangers en de voormalige Stichting Elisabeth Strouven.

In het bijzonder dank ik mijn collega's van het DB van de AWO-L, te weten Jan Hamers, Sandra Zwakhalen, Hilde Verbeek, mijn directe opvolgster Daisy Janssen en de helaas veel te vroeg overleden Ruud Kempen, én in hen iedereen die bij de AWO-L betrokken is.

Ook mag ik onze SANO-partners niet vergeten. Laten we met zijn allen die prachtige kennisinfrastructuur in de langdurige zorg overeind houden en uitbouwen.

Meer nationaal ben ik dank verschuldigd aan Verenso, Actiz en het Consortium GRZ en ook aan de collega's waarmee ik samenwerkte en nog samenwerk in de Gezondheidsraad, ZONMW en het Zorginstituut, i.h.b. de AdviesCommissiePakket (ACP).

Natuurlijk mag ik het ministerie van VWS niet vergeten.

Fijne contacten heb ik ook gehad met vertegenwoordigers van het Huntington Netwerk Nederland, CZ en VGZ, met Studio GRZ en Huygens Academy.

Internationaal dank ik om te beginnen mijn collega's van de Vrije Universiteit Brussel, de KU Leuven, de UZ Gent én ook van de Universiteit van Nottingham; verder ook de collega's binnen het gezamenlijke internationale PhD programma van de UM, de universiteit van Graz en de Berner Fachhochschule.

Dan de collega's van BENECOMO, het Belgisch Nederlands Consortium Onderzoek Mondzorg Ouderen én de vele collega's binnen de internationale wetenschappelijke societie's ESPEN, EPUAP, EWMA, AMDA en natuurlijk de EUGMS én van die laatste de leden van de SIG on GR en de Heidelberg group.


Veel heb ik ook geleerd van mijn collega's in de Raden van Toezicht van respectievelijk St. Elisabeth in Roosendaal, Gericare en Vitala+ in Maastricht.

Hoogtepunt waren de vele promovendi die ik mocht begeleiden. Wat ben ik trots op jullie. Ik kijk met veel genoegen terug op al die promotietrajecten. Wat was het soms eenvoudig en wat zat het soms tegen, maar het is altijd goed gekomen!

De wolk hieronder toont de onderwerpen van al die 61 promoties en representeert meteen de veelzijdigheid van onderzoeksonderwerpen in de ouderenzorg en ouderengeneeskunde.



Proefschriftonderwerpen promovendi Jos Schols



Verder wil ik iedereen die betrokken is geweest bij het organiseren van mijn afscheid vandaag heel hartelijk danken en ongetwijfeld vergeet ik ook nog mensen, maar dat moet u mij maar niet euvel duiden.

Ik kom tot slot bij mijn familie. Pa kijkt van boven mee en ma kan er vandaag helaas niet bij zijn. Ik ben blij dat mijn broer en zus hier zijn en ook onderdeel uitmaken van het cortège.

En dan natuurlijk Maria, al 45 jaar ben je mijn levensgezel en maatje, maar ook mijn steun en toeverlaat. Zoals ik destijds bij mijn oratie al opmerkte: duurzame continuïteit van warme zorg en aandacht zijn in jouw persoon verenigd.

En tenslotte onze kinderen Laurens, Rutger, Floris, Myrthe en Emma: te midden van ons aller drukke maar boeiende bestaan zaten en zitten jullie op de eerste rij en dat is volkomen terecht. Jullie bouwen je eigen leven op met jullie partners en kinderen, onze kleinkinderen. En ook dat gaat gepaard met een open einde van voortdurende ontwikkelingen...

Wat kun je je nog meer wensen.

Dames en heren, dank voor uw aandacht. Mijn motto voor de ouderenzorg is uiteindelijk dat je elke dag het leven met elkaar moet vieren. Welnu, dat wens ik ook u allen toe!

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Schols JMGA. De toekomst van de chronische zorg,.....ons een zorg? Van oude structuren, de dingen, die voorbijgaan...Oratie, 21 november 2004, Universiteit van Tilburg.
2. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008-01.
3. Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend? Oratie 26 september 2008, Universiteit Maastricht.
4. We moeten het ouder worden niet medicaliseren. Journalistiek interview met hoogleraar Jos Schols in december 2023 in Ned Tijdschr Geneeskd. 2023;167:C5604.
5. WOZO. Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>
6. IZA. Integraal Zorg Akkoord. Samen werken aan gezonde zorg. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
7. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/06/13/zelfredzaamheid-van-ouderen>
8. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>
9. Illich, Ivan. Die Nemesis der Medizin: Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Rowohlt Verlag, Reinbek b. Hamburg (1977).
10. Verschuer, N. van (2015). 'Ouderdom is een ziekte die genezen kan worden'. In: Vrij Nederland, 15 april 2015. Geraadpleegd via <https://www.vn.nl/ouderdom-is-een-ziekte-die-genezen-kan-worden/>
11. Visser, J. (2012). Tussen helpen en zinloos handelen. In: Medisch Contact, 67(3), januari 2012. Geraadpleegd via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Tussen-helpen-en-zinloos-handelen.htm>
12. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc. 2010 Jun;11(5):344-55. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.003. Epub 2010 May 8.
13. De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Schols J, Verté D. The comprehensive frailty assessment instrument: development, validity and reliability. Geriatr Nurs. 2013 Jul-Aug;34(4):274-81. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.03.002. Epub 2013 Apr 19.
14. <https://www.sarlab.be/proiecten/zorg-en-zorgzame-buurtten-1/d-scope> (D-SCOPE = Detection, support and care for older people: prevention and empowerment).
15. van der Vorst A, Zijlstra GAR, De Witte N, De Lepeleire J, Kempen GIJM, Schols JMGA; D-SCOPE Consortium. Can proxy assessments serve as a first screener for identifying people at risk for multidimensional frailty? Eur Geriatr Med. 2018 Aug;9(4):501-507. doi: 10.1007/s41999-018-0067-x. Epub 2018 May 24.
16. De Donder L, Smetcoren AS, Schols JMGA, van der Vorst A, Dierckx E; D-SCOPE Consortium. Critical reflections on the blind sides of frailty in later life. J Aging Stud. 2019 Jun;49:66-73. doi: 10.1016/j.jaging.2019.100787. Epub 2019 Jun 6.
17. Sipsma, D. H. (1986). Sociale geriatrie in theorie en praktijk. s.n. <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/14476810/Sipsma.PDF>
18. Havighurst RJ (1961) Successful aging. Gerontologist. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
19. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/04/17/zorgen-voor-thuiswonende-ouderen>
20. <https://digitaal.scp.nl/passende-zorg-voor-ouderen-thuis/>
21. <https://www.raadrvs.nl/adviezen/met-de-stroom-mee>
22. Sibbing H. De klepel en de klok. Het Expanded Chronic Care Model. Tijdschr M&G 2020; 20 (1):24-25.
23. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Carvalho IA de. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. BMJ Open 2018;8:e021194. doi:10.1136/bmjopen-2017-021194.
24. Schols JMGA. Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend? Oratie, Maastricht University, 2008.
25. Schols JMGA. Specialist ouderengeneeskunde toekomstproof? Samenvatting van presentatie gehouden op Verenso jubileumcongres 2022. TVO 2022, nr. 5.
26. Janssen D. Krachtig in kwetsbaarheid. Inaugurele rede uitgesproken ter aanvaarding van de leerstoel Ouderengeneeskunde, met in het bijzonder aandacht voor de gepersonaliseerde zorg voor mensen met gevorderd chronisch orgaanfalen, op 2 december 2022. Deze publicatie is online beschikbaar via de website van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg | www.awolimborg.nl
27. Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg. Kennisagenda Langdurige Ouderenzorg, editie oktober 2023. <https://www.awolimborg.nl/userfiles/files/publicaties/kennisagenda-oktober-2023-v2.pdf>
28. <https://www.awolimborg.nl/>
29. Nicholson K, Liu W, Fitzpatrick D, Hardacre KA, Roberts S, Salerno J, Stranges S, Fortin M, Mangin D. Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: a systematic review. Lancet Healthy Long. 2024 Mar 4:S2666-7568(24)00007-2. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00007-2.
30. <https://www.goodtrials.org/>
31. Van der Elst M CJ, Schoenmakers B, Schols JMGA, De Witte N, De Lepeleire J. Complex interventions in frail older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2024 Feb 17;122:105372. doi: 10.1016/j.archger.2024.105372.

32. Collingridge Moore D, Payne S, Van den Block L, Ten Koppel M, Szczerbińska K, Froggatt K. Research, recruitment and observational data collection in care homes: lessons from the PACE study. *BMC Res Notes* (2019) 12:508 <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4543-2>
33. Hall S, Longhurst S, Higginson I.J. Challenges to conducting research with older people living in nursing homes. *BMC Geriatrics* 2009, 9:38 doi:10.1186/1471-2318-9-38
34. Maas ML, Kelley LS, Park M, Specht JP. Issues in Conducting Research in Nursing Homes. *Western Journal of Nursing Research*, 2002, 24(4), 373-389.
35. Lam HR, Chow S, Taylor K, Chow R, Lam H, Bonin K, Rowbottom L, Herrmann N. Challenges of conducting research in longterm care facilities: a systematic review. *BMC Geriatrics* (2018) 18:242 <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0934-9>
36. Leary A, Besse B, André F. The need for pragmatic, affordable, and practice-changing real-life clinical trials in oncology. *Lancet* 2024; 403: 406–08. Published Online December 8, 2023 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02199-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02199-2)
37. Landray MJ, Richard Haynes, Christina Reith. Accelerating clinical trials: time to turn words into action. *Lancet* 2023; 402: 165-68. Published Online June 9, 2023 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01181-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01181-9)
38. Buckwalter KC, Grey M, Bowers B, McCarthy AM, Gross D, Funk M, et al. Intervention research in highly unstable environments. *Res Nurs Health*. 2009;32(1):110–21.
39. McMurdo ME, Roberts H, Parker S, Wyatt N, May H, Goodman C, et al. Improving recruitment of older people to research through good practice. *Age Ageing*. 2011;40(6):659–65.
40. Jenkins C, Smythe A, Galant-Miecznikowska M, Bentham P, Oyebo J. Overcoming challenges of conducting research in nursing homes. *Nurs Older People*. 2016;28(5):16–23.