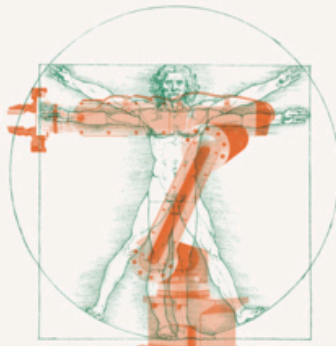
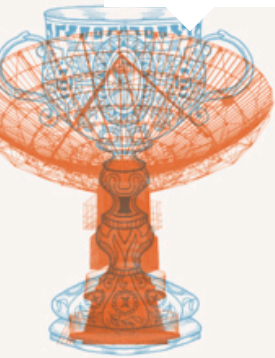
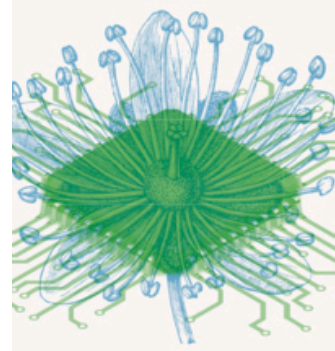


Tot hier ben ik gekomen

Over medische filosofie en
zorg voor kwetsbare
ouderen

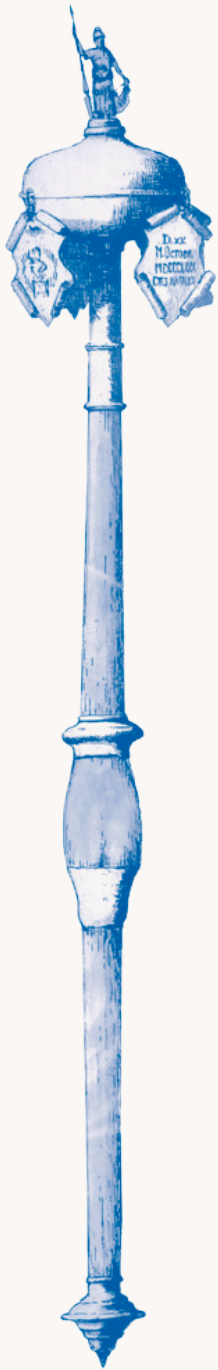
prof.dr. C.M.P.M. Hertogh



VRIJE
UNIVERSITEIT
AMSTERDAM



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra



prof.dr. C.M.P.M. Hertogh

Tot hier ben ik gekomen

Over medische filosofie en zorg voor
kwetsbare ouderen

Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Ouderengeneeskunde & ethiek van de zorg, aan de Faculteit der Geneeskunde / Amsterdam UMC op 12 oktober 2023.

Mijnheer de rector, dames en heren,

Men zegt wel 'alle begin is moeilijk', maar neemt u van mij aan: dat geldt ook voor het eind. In mijn beleving is het nog maar kort geleden, dat ik hier in deze zelfde zaal mijn oratie uitsprak. Dat ik dit zo ervaar kan natuurlijk samenhangen met het door Douwe Draaisma beschreven fenomeen, dat het leven sneller lijkt te gaan als je ouder wordt. Maar de tijd is ook voorbij gevlogen vanwege de vele uitdagingen in mijn vak en in de ouderenzorg die mijn dagen vulden. Want de opgaven waarvoor wij staan zijn legio. Dat kunt u vrijwel dagelijks uit de media vernemen. Vandaag neem ik dan weliswaar afscheid van een rol, maar zeker niet van mijn betrokkenheid.

In deze rede laat ik echter de actualiteit even terzijde en wil ik met u stil te staan bij enkele kernwoorden en kernbegrippen met een relatie tot de ouderengeneeskunde. En ik doe dat mede vanuit een filosofisch perspectief. In de inleiding van zijn studie over *Le normal et le pathologique* schrijft George Canguilhem, die ik in deze rede nog vaker zal aanhalen, dat het de taak van de filosofie is om vraagstukken te heropenen in plaats van ze af te sluiten, omdat het vasthouden van de vraag van meerwaarde kan zijn naast het leven vanuit gegeven oplossingen. Daarom bekloppen filosofen woorden en begrippen en bevragen ze hun geschiedenis en verworven betekenis: wat zeggen ze ons en wat verzwijgen ze? En waar het wetenschappelijke concepten betreft: op welke probleemstellingen geven zij antwoord en hoe is de kwaliteit van dat antwoord? Die vragen stel ik aan drie woorden: oud, kwetsbaar en multimorbiditeit. Twee woorden uit de omgangstaal en één wetenschappelijke term.



Ik begin met oud. 'De duvel is oud' zegt iemand die als oud wordt aangesproken, maar zichzelf niet zo ziet. En als ik u nu zeg: u bent zoals u hier zit allemaal oud, zal dit mogelijk ook uw replek zijn. Maar toch: ieder mens is oud in vergelijking met een ander individu of onder verwijzing naar een bepaalde maatstaf. U kunt bijvoorbeeld te oud zijn om deel te nemen aan het arbeidsproces, of om zonder keuring auto

te mogen rijden. Maar u kunt ook te oud zijn voor het lidmaatschap van het junioren volleybalteam, of net oud genoeg om stemgerechtigd te zijn. En op je twintigste ben je waarschijnlijk al te oud om een organist van het niveau van Henk Verheul te worden, die hier vandaag het Couperin-orgel bespeelt.

Waarmee ik maar wil zeggen: 'oud' is een woord dat ons allen verbindt, omdat wij allen ouder wordende mensen zijn. We zijn het niet, we worden en ondergaan het, elke dag dat we leven. Daarom gaan de ouderenzorg en de ouderengeneeskunde ons allen aan. Dat zouden we best wat sterker mogen voelen en uitdragen, in plaats van ouderen als een groep apart te zetten. Dat is waar Robert Butler, grondlegger van het *National Institute on Aging* in de Verenigde Staten, jaren geleden al tegen in het geweer kwam. Naar analogie van de term racisme introduceerde hij in 1969 de term 'ageism', omschreven als de negatieve stereotypering en discriminatie van ouderen en daarmee verbonden institutionele praktijken.

Nu zult u wellicht opmerken dat we warempel niet meer in de jaren zestig van de vorige eeuw leven en dat er vandaag de dag, in een samenleving die zó rijk is aan ouderen, van ouderendiscriminatie geen sprake meer is. Maar dan wil ik u toch herinneren aan de 'dor hout' discussie tijdens de COVID crisis. "Het dorre hout wordt gekapt" schreef columniste Marianne Zwagerman in april 2020 over de vele ouderen die tijdens de eerste golf stierven, "misschien een paar maanden eerder dan zonder virus. Moet iedereen die in de bloei van zijn leven zit daar alles voor opofferen?" Meer recent nog was daar de stellige uitspraak van Marcia Luyten bij Buitenhof (11 juni 2023), dat ouderen een hindernis vormen voor het klimaatbeleid. Onze demografie zou de olifant in de kamer zijn als het gaat om het tot stand brengen van grote transitie. Want ouderen stemmen meestal conservatief of reactionair, weet Luyten. Vrijwel gelijktijdig (15 juni 2023) schreef emeritus hoogleraar Johan Mackenbach in Medisch Contact dat radicale maatregelen nodig zijn om de ecologische voetafdruk van de gezondheidszorg te verkleinen. De vraag is - aldus Mackenbach - of gewonnen levensjaren van de huidige generaties niet de ecologische ruimte voor toekomstige generaties beperken. Het zou in zijn optiek zeer helpen als mensen - lees: ouderen -

vrijwillig afzien van zorg met een te groot milieubeslag - en daarmee van pijnvermindering, levensverlenging en andere gezondheidsbaten.

Het spijt mij dit te moeten melden, maar 'ageism' ligt nog altijd dicht onder de oppervlakte van onze zogenaamd inclusieve samenleving.

Het archetypische gebruik van het woord 'oud' is uiteraard verbonden met mensen op hoge leeftijd, voor wie het eind van hun leven naderbij komt. Dat is denk ik een redelijk neutrale vaststelling. Maar tegelijk is het woord oud meervoudig dubbelzinnig en wordt het overheersend in een negatieve betekenis gebruikt. Het kan 'lang bestaand' of 'authentiek' betekenen, maar het wordt toch vooral geassocieerd met: versleten, gedateerd, niet meer van deze tijd, ouderwets, achterhaald. We zeggen dit vaak van stijlen, monumenten, gebouwen en opvattingen, maar deze negatieve betekenis straalt ook af op mensen. In een cultuur die zó geobsedeerd is door alles wat nieuw is, innovatief, toekomstgericht en up to date, wordt oud zijn gemakkelijk gezien als een tekortkoming, niet alleen van ideeën en dingen, maar ook van mensen. Dat ouderen een bijzondere status zou kunnen toekomen als dragers van levenservaring en wijsheid, geldt in die cultuur eveneens als een sleetse gedachte. Onze moderne bron van wijsheid is immers het internet. Het is in dit verband dan ook veelbetekenend dat er tenminste twee antoniemen van oud zijn: dat wat niet oud is, kan zowel jong als nieuw zijn. Vandaar dat veel woorden die associaties oproepen met deze betekenis van oud niet meer kunnen: ouden van dagen, bejaarden, senioren.

Wat wèl kan is 'succesvol oud'. Met deze aanduiding - successful aging - attendeerden Rowe en Kahn zo'n veertig jaar geleden op een elite van ouderen, die zich van 'normale' ouderen onderscheidden op een drietal kenmerken, te weten: 1. een laag risico op ziekte en daarmee gerelateerde beperkingen; 2 een uitermate goed lichamelijk en mentaal functioneren en 3 actieve sociale participatie. Zij merkten op, dat 'succesvolle' ouderen veel minder van de met het ouder worden geassocieerde veranderingen vertoonden dan zogenaamde 'normale' ouderen en waarschuwden dat sommige van die verouderingsverschijnselen eerder het resultaat waren van individuele leefstijlfactoren dan van een natuurlijk verouderingsproces. En dus veranderbaar en

maakbaar... Daarmee opende zich een perspectief op onderzoek en interventies, dat tot op de dag van vandaag enorme aantrekkingskracht geniet.

Maar er is ook kritiek. Niet alleen op het nogal eenzijdige biomedische perspectief van succesvol ouder worden, maar ook op het wenkbeeld dat erin besloten ligt als ideaal van de goede oude dag. We zien inderdaad dat mensen dankzij de gestegen welvaart en betere zorg langer zelfredzaam blijven. Maar ligt de toekomst van de oude dag nu in succesvol ouder worden voor iedereen? In dat geval kunnen straks alle stokken, krukken, rolstoelen en rollatoren de deur uit en houdt een toekomstige minister voor langdurige zorg geld over. De vraag is of dat een realistisch perspectief is, niet alleen vanwege de enorme sociaal economische verschillen die daartoe overbrugd moeten worden, maar ook omdat er één principiële vraag is, waarop de protagonisten van succesvol ouder worden het antwoord schuldig blijven, te weten: hoe lang kan dat succes geprolongeerd worden en wat volgt er dan daarna?

Wat ons wordt voorgehouden is dat de goede ouderdom vooral bestaat in een voortzetting van het gedrag van actieve volwassenen. Maar door dat beeld zo uit te lichten blijven andere aspecten van het ouder worden buiten beeld of worden bewust of onbewust in de schaduw gehouden. In wezen laat de nadruk op succesvol oud naar



mijn opvatting zien hoe hardnekkig en diep geworteld het 'ageism' is waar Butler tegen streed. Achter het ideaal van succesvol ouder worden gaat onze afkeer schuil van de spreekwoordelijke gebreken van de oude dag. Daar willen we verre van blijven en daar staan velen met de rug naar toe. Oud? - dat zijn de anderen. De duvel is oud.

Ik zie hier een grote uitdaging voor het overheidsbeleid dat gericht is op een ingrijpende transitie in de ouderenzorg teneinde de

houdbaarheid van die zorg ook in de toekomst te kunnen garanderen. Het zogenaamde WOZO programma, een afkorting die staat voor Wonen, Ondersteuning

en Zorg voor Ouderen wil tot stand brengen dat ouderen langer thuis blijven en meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun zorg en ondersteuning. Onderdeel van die omslag zou moeten zijn dat een proactieve voorbereiding op 'ouder worden' en afnemende zelfredzaamheid een vanzelfsprekend onderdeel van ieders leven wordt. Dat is een mooie gedachte die aansluit bij het begin van mijn reflectie op oud: wij zijn allemaal ouder wordende mensen en daarom gaat de zorg voor ouderen ons allen aan. Maar ik heb u ook laten zien dat er wezenlijke barrières in de weg staan aan de realisatie van dat besef, barrières in de taal, die niet zomaar verdwijnen door andere woorden te gebruiken. En barrières in wetenschappelijke concepten die niet het volledige en eerlijke verhaal over ouder worden vertellen.

Ik trof een sympathieke gedachte aan bij de Canadese filosofe Christine Overall die ik u in dit verband niet wil onthouden. Tegenover voorstellen om het woord oud en verwante termen helemaal af te schaffen, verwijst zij naar een omgekeerd initiatief van een aantal feministen. In plaats van afstand te nemen van pejoratieve termen voor oudere vrouwen, zoals heks of oud wijf, omarmden zij juist die woorden voor zowel jong als oud. In lijn daarmee stelt Overall voor dat eenieder vanaf de leeftijd van vijftig jaar zichzelf 'oud' gaat noemen. Letterlijk zegt zij: "Jezelf 'oud' noemen, nog voor de samenleving je dat etiket opplakt, is een manier om de term terug te eisen. Het is een preventieve actie tegen 'ageism', waarbij men de marginalisering van oude mensen trotseert door luid en trots te verkondigen: 'ik ben oud'. Oud zal een andere en betere betekenis krijgen, wanneer oud zijn wordt gezien als een identiteit die de moeite waard is om te verwerven, in plaats van als een kenmerk dat moet worden ontkend, onderdrukt of verborgen."

Het is wellicht een naïeve gedachte, maar toch: probeert u het straks eens uit en deel het met elkaar: ik ben oud; wij zijn oud! Wellicht helpt het om de zo gewenste voorbereiding op het ouder worden op gang te brengen.

Dan nu het tweede woord: kwetsbaar, of als zelfstandig naamwoord: kwetsbaarheid. Wat ik u hierover wil voorhouden is min of meer in lijn met het voorgaande.



De term kwetsbare ouderen - 'frail elderly' - is in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten geïntroduceerd als een alarmistische term, zonder enige wetenschappelijke pretentie, maar bedoeld om de aandacht van beleidsmakers te vestigen op een groeiende groep van ouderen met een duurzame ondersteuningsbehoefte en te ijveren voor adequate voorzieningen op het gebied van de langdurige zorg. Tegen het eind van de eeuw wordt kwetsbaarheid echter de aanduiding van een klinisch

syndroom binnen de geriatrie, met als kern het verlies van fysiologische reservecapaciteit van diverse orgaansystemen. Zorgafhankelijkheid is dan niet meer het primaire kenmerk, maar het risico dat kwetsbare ouderen lopen, indien niet in hun kwetsbaarheid wordt ingegrepen. In mijn oratie was ik al redelijk kritisch over deze medicalisering van kwetsbaarheid en wel om twee samenhangende redenen. Ten eerste vanwege de pretentie dat geriatrische interventies in staat zouden zijn om kwetsbaarheid en de gevolgen daarvan af te remmen, uit te stellen, of - in sommige gevallen zelfs - terug te draaien. Een streven met als normatieve implicatie, dat kwetsbaarheid dus eigenlijk niet in de aard der dingen ligt, niet normaal is. Ten tweede, omdat deze benadering van kwetsbaarheid onbedoeld 'ageistisch' was in zijn uitwerking op als kwetsbaar omschreven ouderen. Zij zijn als het ware gezakt zijn voor hun examen gezond ouder worden. En zij zijn, vanwege hun dreigende of reële afhankelijkheid, ook verantwoordelijk voor de als maar stijgende zorgkosten. Dat was vóór de resultaten bekend werden van het NPO, het Nationaal Programma Ouderenzorg, waarin de Nederlandse overheid ruim 80 miljoen euro heeft geïnvesteerd en dat in 2018 werd afgesloten. Van Groningen tot Maastricht, van Amsterdam tot Nijmegen en met een verscheidenheid aan screeningsinstrumenten, is dit programma in belangrijke mate gericht geweest op het identificeren van in geriatrische zin kwetsbare ouderen om te interveniëren in hun kwetsbaarheid. Inmiddels kunnen we vaststellen dat de opbrengsten van al die interventies - voorzichtig gesteld - bescheiden zijn geweest. Daar komt bij, dat er na twintig jaar ook

over de criteria voor kwetsbaarheid nog altijd discussie is met aan de ene kant het frailty fenotype van Linda Fried en aan de andere kant de frailty index van Kenneth Rockwood. Waar wel consensus over bestaat, is dat kwetsbaarheid een risicostatus is. Die visie weerspiegelt zich ook in de zeer brede definitie die het Sociaal en Cultureel Planbureau tijdens de looptijd van het NPO uitbracht:

“Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname in een ziekenhuis of zorginstelling, of overlijden.”

Die grote nadruk op risico's, tekorten en negatieve uitkomsten is zonder meer een belangrijke reden, waarom opeenvolgende studies onder - in medisch opzicht - kwetsbare ouderen keer op keer weer laten zien dat zij zichzelf niet als zodanig ervaren en zelfs weerstand uiten tegen het aangemerkt worden als kwetsbaar.

Ik zie dan ook vandaag geen reden om mijn bezwaren van toen in te trekken; integendeel. Als het zich laat aanzien - en dat doet het - dat het geriatrisch begrip van kwetsbaarheid en de belevingswereld van ouderen die het betreft niet nader tot elkaar komen, moet dat ons te denken geven. In elk geval komen we daarbij niet verder door het woord af te schaffen en naar alternatieve termen om te zien, zoals recent is voorgesteld door de groep van Finnema in Groningen. Bovendien hebben na mij nog twee collega's, hier aanwezig, hun oratie aan kwetsbaarheid gewijd: Debby Gerritsen bracht een 'ode aan kwetsbaarheid' en Daisy Janssen sprak over de 'kracht van kwetsbaarheid'. Wat we nodig hebben is niet een ander woord, maar een ander perspectief op kwetsbaarheid. Laat ik u dat proberen te schetsen.

Het is dan allereerst veelzeggend, dat eigenlijk niemand in ernst als antoniem van kwetsbaar de term onkwetsbaar in de mond neemt. Liever worden dan woorden als robuust of vitaal gebruikt. Onkwetsbaar vinden we niet passend en daarmee geven we impliciet toe dat kwetsbaarheid toch min of meer bij de mens en bij het leven horen. Dat is ook de visie van George Canguilhem. In zijn eerder aangehaalde werk *Le normal et le pathologique* schrijft hij: "het gegeven dat een levend wezen op een laesie, een

infectie of een functionele verstoring reageert met een ziekte is uitdrukking van het fundamentele feit, dat het leven niet onverschillig staat tegenover de condities waarin het mogelijk is." Dit tekent de principiële kwetsbaarheid van elk leven, dat zich kan handhaven krachtens het vermogen om adaptief en creatief te antwoorden op de uitdagingen die de omgeving stelt. Betrokken op de menselijke ervaring, is dat ook de betekenis van gezondheid. Wat haar kenmerkt is niet de strikte normaliteit van een homeostatisch evenwicht, maar het normatieve vermogen in te spelen op verandering, zich aan te passen aan nieuwe levensomstandigheden, zichzelf op het spel te zetten en na ziekte te kunnen genezen, of met de gevolgen daarvan te kunnen omgaan. De gezondheid die men na ziekte verwerft is echter een andere dan die welke men verloor. Het is een nieuwe levensnorm, want 'levenstijd' is geen 'klokktijd' en staat geen herstel in de zin van een terugkeer toe. Volgens Canguilhem zou elke arts dit inzicht aan zijn patiënten moeten meegeven. Want, zo zegt hij elders: "een helder bewustzijn van het feit dat genezing geen terugkeer behelst kan de patiënt helpen bij zijn zoektocht naar een situatie van zo min mogelijk verzaking en hem bevrijden van een fixatie op een eerdere gezondheid." Leven is veranderen. Veranderen is verouderen, van meet af aan. En hoewel dit gepaard zal gaan met een afname van het vermogen om kritische situaties het hoofd te bieden, is het niet passend de ouderdom te beoordelen aan de hand van normen van andere levensfasen. Dat zou een ontkenning behelzen van de individuele en chronologische relativiteit van normen. Alsof wij leeftijdsloos zouden kunnen zijn.

Ofschoon deze visie aansluit bij de gedachte dat verhoogde kwetsbaarheid van ouderen samenhangt met een vermindering van fysiologische reservevermogens, plaatst zij kwetsbaarheid nadrukkelijk binnen het kader van normaliteit, met het individu, de oudere, en zijn gezondheidsbeleving als maatstaf. Dat laatste is fundamenteel. Want wat onze klinische ervaring ons dagelijks leert, is de kracht van adaptatie en acceptatie, waardoor ouderen - zorgafhankelijk of niet - in staat zijn om te gaan met afnemende fysieke vermogens, nieuwe vaardigheden te verwerven en - conform de hiervoor gegeven definitie van gezondheid - nieuwe levensnormen te vinden.

Kwetsbaarheid is dus niet iets wat ons scheidt, maar wat we met elkaar delen, al zijn er natuurlijk fasen aan te geven - vooral vroeg en laat in het leven - waarin we verhoudingsgewijs meer kwetsbaar zijn en dus ook meer zorg en soms specifieke expertise nodig hebben. Daar moet het handelen van artsen op zijn afgestemd - en dat is ook precies wat specialisten ouderengeneeskunde doen - maar dat is iets anders dan kwetsbaarheid als afwijking bestempelen. We behandelen kwetsbaarheid niet, maar kwetsbaarheid bepaalt hoe we ons medisch handelen inrichten en welke ondersteunende zorg geboden kan zijn.

Als ik het daarom tot slot nog iets breder mag trekken - en u dieper in de filosofie, dan citeer ik graag Blaise Pascal, de zeventiende eeuwse filosoof, die de grootsheid van de mens zag in het weet hebben van zijn kwetsbaarheid. U kent wellicht zijn vergelijking van de menselijke conditie met de breekbaarheid van een rietstengel, die al bezwijken kan onder een dauwdruppel. Maar, zo schrijft hij in zijn nagelaten *Gedachten (Pensées)*: “De mens is een denkend riet. Het kleinste voorval in het universum kan hem vernietigen. Maar de mens weet dit. Het universum weet dit niet.”

Misschien moeten we hier eveneens het advies van Christine Overall volgen. Probeer u ook dit straks eens uit en deel het met elkaar: ik ben kwetsbaar; u ook?



Terug naar de geneeskunde en de derde term waarop ik wil reflecteren: multimorbiditeit. Op deze foto ziet u Anne Sheafe Miller, de eerste patiënt die in 1943 met succes behandeld werd met het toen nog experimentele penicilline voor een longontsteking waaraan zij dreigde te bezwijken. De man rechts van haar is

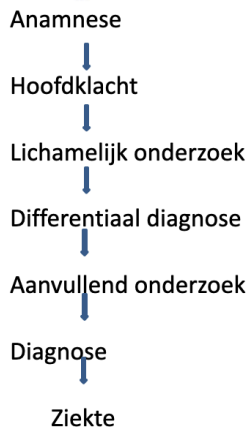
Alexander Fleming, de ontdekker van dit fameuze antibioticum. Deze ontwikkeling gaf een enorme impuls aan het zogenaamde nosologisch of ziektekundig paradigma dat tot

op de dag van vandaag dominant is in de klinische geneeskunde. Binnen dit paradigma worden ziekten gezien als discrete entiteiten met een eigen veroorzaking, verschijningsvorm en prognose, die idealiter worden behandeld volgens ziektespecifieke richtlijnen.

Maar Anne Sheafe Miller was een patiënte van twee werelden. Zij stierf in 1999 op negentigjarige leeftijd. Daarmee leefde zij lang genoeg om een ingrijpende transitie in de epidemiologie van ziekten in haar persoonlijk leven te ondervinden, een transitie namelijk van overwegend acute ziekten, zoals infecties - die perfect passen binnen het nosologisch paradigma - naar chronische ziekten, waarvoor dat veel minder geldt. Want zoals een goede vriendin van mij het pleegt te zeggen: "elke kwaal die je na je zestigste krijgt mag je houden." Dat is een chronische ziekte. En het blijft er vaak niet bij één, het worden er al snel twee of meer en dan spreken we van multimorbiditeit. Een fraaie term die veel suggereert, maar die niet meer betekent dan het vóórkomen van meerdere chronische ziekten bij één persoon.

Ik heb eerder al eens gesteld, dat ik deze term en de bijbehorende numerieke definitie beschouw als een symptoom van conceptuele medische verlegenheid. Ik doel daarmee dan niet, althans niet alleen, op de achterstand in kennis die het gevolg is van het feit dat mensen met meerdere aandoeningen frequent uitgesloten worden van deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Wat ik primair bedoel is dat de term multimorbiditeit enerzijds horig is aan het nosologisch paradigma en er tegelijk de grens van aangeeft. Beter is het nog om te zeggen - in termen van de wetenschapsfilosofie van Thomas Kuhn - dat de term multimorbiditeit duidt op een anomalie binnen het nosologisch paradigma.

Toen ik lang geleden geneeskunde studeerde werden we als studenten toegerust met een heleboel kennis over individuele ziekten en hun verschijningsvorm. En nadat we het lichamelijk onderzoek op elkaars jonge lijven hadden geoefend, gingen we de kliniek in om patiënten te bevragen, beluisteren en bekloppen, om daarmee hun verhaal door de diagnostische trechter te halen op zoek naar de hoofdklacht en de ziekte. De ideale patiënt in dit model was de volwassen man of vrouw met één ziekte in een overigens



gezond lijf. Op de oudere patiënt waren we in het geheel niet voorbereid en die liet zich ook niet door onze trechter duwen. Voor de veelheid aan klachten en klachtjes die ouderen nogal eens rapporteerden - en óók om daar vervolgens niets mee te hoeven doen - leerden we als jargon de term 'diffuus positieve anamnese' hanteren en een enkelvoudige diagnose wisten we veelal niet te stellen. Met alle frustratie en 'ageism' die dat opriep, want - zoals Maslow al wist - wie alleen een hamer heeft ziet elk probleem als een spijker.

Toegegeven, in die tijd was ouderengeneeskunde een voetnoot in het curriculum. Dat is vandaag niet meer het geval. Maar de

oudere patiënt met multimorbiditeit blijft een uitzondering binnen de nosologische hoofdstroom van de opleiding. De aandacht daarvoor is bescheiden, komt te laat om het verschil te maken en is nog steeds onvoldoende geïntegreerd. De focus ligt nog altijd op de diagnostiek en behandeling van enkelvoudige ziekten, terwijl de gevaren en risico's daarvan inmiddels toch genoegzaam bekend zijn. Ik denk aan de bekende en vaak geciteerde studie van Cynthia Boyd en collega's, die laat zien hoe een gewone oudere patiënt met vijf chronische aandoeningen op basis van voor die aandoeningen vastgestelde richtlijnen een dagtaak heeft aan het opvolgen van leefregels en het innemen van 12 verschillende medicijnen in 19 doses op 5 momenten per dag. Dat kan niet goed gaan en dat gaat ook vaak niet goed. Atul Gawande verwoordt het als volgt: "Wij zijn er goed in om specifieke, individuele problemen aan te pakken: dikke darmkanker, hoge bloeddruk, versleten knieën. Geef ons een ziekte, en we kunnen er iets aan doen. Maar geef ons een oudere dame met hoge bloeddruk, versleten knieën en allerlei andere kwalen - een oudere dame die het leven waarvan ze houdt dreigt te verliezen - en we weten nauwelijks wat we moeten doen en maken het vaak alleen maar erger."

Multimorbiditeit is dus niet alleen een teken van conceptuele verlegenheid, maar resulteert ook in handelingsverlegenheid als we een complexe patiënt niet anders weten te karakteriseren dan als de drager van meerdere enkelvoudige ziekten met een

eigen of - in het geval van concordante multimorbiditeit - geassocieerde oorzakelijkheid. Wat deze benadering over het hoofd ziet, is dat die meerdere aandoeningen zich specifiek in het lichaam van een bepaalde persoon voor doen en dat er waarschijnlijk toch relaties zijn die we langs deze weg onvoldoende doorgronden. Dat pleit voor een meer persoonsgerichte benadering, zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de zorgpraktijk, waarbij het - in navolging van Hippocrates - belangrijker is om te weten welke *persoon* de ziekte heeft, dan welke *ziekte* de persoon heeft.

Wat het wetenschappelijk onderzoek betreft valt te verwachten dat de genetica ons in de toekomst nieuwe inzichten aan de hand zal doen over genetische overlap tussen ziekten waar we nu nog geen vermoeden van hebben. Vanuit de systeemtheorie is daarnaast als hypothese gesteld, dat multimorbiditeit in een complex adaptief systeem de reflectie is van een systeemrespons op een onderliggende verstoring in de interactie tussen netwerken van onderling verbonden processen op verschillende niveaus, variërend van moleculair tot psychosociaal niveau. Multimorbiditeit zou daarmee een adaptieve betekenis hebben en een nieuwe stabiele systeemtoestand vertegenwoordigen, een nieuwe levensnorm in de terminologie van Canguilhem. Dit zijn intrigerende ideeën, maar ze zijn nog erg theoretisch met vooralsnog weinig implicaties voor zorg en medisch handelen. Zij zijn echter wel congruent met de praktische bevinding dat veruit de meeste mensen met multimorbiditeit daar heel goed mee kunnen leven en zichzelf een prima cijfer voor hun gezondheid geven. Zij hebben geen extra zorg of bijzondere geneeskundige expertise nodig. Anders wordt het, wanneer problemen gaan stapelen en er een situatie van complexe multimorbiditeit ontstaat. Daarvan is volgens de Gezondheidsraad sprake "als niet alleen de ziekten als zodanig, maar ook de beperkingen en het verlies aan zelfredzaamheid en welbevinden aandacht behoeven en er door de betrokkenheid van verschillende zorgverleners veel samenwerking en communicatie over alle zorg noodzakelijk wordt." Die situatie is niet alleen complex voor de patiënt, maar ook voor de zorgverlening. Hij doet zich regelmatig voor bij thuiswonende ouderen en kan erin resulteren dat niet alleen de oudere zelf, maar ook diens huisarts de weg kwijtraakt. En dan zwijg ik nog over de aanvullende complexiteit en bureaucratie waar deze ouderen vanwege ons

versnipperde zorglandschap mee te maken krijgen, omdat zij vaak zorg en ondersteuning vanuit verschillende zorgwetten nodig hebben.

In de komende jaren zal deze groep ouderen alleen maar verder toenemen. Het is voor hen dat wij in 2015, samen met onze toenmalige partners binnen de afdeling H&O - Ferry Bastiaans en Henriette van der Horst - de ouderengeneeskunde naar de eerste lijn hebben gebracht. In de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde werken huisarts, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist samen, niet volgens een consultatiemodel - want dat is bij deze patiëntengroep volstrekt insufficiënt - maar volgens het model van medebehandeling of regiebehandeling, waarbij de specialist ouderengeneeskunde tijdelijk de zorg van de huisarts, of een deel daarvan, overneemt.



Afdeling Ouderengeneeskunde

Mensen met complexe multimorbiditeit behoeven namelijk niet per se meer zorg, maar wel andere zorg, zorg die geleid en geïnspireerd wordt door wat ik de vier Kernwaarden van de ouderengeneeskunde heb genoemd. Zij zijn vormgegeven in het beeldmerk van de afdeling en in de formule: $4 \times P = W$.

Die vier P's staan voor Persoons- en Probleemgerichte, Proactieve en op basis van Preferenties vormgegeven zorg, met als doel het Welbevinden van de oudere te ondersteunen en te bevorderen. Persoonsgericht wil zeggen: zie de mens in zijn geschiedenis, zijn context en netwerk. Probleemgericht staat tegenover ziektegericht, dat wil zeggen: niet de ziekte staat voorop, maar eerder de problemen die de patiënt als gevolg van zijn ziekten ondervindt, met daarbij een open oog voor klachten en hulpvragen die zich niet in ziekteclassificaties laten onderbrengen, dus nadrukkelijk ook aandacht voor die 'diffuus positieve anamnese' waar ik het eerder over had. Proactiviteit in zorg sluit hierbij aan en is de tegenhanger van reactieve zorg. Reactieve zorg volgt op ziekte en kan volstaan als het gaat om een enkelvoudige aandoening, zeker als het beloop daarvan in de tijd begrensd is. Chronische ziekten daarentegen, zeker als ze progressief zijn, vragen om zorg die vóór de ziekte uitgaat, die anticipeert op mogelijke

toekomstige ontwikkelingen in het ziektebeeld en die het medisch handelen daarop inricht. Het doel hiervan is de patiënt en zijn omgeving zo toe te rusten, dat zij beter voorbereid zijn op wat hen te wachten staat. Proactieve zorgplanning is hier een integraal onderdeel van. Zorg op basis van preferenties tenslotte staat tegenover zorg gericht op ziektespecifieke uitkomstmaten, die vaak de focus zijn van richtlijnen. Hoewel de waarden en levensdoelen van de patiënt een belangrijke bouwsteen zijn van Evidence Based Medicine, zijn zij in de praktijk geregeld eerder sluitstuk dan sluitsteen van het medisch handelen. In de ouderengeneeskunde hoort dat andersom te zijn. Joop Michels, de eerste hoogleraar op dit vakgebied typeerde wat toen nog verpleeghuisgeneeskunde heette om die reden als 'wensgeneeskunde'. De eerste vraag van de specialist ouderengeneeskunde moet niet zijn: wat is uw klacht, maar: wat is belangrijk voor u in uw leven en hoe kan ik daar bij helpen? Geen gemakkelijke vraag om te stellen, om op door te vragen en om een gezamenlijk antwoord op te vinden, maar wel cruciaal om zorg tot goede zorg te maken.

Tot zover wat ik u over multimorbiditeit wilde melden. Als u kunt tellen, weet u of u tot de populatie van mensen met multimorbiditeit behoort. Maar ik ga u niet adviseren, na wat ik over oud en kwetsbaar heb gezegd, om ook dit met elkaar te delen. Dat is namelijk helemaal niet nodig, want de meeste mensen praten graag en vaak over hun kwalen.



Veni etiam: tot hier ben ik gekomen. Deze uitdrukking wordt wel toegeschreven aan Julius Caesar als variant op diens *veni, vidi, vici*. Je zegt het dan om aan te geven wat je hebt bereikt in je loopbaan en waar je met trots op terug kijkt. Een andere lezing die ik passender vind, is dat de uitdrukking verwoordt dat er een grens is aan het eigen

vermogen en dat het werk waar je op terugkijkt nooit gerealiseerd had kunnen worden zonder de toegewijde steun en de medewerking van anderen. Zo kijk ik terug op wat

er in de afgelopen jaren tot stand is gebracht binnen onze - unieke - afdeling ouderengeneeskunde waar ik leiding aan mocht geven. We hebben een opleiding die staat als een huis, we hebben een florerende academische werkplaats ouderenzorg die de infrastructuur is voor ons onderzoek. En we hebben in de afgelopen jaren vier sterke onderzoekslijnen opgebouwd waar ik graag nog even bij stil sta: infectieziekten, zorg in de laatste levensjaren - of gerontopalliatieve zorg, leren van data en geriatrische revalidatie en netwerkzorg. Uit elke lijn stip ik een paar belangrijke studies en studieresultaten aan.

Binnen de lijn infectieziekten ligt de focus op preventie, diagnostiek en behandeling van infecties als enkelvoudige aandoeningen binnen een context van kwetsbaarheid, chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Met de IMPACT studie waar Laura van Buul in 2015 op promoveerde hebben we de basis gelegd voor nieuwe richtlijnen over urineweginfecties en lage luchtweginfecties, en voor wetenschappelijk onderzoek op deze thema's dat inmiddels geresulteerd heeft in twee publicaties in *the bmj* - een wetenschappelijk toptijdschrift dat voor onderzoek in onze sector niet snel onder handbereik ligt.

Een ethisch onderwerp waar ik veel waarde aan hecht is het vraagstuk van de wilsbekwaamheid. Namens de werkgroep wilsbekwaamheid van de International Psychogeriatric Association (IPA) heb ik in 2013 gepleit voor een nieuwe benadering van wilsbekwaamheid die aansluit bij het VN verdrag voor de rechten van mensen met een handicap. Die benadering strekt ertoe dat een beoordeling van iemands wilsbekwaamheid niet langer wordt ingezet om vast stellen of vervangende besluitvorming is aangewezen, maar om te bezien welke ondersteuning die persoon nodig heeft om zo goed mogelijk betrokken te kunnen worden bij voor hem of haar belangrijke beslissingen. Deze verschuiving van vervangende naar ondersteunde besluitvorming impliceert dat de rol van vertegenwoordigers en de positie van schriftelijke wilsverklaringen in een ander perspectief komen te staan. Binnen de onderzoekslijn zorg in de laatste levensjaren vormt dit gedachtegoed een belangrijke basis, zowel voor het onderzoek naar zorggerelateerde beslissingen, als voor het onderzoek naar euthanasie bij dementie. Tevens ligt deze visie op wilsbekwaamheid ten

grondslag aan de nieuwe handreiking over wilsbekwaamheid die een werkgroep van SKILZ onder mijn voorzitterschap binnenkort zal afronden.

De onderzoekslijn Leren van Data is onderdeel van het landelijke programma Leren van Data, dat wij uitvoeren met Verenso en NIVEL. Door hergebruik van routinezorgdata uit elektronische zorgdossiers van specialisten ouderengeneeskunde leggen we ons hierin toe op kennisontwikkeling en kwaliteitsverbetering. Daarnaast hebben we een netwerk van peilstations opgezet waarbinnen we in het kader van leren en verbeteren onderzoek doen naar goed gebruik van antibiotica en psychofarmaca. Dankzij dit programma konden we tijdens de pandemie samen met Verenso bliksemsnel een eigen COVID registratie opzetten, op basis waarvan we - bij gebrek aan testcapaciteit - het beleid wisten te doordringen van de omvang van de ramp die zich in de verpleeghuizen voltrok. Daarnaast konden we onderzoek doen naar het effect en de veiligheid van vaccinatie en - meer algemeen - naar de ziektelast van COVID 19 in verschillende fasen van de pandemie, onderzoek dat mede als input diende voor adviezen van het OMT en de Gezondheidsraad ter zake van het vaccinatiebeleid.

Ik noemde hiervoor al de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde. Het doet mij goed dat het concept en de maatschappelijke business case hiervan aan de basis liggen van het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam, dat zich mede dankzij de voortvarende aanpak van Barbara Wendrich heeft ontwikkeld tot een stedelijk initiatief. Binnen de lijn Geriatrische revalidatie en netwerkzorg zie ik onderzoek naar dit soort zorginnovaties als een belangrijke bijdrage aan het toekomstbestendig maken van de ouderengeneeskunde. Ik ben dan ook blij, dat dit onderzoek door mijn opvolger Martin Smalbrugge inmiddels ter hand is genomen.

Aan het eind van mijn rede gekomen wil ik graag het College van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van Bestuur van - inmiddels - Amsterdam UMC bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik ben hier in 1975 gaan studeren en vervolgens niet meer weggegaan. En ik heb daar in het geheel geen spijt van, integendeel. Mijn familie noemde mij daarom wel 'een eeuwige student' en dat ben ik ook.

Ik laat node de gelegenheid voorbij gaan om iedereen met wie ik in al die jaren heb samengewerkt met naam en toenaam te noemen. De lijst is lang en mijn tijd te kort, dus moet ik mij beperken.

Wie ik dan allereerst wil noemen is Bernadette Jurrien, mijn management-assistente en onmisbare 'cees manager'. Bernadette: heel veel dank daarvoor. De Raad van Bestuur voor wie je nu werkt mag zich met zo'n medewerker in de handen knijpen. Met het bestuur van dit UMC komt het helemaal goed!

Mijn MT-leden van de afdeling ouderengeneeskunde, Lizette Wattel, Ariadne Meiboom, Bianca Buurman en Martin Smalbrugge dank ik voor prettige, constructieve en harmonieuze samenwerking. Lizette: wij lopen al heel wat jaren met elkaar op, eerst in verpleeghuis Naarderheem en vervolgens binnen UNO en de afdeling. Bij jou is het reilen en zeilen van de academische werkplaats uitstekend geborgd en niet voor niets plagen je collega's je graag met de titel 'directeur'. Ariadne: jij zet je al jaren met verve in voor ons onderwijs in het basiscurriculum en bent daarin onze vooruitgeschoven post. Veel dank daarvoor! Bianca: jouw komst naar de afdeling en het UNO is een verrijking. Bij jou zijn het verpleegkundig perspectief binnen de ouderenzorg en de onderzoekslijn geriatrische revalidatie en netwerkzorg in heel goede handen. Martin: ook wij kennen elkaar al vanaf de jaren negentig toen we collega's waren in de Janskliniek in Haarlem. Met jouw als hoofd van de opleiding had ik de best denkbare partner om te werken aan de verdere academisering van de ouderengeneeskunde. Je integriteit, loyaliteit en scherpzinnigheid stel ik op heel hoge prijs. Ik had me geen betere opvolger kunnen wensen.

Graag wil ik ook mijn collega MT leden van de vroegere afdeling H&O bedanken voor de jaren waarin we met plezier en wederzijds respect hebben samengewerkt aan onze beide vakgebieden en de kruisbestuiving daartussen: Nettie Blankenstein, Henk de Vries, Ruud Stam, Ferry Bastiaans en uiteraard: Henriette van der Horst.

Ik dank voorts het Bestuur van Divisie 10 voor de prettige en collegiale samenwerking: Allard van der Beek, Karien Stronks, Sanne Heerens en daar voor Edwin Jansen. En uiteraard ook mijn collega-afdelingshoofden Jettie Bont, Hans Berkhof, Mariëtte van den Hoven, Ank de Jonge, Nicolette Keizer en daar voeg ik ook nog graag Martine de

Bruijne, directeur APH aan toe. En wie ik zeker niet wil vergeten zijn de mensen die mij financieel steeds hebben bijgestaan, waarbij ik in het bijzonder Bas de Graaf wil noemen.

Ook buiten Amsterdam UMC heb ik met velen samengewerkt, binnen het RIVM, binnen het Interfacultair Overleg Ouderengeneeskunde, het IOSO, binnen de samenwerkende academische netwerken ouderenzorg, SANO: dank aan alle hierbij betrokken collega's. Afzonderlijk noem en dank in graag de collega's van Verenso: Jacqueline de Groot, Nanda Hauet, Sandra van Beek, Else Poot en Inge van der Stelt.

Tot slot mijn thuisbasis. Daar wil en moet ik zuinig mee omgaan. Vandaar dat ik vandaag hier sta. Henk: laten we samen oud en kwetsbaar worden.

Ik heb gezegd.

Geraadpleegde literatuur

Boere TM, van Buul LW, Hopstaken RM, et al. Effect of C reactive protein point-of-care testing on antibiotic prescribing for lower respiratory tract infections in nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2021;374:n2198. doi: 1136/bmj.n2198.

Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.

Campen C. van (red). Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag: 2011.

Canguilhem, George. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.

Canguilhem, George. *Écrits sur la médecine*. Paris: Éditions du Seuil, 2002.

Gawande, Atul. *Being mortal. Medicine and what matters in the end*. New York: Metropolitan Books, 2014.

Gezondheidsraad. *Ouderdom komt met gebreken*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008-01.

Golbach RDJ, Hobbelen JSM, Jager-Wittenaar H, Finnema EJ. Welke woorden gebruiken ouderen als het gaat om ouder worden en kwetsbaarheid: een Delphi-studie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. DOI: 10.36613/tgg.1875-6832/2022.04.01.

Hartman EAR, Groen WG, Heltveit-Olsen SR, et al. Effect of a multifaceted antibiotic stewardship intervention to improve antibiotic prescribing for suspected urinary tract infections in frail older adults (ImpresU): pragmatic cluster randomised controlled trial in four European countries. *BMJ*, 2023;380:e072319.

JAH, Pilling LC, Frayling TM. Genomics and multimorbidity. *Age and Aging* 2022;51:1-6.

Oderwald A, Neuvel K, Hertogh C, van Tilburg W (red). Dokter worden. Utrecht: De Tijdstroom, 2005.

Overall, Christine. Aging, death and human longevity: a philosophical inquiry. Boston: MIT Press, 2003.

Pascal, Blaise. Pensées, nrs. 347 - 348.

Peisah C, Sorinmade OA, Mitchell L, Hertogh C, MPM. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *International Psychogeriatrics* 2013;25:1771-9.

Pickard S. Health, illness and frailty in old age: a phenomenological exploration. *Journal of Aging Studies* 2018;47:24-31.

Pool M, Bastiaans F, Hertogh C. Less is more: de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2017(5) november.

Sturmborg JP, Bennett JM, Martin CM, Picard M. 'Multimorbidity' as a manifestation of network disturbances. *J Eval Clin Pract* 2017;23:199-208.

Yarnal AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Aging* 2017;46:882-8.

