

Oratie “De Gouden Herfst” – Marielle Emmelot - 6 juni 2019

Rector Magnificus, geachte dames en heren, beste collega's, vrienden en familie. Hierbij wil ik jullie hartelijk welkom heten bij mijn oratie getiteld “De Gouden Herfst”.

Inleiding

Een van de meest gestelde vragen van de afgelopen tijd is waarom ik voor de titel “De Gouden Herfst” gekozen heb. Meestal stel ik de vraag terug en vraag ik wat voor associatie de ander heeft bij de herfst. Wat opvalt is dat ik dan heel uiteenlopende antwoorden krijg. Waar de een bij de herfst denkt aan striemende regen, tochtige kou, vallende bladeren, melancholie en afscheid nemen, denkt de ander aan stralende kleuren, een prachtig natuurlandschap, borrelen bij de openhaard, warmte en geborgenheid. Datzelfde zien wij ook terug bij het onderwerp ouderen, zowel in de reacties van mensen om mij heen als in de media. Enerzijds worden ouderen beschreven als zorgbehoevend en daardoor ook duur. Hoe vaak hebben wij het afgelopen jaar geen grote koppen in de krant gezien over overvolle verpleeghuizen, de doorloop op de spoedeisende hulp en in de ziekenhuizen die stagneert door ouderen en overbelaste mantelzorgers. Anderzijds zien wij de afgelopen tijd ook een tegenbeweging ontstaan, waarin ouderen opeens als “hip” worden gezien. Denk alleen maar aan de TV-programma's van het afgelopen jaar waarin ouderen een prominente rol speelden, zoals “the voice senior” (een zangtalentjacht voor ouderen), “de golden boys” (een datingprogramma voor ouderen) en “Geer en Goor op zoek naar een hobby” (waarin Gerard Joling en Gordon op zoek gaan naar oplossingen voor eenzaamheid onder ouderen).

En het klopt, er bestaan grote verschillen tussen ouderen; “dé oudere patiënt bestaat niet”, maar dat maakt deze groep ook zo ontzettend boeiend om mee te werken. Je wordt elke keer opnieuw uitgedaagd om na te denken wat bij deze individuele patiënt het beste traject is voor diagnostiek en behandeling en dat houdt het vak enorm afwisselend. Dit is ook een van de belangrijkste redenen dat ik in 1997 voor dit vak gekozen heb. Dat was zeker in mijn tijd niet vanzelfsprekend. Het was in de tijd dat klinische geriatrie nog een startend vakgebied was met slechts 8 opleidingsplekken per jaar in Nederland. Een tijd waarin vrijwel niemand nog van het vakgebied had gehoord en er slechts enkele ziekenhuizen in Nederland waren met een afdeling geriatrie. Een tijd waarin je nog moest uitleggen wat het vakgebied inhield en waarom er een apart vakgebied voor ouderen nodig was. Een tijd waarin velen je probeerde over te halen om voor een ander vakgebied te kiezen, want zo'n leuke en slimme meid als ik was moest toch niet in zo'n suf en weinig innovatief vakgebied terecht komen. De tijd heeft gelukkig geleerd dat ik de perfecte keuze heb gemaakt en dat er geen mooier en inspirerender vakgebied is dan de geriatrie.

Een van de redenen dat ik voor de ouderenzorg gekozen heb, heeft waarschijnlijk ook te maken met de liefde die ik voor ouderen heb gekregen door mijn grootouders. Hier ziet u ze op foto's van hun huwelijk en hun 50-jarig huwelijksfeest. Zij waren grootouders zoals je een opa en oma voorstelt: warm en belangstellend. Ik kan mij vele logeerpartijtjes herinneren, aanmoedigingen bij het afzwemmen en bij sportwedstrijden, en de overheerlijke appeltaart die mijn oma altijd speciaal voor mij bakte omdat ik geen andere taart lekker vond. Maar ook wijze lessen die mijn opa mij meegaf over het belang van school en een opleiding afmaken, en de noodzaak van hard werken en doorzetten. Hetgeen mij zeker geholpen heeft in mijn carrière. Zij zijn de

inspiratiebron voor mijn focus de komende jaren die gericht is op de vraag hoe we er voor kunnen zorgen dat er voor veel meer ouderen sprake is van een gouden herfst.

Ouderenzorg door de jaren heen

Maar eerst terug in de tijd:

In de tijd dat mijn opa en oma geboren werden, ruim 100 jaar geleden, was de gemiddelde levensverwachting in Nederland bijna 58 jaar voor mannen en bijna 65 jaar voor vrouwen. Nederland telde een kleine 6 miljoen inwoners, waarvan er ongeveer 6% ouder dan 65 jaar waren en slechts 0.7% ouder dan 80 jaar. Het aantal honderdjarigen was te verwaarlozen. De geneeskunde stond nog in zijn kinderschoenen; er waren bijvoorbeeld nog vrijwel geen goede medicijnen of mogelijkheden voor behandeling beschikbaar. Ook waren er nog nauwelijks voorzieningen voor ouderen. Kinderen dienden voor hun ouders te zorgen en als dat niet mogelijk was leefden de ouderen vaak eenzaam, arm en verwaarloosd. Soms boden de kerk en weldadigheidsinstellingen nog enige hulp, vooral in de grote steden, waarbij de eerste “oudeliedenhuizen” ontstonden. In de tijd dat ik geboren werd, ruim 60 jaar later, zag de bevolkingsopbouw en de gezondheidszorg er al heel anders uit. De gemiddelde levensverwachting voor mannen was opgelopen naar 71 jaar en voor vrouwen naar 76 jaar. Nederland telde op dat moment bijna 13 miljoen inwoners, waarvan 10% ouder was dan 65 jaar en 1.7% ouder dan 80 jaar. Het aantal honderdjarigen lag net iets onder de 200. Deze toename in levensverwachting was vooral het gevolg van een afname van de sterfte aan besmettelijke ziekten o.a. door de aanleg van de riolering en de waterleiding, en de ontwikkeling van medicatie zoals antibiotica. In de jaren zestig werden ook de eerste bejaardenhuizen gebouwd. Door de toenemende welvaart was er sprake van woningnood, waardoor ouderen onder druk gezet werden om hun huis leeg te maken voor jonge gezinnen. Ook was het niet meer vanzelfsprekend dat kinderen voor hun ouders bleven zorgen. Veel ouderen gingen daarom op hun 65e naar het bejaardenhuis, hetgeen als een veilige en gezellige omgeving beschouwd werd. Door de snelle groei in bejaardenhuizen ontstonden er echter al snel problemen, zoals lange wachtlijsten, gebrek aan personeel en hoge kosten voor de samenleving. Dit alles leidde tot de eerste Nota bejaardenbeleid in 1970 waarin beleid werd opgesteld dat er op gericht was om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Bejaardenhuizen veranderden langzaam in verzorgingshuizen, gericht op ouderen die ondersteuning nodig hadden. De eerste geriatrieafdelingen waren toen al aanwezig in enkele Nederlandse ziekenhuizen, maar de klinische geriatrie werd pas als zelfstandig medisch specialisme erkend in 1983.

Nu, inmiddels nog eens bijna 50 jaar verder, is de gemiddelde levensverwachting doorgestegen naar 80 jaar voor mannen en ruim 83 jaar voor vrouwen. Nederland heeft ruim 17 miljoen inwoners, waarvan 15% ouder is dan 65 jaar en 4% ouder dan 80 jaar. Het aantal 100-jarigen is opgelopen naar ruim 2200. De medische gezondheidszorg heeft enorme stappen gemaakt, waarbij er steeds meer innovatieve behandel mogelijkheden zijn gekomen waardoor mensen niet meer overlijden aan een ziekte maar met een chronische ziekte steeds ouder worden. Ongeveer 80% van de ouderen heeft minimaal 1 chronische ziekte en het grootste deel heeft zelfs meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, ook wel multimorbiditeit genoemd. Tegelijkertijd bestaat er de trend om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Het aantal verzorgingshuizen is de afgelopen jaren dan ook drastisch afgenomen. 94% van de 65-plussers woont nog zelfstandig en zelfs van de 80-plussers woont nog steeds 88% zelfstandig, al dan niet met ondersteuning. Hoewel het percentage ouderen dat in een

verzorgingshuis of verpleeghuis woont dus fors gedaald is ten opzichte van 50 jaar geleden, is het absolute aantal door de vergrijzing wel flink toegenomen. En ook nu zijn er veel berichten over misstanden in de ouderenzorg. Dit heeft vorig jaar geleid tot het manifest Ouderenzorg onder leiding van Hugo Borst, hetgeen heeft geresulteerd in extra geld voor de verpleeghuizen in de komende jaren. Inmiddels is de klinische geriatrie niet meer uit Nederland weg te denken en in vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland is de geriatrie vertegenwoordigd.

En hoe zal de toekomst er dan uitzien? De verwachting is dat over nog eens 30 jaar het aantal inwoners van Nederland redelijk stabiel zal zijn rond de 17-18 miljoen, maar het aantal 65-plussers zal zijn toegenomen tot mogelijk 25% van de totale bevolking, waarbij 10% van de bevolking zelfs ouder zal zijn dan 80 jaar. De levensverwachting zal met nog eens 4-7 jaar toenemen. Het aantal honderdplussers zal zijn toegenomen tot ruim 5.000. Dat zal een groot beroep doen op onze maatschappij en onze gezondheidszorg, waar wij nu al over na moeten denken.

De vraag is ook hoe oud wij in de toekomst zullen worden. De oudste inwoner die in Nederland heeft geleefd was Hendrikje van Andel. Zij overleed in 2005 op 115-jarige leeftijd. Het wereldrecord staat echter op naam van een Française, Jeanne Calment. Zij is in 1997 op 122-jarige leeftijd overleden. Beide dames hadden, behoudens een slecht gehoor, een verminderd gezichtsvermogen en een achteruitgang van de mobiliteit, verder weinig andere lichamelijke ziekten en waren tot hun overlijden in goede gezondheid en helder van geest. Er zijn twee stromingen in de wetenschappelijke wereld m.b.t. de levensverwachting in de toekomst: de ene stroming verwacht dat de maximale leeftijd rond de 120 jaar ligt, zoals ook deze vrouwen hebben laten zien. Er is echter een progressieve stroming die stelt dat door de vooruitgang in de medische wetenschap de eerste mens die de 150 jaar bereikt waarschijnlijk al is geboren, De toekomst zal het leren.

De verschillen tussen ouderen

Hoewel de tegenwoordige ouderen een stuk gezonder zijn dan hun leeftijdsgenoten 50 jaar geleden, is door de enorme vergrijzing en het feit dat ouderen vaker ziek zijn dan jongeren het aantal ouderen dat opgenomen is in het ziekenhuis enorm toegenomen. Momenteel is ruim 35% van de patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen ouder dan 65 jaar. Oudere patiënten zijn anders dan jongere patiënten, omdat ze vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd hebben en hierdoor ook meer medicijnen gebruiken. Ze hebben vaker problemen met het geheugen en ze ervaren meer beperkingen in het functioneren, waardoor ze minder goed voor zichzelf kunnen zorgen. Ook hun sociale netwerk is vaak kleiner. Echter de verschillen tussen ouderen zijn heel groot. Dit wil ik illustreren aan de hand van het verhaal van mijn grootouders:

Mijn opa was vroeger politieagent. Hij was streng maar rechtvaardig en hij was gek op sport en dan vooral op Feyenoord. Met mijn oma, die voor het huishouden zorgde, woonde hij in Midden-Beemster, een dorpje in de polders van Noord-Holland, waar hij 2 zonen kreeg en later 4 kleinkinderen, waar ik er 1 van ben. Na zijn pensionering waren mijn grootouders nog heel actief. Zij trokken er in hun gele Daf nog regelmatig op uit en gingen met georganiseerde reizen mee door heel Europa. Mijn opa had een goede gezondheid en er waren weinig lichamelijke problemen. Totdat hij op 74-jarige leeftijd op de terugweg in de bus in Duitsland, na weer een reisje in het buitenland, plotseling in elkaar zakte. Er bleek sprake te zijn van een gesprongen darm. Ondanks een operatie en een opname op de intensive care is hij enkele dagen daarna overleden.

Voor mijn oma was dit een grote schok, maar ze redde zich verrassend goed in haar eentje met de ondersteuning van haar zonen. In de jaren daarna ontwikkelde zij een hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte en daarbij kreeg zij ook af en toe een TIA. Zij verhuisde eerst naar een aanleunwoning en later, toen ook haar geheugen langzaam achteruit ging, naar het bijbehorende verzorgingshuis. Aldaar heeft zij een fantastische tijd gehad met de enorme liefdevolle ondersteuning van de verzorgenden, een gezellige dagopvang waar ze meerdere dagen per week naar toe ging en de nodige mantelzorg van haar familie. Toch ging zij ook daar langzaam verder achteruit. Niet alleen haar geheugen ging achteruit, maar zij ging ook slechter lopen en ontwikkelde balansproblemen. Op 91-jarige leeftijd is zij dan ook ten val gekomen en heeft haar heup gebroken. Zij is nog wel geopereerd aan haar heup, echter daarna niet meer goed opgeknapt. Enkele weken later is zij in een verpleeghuis rustig overleden.

De verschillen tussen mijn opa en oma in dit verhaal zijn heel duidelijk:

- Mijn opa was weliswaar 74-jaar toen hij acuut ziek werd, maar hij was verder goed gezond, had weinig chronische aandoeningen, gebruikte weinig medicijnen, zijn geheugen was goed, hij functioneerde nog volledig zelfstandig en hij stond nog volop in het leven. Veel ouderen tussen de 65 en 75 jaar voldoen aan dit beeld, maar ook ouderen van 85-jaar en ouder kunnen hier nog onder vallen. Het is dan ook logisch dat in zijn geval alles er op gericht is geweest om hem te proberen te genezen, inclusief een grote operatie en opname op de intensive care. Bij deze groep vitale ouderen kunnen prima de bestaande richtlijnen m.b.t. diagnostiek en behandeling gebruikt worden die ook bij volwassenen gebruikt worden en hoeft daar niet van afgeweken te worden.
- Mijn oma was echter ruim 90 jaar toen zij viel en haar heup brak. Zij had meerdere chronische aandoeningen waarvoor zij ook een aantal verschillende medicijnen gebruikte, haar geheugen en haar mobiliteit waren beide in de loop van de tijd langzaam achteruit gegaan en zij was in toenemende mate hulpafhankelijk. In haar geval was genezen niet meer het belangrijkste, maar was het beleid erop gericht om de kwaliteit van leven zoveel mogelijk te waarborgen en verdere verslechtering te voorkomen. Dus 'care' in plaats van 'cure'. Bij zo'n patiënt moeten bij elke diagnostische en therapeutische beslissing de voor- en nadelen van de beslissing goed tegen elkaar afgewogen worden, waarbij ook de wensen van de patiënt en de familie een belangrijke rol spelen. Zo kun je je voorstellen dat er bij mijn oma wel voor een heupoperatie gekozen is, omdat dit een goede manier is om adequate pijnstilling te kunnen bewerkstelligen, maar toen bleek dat zij na de operatie niet goed opknapte werd er vervolgens een palliatief traject ingezet gericht op comfort. Richtlijnen helpen je bij deze patiëntengroep in het algemeen niet.

De moeilijkste groep is echter de groep ouderen die hier tussenin zit. Deze groep heeft in het algemeen een aantal chronische ziekten, waarvoor medicatie gebruikt wordt. Deze ouderen zijn nog grotendeels zelfstandig, maar er zijn wel al milde beperkingen in het geheugen en/of het dagelijkse functioneren. Dit is een groep die zich in het dagelijks leven vaak nog prima kunnen redden, maar waarbij er een verhoogd risico bestaat op het optreden van complicaties op het moment dat ze acuut ziek worden en een ziekenhuisopname of een ingrijpende behandeling zoals een operatie, chemotherapie of dialyse moet ondergaan. Hierbij moet u denken aan complicaties zoals vallen, verwardheid o.b.v. een delier, infecties, cardiovasculaire problemen, ondervoeding,

doorligplekken en bijwerkingen van medicijnen. Deze complicaties kunnen ervoor zorgen dat de patiënt achteruit gaat in zowel cognitie als in functioneren en daarna misschien niet meer op het oude niveau terugkomt. Eerder onderzoek laat zien dat meer dan 30% van de ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis er slechter uitkomen dan dat zij er in gingen, maar ook dat zij na ontslag vaak niet meer op het oude niveau terugkomen. Deze achteruitgang in functioneren gaat gepaard met een verhoogd risico op heropname in het ziekenhuis, meer zorgafhankelijkheid en daardoor vaker opname in een verpleeghuis, en zelfs vroegtijdig overlijden. Dus waar deze ouderen voor de acute ziekte meestal nog zelfstandig functioneerden, lukt dat na de behandeling vaak niet meer. Richtlijnen helpen je bij deze groep patiënten maar zeer beperkt, aangezien deze vrijwel altijd ontwikkeld zijn o.b.v. onderzoek dat bij een relatief jonge en gezonde groep patiënten verricht is, die vaak maar één ziekte hebben en verder weinig bijkomende andere problematiek. Er is vrijwel geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar voor de kwetsbare, oudere patiënt met multimorbiditeit. Dit leidt veelal tot over- maar ook onderbehandeling en daarmee ook ongewenste behandelvariaties.

Wat is er op dit moment nodig om de zorg en behandeling voor ouderen in het ziekenhuis te optimaliseren?

Om de zorg en behandeling voor ouderen in het ziekenhuis te verbeteren zijn de volgende vijf stappen van belang:

1. Vroegtijdige herkenning van kwetsbaarheid

Het is belangrijk om in het ziekenhuis zo snel mogelijk te weten of je te maken hebt met een vitale oudere patiënt of met een kwetsbare patiënt. Hierbij wordt kwetsbaarheid volgens de Gezondheidsraad gedefinieerd als een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, waardoor de kans vergroot wordt op negatieve gezondheidsuitkomsten. Cijfers van het RIVM laten zien dat ongeveer 30% van de ouderen boven de 70 jaar kwetsbaar is. De mate van kwetsbaarheid blijkt een veel betere voorspeller voor negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals achteruitgang in het functioneren, opname in het verpleeghuis en vroegtijdig overlijden, te zijn dan de leeftijd van de patiënt. Als behandelkeuzes gemaakt worden op basis van leeftijd, dan zal dit leiden tot onderbehandeling, waarbij ouderen op basis van hun leeftijd worden uitgesloten van een behandeling. Veel artsen gebruiken voor het inschatten van de kwetsbaarheid van een patiënt hun "klinische blik", maar uit onderzoek blijkt dat deze klinische blik ook niet betrouwbaar is. Artsen zijn namelijk geneigd de conditie van de patiënt te overschatten en daardoor de patiënt veel beter in te schatten dan hij of zij in werkelijkheid is, hetgeen leidt tot overbehandeling. De beste manier om een inschatting van de kwetsbaarheid te maken is het verrichten van een geriatrisch assessment, waarbij de oudere patiënt in kaart gebracht wordt middels 4 domeinen: het lichamelijke, psychische, functionele en sociale domein. Dit is echter een zeer uitgebreid assessment, dat tijdsintensief is en daardoor ook duur. Het is daarom niet haalbaar om bij elke oudere patiënt in het ziekenhuis zo'n assessment te verrichten. Derhalve wordt in de praktijk er vaak voor gekozen om eerst een kortdurende screening op kwetsbaarheid te verrichten en alleen de patiënten die hier positief op screenen een geriatrisch assessment aan te bieden.

2. Goede besluitvorming over de optimale behandeling

De uitkomsten van het geriatrisch assessment kunnen tezamen met de andere medische gegevens als basis dienen om een goede keuze te maken met betrekking tot wat de optimale behandeling is voor deze individuele patiënt. Uit een systematische review onder oncologische oudere patiënten blijkt dat het uitvoeren van een geriatrisch

assessment bij bijna 40% van de patiënten leidt tot een andere behandelbeslissing. Hierbij zie je dat er bij een derde van deze patiënten tot een zwaardere behandeling wordt besloten dan in eerste instantie geadviseerd werd en in twee derde van deze patiënten juist tot een minder zware behandeling werd overgegaan of werd afgezien van behandeling. Uit onderzoek blijkt bovendien dat een dergelijke werkwijze leidt tot betere behandelresultaten, meer behoud van functioneren en een betere kwaliteit van leven, óók bij de patiënten waarbij is afgezien van behandeling. Bij deze beslissing spelen de wensen en doelen van de patiënt en diens familie natuurlijk ook een hele belangrijke rol. Waar bij een jongere patiënt zo lang mogelijk leven vaak het belangrijkste behandeldoel is, zie je dat bij ouderen vaak hele andere wensen spelen, zoals behoud van zelfstandigheid, het kunnen blijven ondernemen van bepaalde activiteiten of het onderhouden van sociale contacten. Zaken die vooral gericht zijn op behoud van de kwaliteit van leven. Het is daarom belangrijk om alle mogelijkheden voor behandeling, inclusief de voor- en nadelen van elke behandeling op korte én lange termijn, uitgebreid te bespreken met de patiënt en de familie om daarna gezamenlijk, volgens een shared decision making principe met inachtneming van de wensen en de doelen van de patiënt, een beslissing te maken m.b.t. de beste behandeling voor deze patiënt: een uitgebreide, intensieve behandeling met meer kans op complicaties maar wel de beste kansen op levensverlenging, een minder uitgebreide behandeling met minder kans op complicaties en negatieve uitkomstmaten, maar mogelijk ook minder effect en waarbij de behandeling vooral gericht is op behoud van functioneren, dan wel een conservatieve behandeling waarbij zo veel mogelijk een symptoomgericht beleid ingezet wordt met als doel behoud van kwaliteit van leven.

3. Inzet van preventieve maatregelen

Indien een oudere patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis of een poliklinische ingrijpende behandeling ondergaat, is het belangrijk om vanaf het begin af aan meteen preventieve maatregelen in zetten om de kans op complicaties tijdens de behandeling zo klein mogelijk te maken. Dit kan zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie. Het liefst wordt dit zelfs al ingezet voordat er met de behandeling wordt gestart; prehabilitatie wordt dit genoemd. Op die manier kan een patiënt in een betere conditie met zijn behandeling beginnen.

Twee van de belangrijkste voorspellers voor negatieve gezondheidsuitkomsten zijn ondervoeding en verminderde fysieke activiteit. Deze twee factoren zijn vaak aanwezig bij oudere patiënten die acuut of ernstig ziek zijn door verschillende factoren. Ten eerste weten we dat met het stijgen van de leeftijd zowel de eetlust als de spiermassa afnemen. Bij acute en chronische ziekten is er door een verhoogde inflammatie vaak sprake van een versnelde spieraafbraak en door de katabole situatie vallen veel mensen in gewicht af. Tevens zorgt het ziektegevoel er voor dat je weinig zin hebt om te eten en te moe bent om lichamelijk actief te blijven. En als laatste helpt in het ziekenhuis ook de omgeving niet mee. De meeste mensen liggen in het ziekenhuis in bed en komen er maar weinig uit, waardoor de spiermassa extra snel afneemt. Daarnaast eten de meeste mensen in het ziekenhuis ook heel slecht, bijvoorbeeld doordat ze minder smaak hebben door de medicijnen die ze krijgen. Het beste wat je voor deze patiënten dus kunt doen is het inschakelen van de diëtiste om laagdrempelig te starten met extra bijvoeding en vooral ook extra eiwitten, om de fysiotherapeut te betrekken om zoveel mogelijk de spierkracht en conditie te behouden en om de ergotherapeut te betrekken om de zelfzorg zoveel mogelijk te optimaliseren. Maar ook om ouderen zelf te stimuleren om beter te eten, meer te bewegen en zoveel mogelijk zelf te blijven doen.

Naast voeding en beweging dient er ook aandacht te zijn voor zaken zoals optimalisatie van het medicatiegebruik en het goed instellen van de bijkomende chronische ziekten. Je hebt dus veelal te maken met een complex behandelplan waar veel verschillende zorgverleners bij zijn betrokken. Hierin is nog een hoop winst te behalen.

4. Goede begeleiding bij een conservatief beleid

Een conservatieve behandeling of een minder intensieve behandeling wil niet altijd zeggen dat een patiënt het komende jaar komt te overlijden, maar die kans is zeker bij een oudere patiënt wel aanwezig. Het kan helpen om een inschatting van het sterfterisico het komende jaar te maken middels het stellen van de "surprise question": "Zou het mij verbazen als mijn patiënt het komende jaar zou overlijden?". Als je deze vraag met "ja" beantwoordt, dan is het belangrijk om hierover het gesprek met de patiënt en diens familie aan te gaan, zodat je samen kunt bekijken wat je in de laatste levensfase nog wel of niet doet. Dit noemen we advance care planning. Dit is niet alleen belangrijk voor mensen met een aandoening met een beperkte levensverwachting, maar ook voor mensen met een chronische aandoening zoals hartfalen of COPD, waarbij de verwachting bestaat dat ze heel geleidelijk steeds verder achteruit gaan. In dit gesprek maak je afspraken over de toekomst, bijvoorbeeld over wel of niet reanimeren, beademen en opname op de intensive care. Maar ook afspraken over welke behandelingen een patiënt nog wel en niet wil ondergaan. Veel patiënten ontvangen in de laatste fase van hun leven nog talrijke overbodige medische interventies of slikken nog medicijnen die niet zinvol meer zijn. Dit geeft aan hoe moeilijk artsen het vinden om in de laatste levensfase te stoppen met behandelen, terwijl dit voor de patiënt veel beter zou zijn. Terwijl de patiënten niet meer de voordelen van de behandeling kunnen ervaren, kunnen zij juist wel veel last hebben van de nadelen van de behandeling. Veel artsen hebben het gevoel dat zij hun patiënt opgeven als zij deze conservatief behandelen. Geen intensieve behandelingen meer inzetten, wil echter niet zeggen dat je niets meer voor de patiënt kunt betekenen. De focus moet verlegd worden van een levensverlengende behandeling naar een symptoomgerichte behandeling, ook wel best supportive care genoemd. Deze laatste stap wordt vaak niet genomen. Er is weliswaar veel aandacht voor de ziekte die de patiënt heeft, maar er is te weinig aandacht voor de klachten die de patiënt daarbij ervaart. Echter, juist in deze laatste levensfase zou dit op de voorgrond moeten staan en zou de behandeling erop gericht moeten zijn om eerst een goede, systematische inventarisatie naar alle klachten van de patiënt te verrichten om daarna gericht beleid te kunnen inzetten op de aanwezig symptomen. Hiermee verbeter je niet alleen de kwaliteit van leven, maar ook de kwaliteit van sterven.

5. Optimalisatie van de samenwerking in het netwerk rondom de patiënt

Als ziekenhuis zijn wij slechts een klein stukje in het leven van de patiënt. Het is daarom belangrijk om niet alleen te acteren, maar om gezamenlijk met alle zorgverleners een netwerk rondom de patiënt te vormen. Dit betekent dat een goede samenwerking onontbeerlijk is, zowel intramuraal als extramuraal.

Intramuraal is het belangrijk dat alle artsen, maar ook de andere zorgverleners rondom de oudere patiënt, goed met elkaar communiceren en dat er één arts wordt aangewezen die de regie voert over de patiënt, ervoor zorgt dat iedereen hetzelfde behandeldoel voor ogen heeft en het beleid op elkaar afstemt.

Extramuraal is belangrijk dat er een goede informatie uitwisseling bestaat tussen de eerste en tweede lijn. Dus niet alleen informatie uitwisseling betreffende de medische voorgeschiedenis, de medicatie en de huidige medische problematiek, maar ook informatie over eventuele complicaties van een behandeling die zijn opgetreden, het huidige functioneren van de patiënt en wat deze patiënt nog wel en niet wil. Nu wordt er

vaak langs elkaar heen gewerkt, waardoor veel gegevens verloren gaan. Dit kan er toe leiden dat er extra werk moet worden verricht, maar het kan ook tot leiden tot onjuiste behandelbeslissingen of zelfs potentieel gevaarlijke situaties, bijvoorbeeld door het herstarten van een medicijn dat eerder gestopt was vanwege bijwerkingen. Ook zou de huisarts veel meer betrokken moeten worden bij de besluitvorming rondom het behandeltraject bij de oudere patiënt, want deze kent de patiënt toch het beste. Als laatste is het ziekenhuis ook verantwoordelijk voor een goed natraject voor de patiënt. Mensen zijn tegenwoordig nog maar zo kort in het ziekenhuis opgenomen, dat verder herstel in de thuissituatie noodzakelijk is. Je moet als ziekenhuis dus goed nadenken over welk traject na ontslag nodig is om te zorgen dat de patiënt weer op het oude niveau terug komt. Dit wordt ook wel post-rehabilitatie genoemd.

Wat is er nodig om dit te realiseren?

Dit lijken 5 logische stappen, maar zo simpel als het nu klinkt, zo weerbarstig is het in de praktijk. Wij hebben nog een lange weg in Nederland te gaan voordat we dit allemaal goed geregeld hebben. De eerste stap is gezet; er is aandacht voor het onderwerp en wij weten globaal wat er nodig is om de zorg en behandeling voor ouderen in het ziekenhuis te verbeteren. Voor de tweede stap, verdere optimalisatie van dit beleid, moeten er echter nog een aantal dingen gerealiseerd worden die zich vooral richten op het gebied van onderzoek en onderwijs en opleiding.

1. Onderzoek:

Er is momenteel nog weinig wetenschappelijk bewijs beschikbaar m.b.t. de beste behandeling voor de oudere patiënt. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat ouderen vaak niet geïnccludeerd worden in wetenschappelijke onderzoeken door de aanwezige multimorbiditeit, cognitieve stoornissen en functionele beperkingen. Van de klinische studies die het effect van behandelingen onderzoeken, richt slechts 7% zich specifiek op ouderen en de ouderen die kunnen en mogen deelnemen aan dit soort onderzoeken zijn vaak relatief jong en vitaal met weinig co-morbiditeit en derhalve niet representatief voor de oudere patiënt in het ziekenhuis. Het is maar zeer de vraag of resultaten die gevonden worden bij deze groep ouderen, één op één vertaald kunnen worden naar de kwetsbare ouderen.

Anderzijds zien we dat veel studies kiezen voor traditionele eindpunten, zoals de aanwezigheid of ernst van een ziekte, of de vijfjaarsoverleving. Echter veel ouderen hebben meerdere chronische ziekten en aandoeningen die elkaar kunnen beïnvloeden, waardoor een behandeling misschien wel een positief effect kan hebben op de ernst van die ene ziekte of de overleving, maar tevens een negatieve effect kan geven op andere aandoeningen. Zo kan chemotherapie bij ouderen bijvoorbeeld leiden tot persisterende vermoeidheid en een achteruitgang van het geheugen. Hierdoor worden de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven beïnvloed. Dit zijn uitkomstmaten die ouderen vaak veel belangrijker vinden dan overleving. Derhalve moet er voor de kwetsbare oudere patiënt een ander soort onderzoek verricht worden gericht op voor oudere belangrijke uitkomstmaten.

Door de aanwezige multimorbiditeit is een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek bij deze populatie veelal niet haalbaar, dus je zult onderzoek moeten verrichten met behulp van alternatieve onderzoeksmethoden zoals studies die de populatie voor- en na het invoeren van een nieuwe behandelmethode met elkaar vergelijken, het analyseren van bestaande data uit grote cohortstudies en registers, en pragmatische trials waarbij de effectiviteit van vaak complexe en samengestelde interventies in de dagelijkse praktijk getoetst worden.

Belangrijk is dat subsidiegevers hier ook oog voor krijgen. Veel te vaak vragen zij nog om traditionele onderzoekstechnieken met traditionele uitkomstmaten, waardoor het onderzoek dat voor de kwetsbare oudere patiënt zo belangrijk is, niet uitgevoerd kan worden.

Als laatste is het belangrijk om in deze groep niet alleen te kijken naar de voor- en nadelen op de korte termijn, maar juist ook te kijken naar de effecten op de lange termijn. Daarbij moeten we niet alleen kijken naar ouderen die het slecht doen en die overlijden of niet meer op het oude niveau terugkomen, maar kunnen we ook heel veel leren van ouderen die het wel goed doen. Dit zijn ouderen die misschien tijdelijk verslechteren door de behandeling, maar daarna zoveel veerkracht tonen dat ze weer volledig herstellen. Dit wordt ook wel resillience genoemd.

2. Onderwijs en opleiding:

De kennis van artsen op het gebied van ouderengeneeskunde en de palliatieve zorg is vaak ontoereikend en moet verbeterd worden. Voor de huidige artsen kan dit alleen door het organiseren van nascholingen en door in zorgpaden en richtlijnen specifiek aandacht te geven aan de oudere patiënt. Voor de aankomende artsen is het belangrijk dat deze onderwerpen uitgebreid in het geneeskunde curriculum aan bod komen. In de tijd dat ik de opleiding geneeskunde in Maastricht volgde was er in het curriculum geen enkele aandacht voor de oudere patiënt. Dit is de afgelopen jaren wel aan het veranderen, maar die verandering gaat maar heel langzaam. Niet alleen is dit belangrijk om de kennis van toekomstige artsen over de oudere patiënt te verbeteren, maar ook om jonge, talentvolle studenten geïnteresseerd te maken voor ons vak. Onbekend maakt vaak onbemind. Ik ben er dan ook trots op dat wij in Utrecht de tweede universiteit zijn die een verplicht coschap ouderengeneeskunde heeft geïmplementeerd. Echter, het wordt tijd dat alle andere universiteiten dit voorbeeld volgen. Dit geldt overigens niet alleen voor de geneeskunde opleiding, maar ook voor de opleidingen van andere zorgverleners die veel met ouderen werken, zoals verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten. Daarnaast zien we dat dit onderwerp ook nog nauwelijks terugkomt in de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten. Dus er is nog een hoop werk te verrichten.

Wat is er in de toekomst nodig om de toenemende zorg voor ouderen ook nog te kunnen garanderen?

Gezien het toenemende aantal ouderen dat er ook de komende jaren nog bij komt is het belangrijk om ook over de toekomst na te denken. Hierbij wil ik mij vandaag focussen op twee aspecten.

1. Voorkomen van kwetsbaarheid

Ten eerste is het belangrijk om te kijken naar mogelijkheden om kwetsbaarheid te voorkomen. Hiervoor moeten we eerst weten wat kwetsbaarheid veroorzaakt. Hierbij spelen vele factoren een rol, maar een van de belangrijkste factoren is de aanwezigheid van hart- en vaatziekten of risicofactoren voor het optreden van hart- en vaatziekten. Dit zagen wij ook bij mijn oma. Door de aanwezigheid van een hoge bloeddruk en hoog cholesterolgehalte treedt er aderverkalking en verstijving van de bloedvaten op. Dit kan leiden tot herseninfarcten, maar ook tot schade van de kleine bloedvaten van de hersenen. Als we een hersenscan bij mijn oma verricht hadden, dan hadden wij waarschijnlijk kleinere hersenen (atrofie), witte stofschade, kleine herseninfarctjes (lacunaire infarcten) en vaatkalk gezien. Deze beschadigingen van de hersenen kunnen leiden tot enerzijds achteruitgang van de cognitie en anderzijds tot mobiliteits- en balansstoornissen, die er gezamenlijk toe kunnen leiden dat iemand qua functioneren

geleidelijk achteruit gaat. De vraag is of als je de risicofactoren voor hart- en vaatziekten beter behandelt, je daarmee ook alle gevolgen kan voorkomen? En op welke leeftijd moet je die preventieve maatregelen dan al gaan inzetten? Nederlands onderzoek laat zien dat een derde van het risico op dementie wordt veroorzaakt door beïnvloedbare risicofactoren, zoals een hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte, die veelal te maken hebben met een ongezonde levensstijl, zoals ongezonde voeding, weinig lichaamsbeweging, roken en overmatig alcoholgebruik. Door gezonder te gaan leven en de risicofactoren te behandelen kun je het risico op dementie mogelijk met 50 procent verlagen, zelfs als je hiermee pas op 50- of 60-jarige leeftijd start. Dus er is nog hoop voor veel mensen in deze zaal. De vraag is of een behandeling op hoge leeftijd ook nog zinvol is om kwetsbaarheid te voorkomen? En als je op hoge leeftijd start met behandelen hou je dan dezelfde behandeldoelen aan en gebruik je dezelfde medicatie als voor een jongere populatie? Of geeft dit bij de oudste en meest kwetsbare ouderen juist nadelige effecten doordat zij hierdoor bijvoorbeeld eerder gaan vallen of meer in de war raken en zou je de medicatie in deze groep juist moeten stoppen? Dit zijn vragen waar de komende jaren antwoord op moet komen.

2. Ziekenhuisverplaatste zorg

Ten tweede moet het beleid er steeds meer op gericht zijn om in de toekomst zoveel mogelijk zorg in de thuissituatie te leveren. Enerzijds omdat een ziekenhuisopname veel negatieve effecten kan hebben op een oudere patiënt en anderzijds om de toenemende stroom ouderen ook in de toekomst de juiste zorg en behandeling te kunnen blijven geven. Alleen waar nodig zou de zorg in het ziekenhuis verleend moet worden. Hiervoor zijn er reeds een aantal lokale initiatieven opgestart, zoals de opzet van een buurtziekenhuis in Amsterdam en ziekenhuiszorg aan huis in Groningen, die experimenteren om de medische zorg voor ouderen dichterbij huis te realiseren. Daarnaast zijn er ook steeds meer technologische ontwikkelingen die er voor kunnen zorgen dat we steeds meer zorg thuis kunnen leveren. Deze ontwikkelingen zijn zowel gericht op veiligheid in de thuissituatie met behulp van bijvoorbeeld videocamera's en infrarood signalen, op ondersteuning in de thuissituatie met behulp van de inzet van bijvoorbeeld zorgrobots, als op het controleren van de medische toestand van patiënten met behulp van bijvoorbeeld wearables die de bloeddruk, hartfrequentie, zuurstofsaturatie en temperatuur kunnen meten. Dus mogelijk in de toekomst, als ik tot de doelgroep behoor, hoef ik voor de behandeling van de meeste ziekten helemaal niet meer in het ziekenhuis terecht te komen.

Boodschap aan het publiek:

Concluderend kunnen we stellen dat een gouden herfst nog niet voor iedereen is weggelegd, maar dat er hard gewerkt wordt om te zorgen dat dit voor steeds meer ouderen het geval is.

En u kunt er zelf ook een belangrijke rol in spelen. De beste manier om gezond oud te worden is om zo lang mogelijk lichamelijk actief te blijven en gezond te eten. De werkelijke reden van de titel van mijn oratie is namelijk dat dit de titel is van mijn lievelingsfilm is: The Golden Autumn. Dit is een film waarin 5 Europese sporters van 80-jaar en ouder gevolgd worden bij de voorbereidingen op een belangrijke Europese atletiekwedstrijd. Zij laten in deze film prachtig de ups en downs van het ouder worden zien en hoe belangrijk het is om altijd een doel voor ogen te houden, in dit geval het winnen van een gouden medaille.

En onthoud, het is nooit te laat om je levensstijl te veranderen. Hier ziet u een foto van Fauja Singh, een Engelsman die op 81-jarige leeftijd begon met hardlopen en op 89-

jarige leeftijd zijn eerste marathon liep. Hier deed hij 6 uur en 54 minuten over. Zijn laatste marathon liep hij op honderdjarige leeftijd. Dus, aan de slag....

Ik heb gezegd

Gebruikte rapporten en artikelen

- * De juiste zorg op de juiste plek – rapport Taskforce 2018
- * Pact voor de ouderenzorg 2018.
- * Programma Langer Thuis - Ministerie van VWS 2018
- * Monitor zorg voor ouderen – Nederlandse Zorgautoriteit 2018
- * Onderzoek waarvan je beter wordt; een heroriëntatie op UMC-onderzoek – Gezondheidsraad 2016
- * Sustainable Health; nationaal plan academische geneeskunde; biomedische wetenschap en gezondheidsonderzoek – NFU 2016
- * Zonder context geen bewijs; over de illusie van evidence-based practice in de zorg – Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 2017
- * Niet alles, wat kan, hoeft; passende zorg in de laatste levensfase – KNMG 2015
- * Tijd voor verbinding; de volgende stap voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen – FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN 2018
- * VMS kwetsbare ouderen 2009
- * Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula – Leyden Academy on vitality and ageing 2011
- * Visiedocument Medische specialist 2025: ambitie, vertrouwen, samenwerken - Federatie Medische Specialisten 2017
- * Leidraad voor medisch-wetenschappelijk onderzoek bij ouderen 2017
- * Addendum ouderenproof maken van richtlijnen 2015
- * Adviesrapport Patient Reported Outcome Measures in de geriatrie – NVKG, FMS
- * Monitor Zorggerelateerde schade 2015/2016
- * Zorgpad kwetsbare ouderen over de keten en in het ziekenhuis – NVKG 2018
- * NVKG-wetenschapsagenda 2015
- * Richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) 2010
- * KNMG standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen 2010
- * KNMG handreiking Tijdig spreken over het levenseinde 2012
- * Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief; De visie van CSO, NFU en ZonMw 2012
- * Toekomstverkenning RIVM: Een gezonder Nederland met meer chronische ziekten 2014
- * Volksgezondheid toekomstverkenning 2018 - www.vtv2018.nl
- * Kamerbrief over palliatieve zorg – 2018
- * Handboek Proactieve Integrale Ouderenzorg Utrecht – Om U 3.0
- * Zelfredzaamheid van ouderen – Gezondheidsraad 2018
- * Lachend tachtig: initiatiefnota voor een toekomstbestendige ouderenzorg – Groenlinks 2018
- * Tijd voor verbinding: de volgende stap voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen – FMS, NVZ, NFU, V&VN, patiëntenfederatie Nederland 2018
- * Manifest ouderenzorg Hugo Borst: www.hugoborst.nl
- * www.CBS.nl
- * www.volkstellingen.nl
- * www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks
- * Andere tijden - aflevering Oud zeer: zorg voor bejaarde: www.anderetijden.nl/aflevering/56/Oud-zeer-zorg-voor-bejaarden
- * Nieuwe Toekomstverkenning Welvaart en Leefomgeving - Centraal Planbureau en Planbureau voor de leefomgeving 2015

- * The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients – a systematic review. Hamaker ME et al. Acta Oncologia 2014;53(3)
- * Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. Terrel JS et al. NEJM 2010;733:735-742
- * Characteristics of Randomized Controlled Trials Designed for Elderly: A Systematic Review. Broekhuizen K et al. PLoS One 2015
- * Modifiable Risk Factors for Prevention of Dementia in Midlife, Late Life and the Oldest-Old: Validation of the LIBRA Index. Vos SJB et al. Journal of Alzheimer's Disease 2017: 58(2):537-547
- * <https://www.beteroud.nl/transmurale-zorg/transmurale-zorgbrug> - Handleiding Transmurale Zorgbrug 2018
- * <https://hospitalathome.nl>
- * ZonMW-signalement: De oudere patient in het ziekenhuis 2019