



Ton Bakker

# Functiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief

- Werkzame preventie door het leven heen -  
*(To Do or not To Do)*

# Functiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief

- Werkzame preventie door het leven heen -  
*(To Do or not To Do)*



Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

---

## Colofon

**ISBN:** 9789051798784

1e druk, 2014

© Ton Bakker

Illustraties: Ton Vroman

Dit boek is een uitgave van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Postbus 25035

3001 HA Rotterdam

Publicaties zijn te bestellen via

[www.hr.nl/onderzoek/publicaties](http://www.hr.nl/onderzoek/publicaties)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen, in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur en de uitgever.

This book may not be reproduced by print, photoprint, microfilm or any other means, without written permission from the author and the publisher.

---

# Funcatiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief

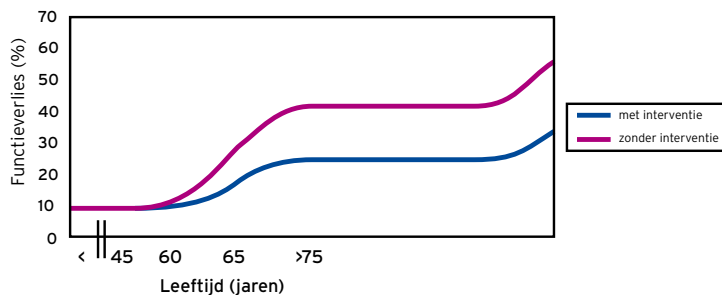
- Werkzame preventie door het leven heen -  
(*To Do or not To Do*)

Openbare les

**Ton Bakker**

lector Funcatiebehoud bij Ouderen in Levensloopperspectief

9 oktober 2014





## INHOUDSOPGAVE

.....	
Inleiding	7
<b>Maatschappelijk kader</b> .....	<b>9</b>
<b>Functiebehoud als focus</b> .....	<b>11</b>
<b>Preventiemogelijkheden</b> .....	<b>13</b>
<b>Geriatrische praktijk</b> .....	<b>19</b>
<b>Oplossingsrichtingen vanuit twee perspectieven</b> .....	<b>21</b>
<b>Rol van het lectoraat</b> .....	<b>27</b>
Literatuurlijst	30





# Inleiding

In Westerse maatschappijen vindt een demografische verandering plaats van grote omvang, gedreven door een snel groeiende levensverwachting. De omvang van deze verandering is te vergelijken met die van de "babyboom" na de Tweede Wereldoorlog. De groep 'ouderen' krijgt een groeiend aandeel in de bevolkingsopbouw ten koste van het aandeel van de groep 'jongeren'.

---

Opvallend hierbij is dat het aandeel van de groep 'volwassen' stabiel blijft en verreweg dominant is, dat wil zeggen ongeveer 60% van de bevolking (CBS, 2011). In 2020 zullen het percentage jongeren en het percentage ouderen ongeveer aan elkaar gelijk zijn, namelijk ongeveer 20. Er is dan sprake van een "Gauss-curve"; een normale bevolkingsopbouw in evenwicht. Een zo omvangrijke demografische verschuiving naar minder jongeren en meer ouderen creëert zijn eigen maatschappelijke balans in voor- en nadelen, kansen en bedreigingen. In elk geval wordt de maatschappij op veel fronten tegelijk uitgedaagd tot zoeken naar en vinden van nieuwe oplossingen om met de gevolgen van deze ingrijpende demografische verschuivingen om te gaan.

Dat er moet worden gezocht naar passende oplossingen geldt zeker ook voor de gezondheidszorg (KNMG, 2010). Hierbij gaat het om oplossingen voor relevante ziekten en ziekteverschijnselen die samenhangen met ouder worden en ouder zijn. Veel disciplines zijn hierbij betrokken, zoals geriaters, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, paramedici en psychologen. Belangrijke begrippen zijn inmiddels: co-morbiditeit, multi-morbiditeit, multidisciplinaire interventie, kwetsbare ouderen en healthy aging. Er lopen verschillende langdurende observationele bevolkingsstudies, zoals Longitudinal Aging Study Amsterdam



(LASA, Amsterdam) en Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek (ERGO, Rotterdam) naar de ontwikkeling van gezondheid en ziekte op oudere leeftijd. Een opvallend gegeven is dat er gerelateerd aan ziekte(n), zich bij een deel van de ouderen een chronische zorgbehoefte ontwikkelt. Globale schattingen komen erop uit dat ongeveer 35% van de 65-plussers een vorm van formele hulp en/of verzorging nodig heeft. Intrigerende vraag is waarom dit 35% is en niet 40% of 20%? Wat zijn de mechanismen achter de totstandkoming van deze percentages en zijn deze mechanismen te beïnvloeden om tot een klinisch relevant lager percentage te komen. In de kliniek wordt 30% verbetering in het algemeen gezien als een relevante verandering. Dit zou toegepast op de hulpbehoevendheid van ouderen betekenen dat de geschatte 35% hulpbehoevendheid gereduceerd zou moeten worden naar ongeveer 25%.

Lang is gedacht dat, afgezien van "normale" veroudering (slijtage en/of genetische factoren) ziekte de belangrijkste oorzaak was van de chronische hulpbehoevendheid, bestaande uit op relevante levensgebieden niet meer zelfstandig kunnen functioneren. Inmiddels is bekend dat met de huidige ziektediagnosen hooguit 25% van de actuele functieproblematiek bij een oudere patiënt verklaard kan worden (Van Dijk, 2005). Verder is bekend dat als het gaat om te voorspellen hoe het met ouderen in de toekomst zal gaan - met name met kwetsbare ouderen - functiekenmerken aanmerkelijk beter voorspellen dan ziektediagnosen (Gusseklou, 2000; Beekman, 1996). Het gaat hierbij om zowel somatische functieproblematiek (bijvoorbeeld immobiliteit) als om psychiatrische functieproblematiek (bijvoorbeeld depressie, cognitieve stoornis). Het zelfstandige, grote belang van (multi-) functieverlies naast de eerder genoemde multi-morbiditeit is helder verwoord in de nota van de Gezondheidsraad 'Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid' uit 2009.

Vanuit het zelfstandig belang van (multi-)functieverlies geredeneerd is het uiterst relevant om te onderzoeken welke factoren het manifest worden van functieproblematiek bepalen. Wanneer starten deze factoren met het uitvoeren van hun invloed? Door welke interventies zijn ze te beïnvloeden, bij wie en op welk tijdstip? Bij wie is het effect het meest uitgesproken?

Het is de bedoeling van het lectoraat 'Functiebehoud bij ouderen in levensloop-perspectief' om aan de beantwoording van deze vragen een bijdrage te leveren vanuit een (inter)generationeel levensloop-perspectief. Hierbij ligt de focus op de wisselwerking tussen vernieuwend onderwijs, de resultaten van toegepast onderzoek en de praktijk. Praktijkgericht onderzoek vanuit het lectoraat heeft de intentie om zowel de huidige zorg qua inhoud en organisatie als de voorwaarden daartoe in de richting van het bevorderen van functiebehoud bij onderzoek te innoveren.

# Maatschappelijk kader

'Zelfstandig functioneren' van ouderen is zowel vanuit het perspectief van de landelijke als gemeentelijke politiek als vanuit gezondheidszorgperspectief een relevant maatschappelijk thema.

Er zijn grote financieel-economische belangen aan verbonden. Wellicht gaat de vergelijking op met het in staat zijn tot het 'verrichten van arbeid' op volwassen leeftijd. Immers, er is sprake van veelsoortige, elkaar onderling beïnvloedende factoren inclusief cultureel maatschappelijke opvattingen en overtuigingen op het snijvlak van gezondheidszorg en maatschappij. Voor het lectoraat 'Functiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief' kies ik voor een (preventie-) invalshoek vanuit een gezondheidszorgkader en het daarbij bijbehorende begrippenapparaat, met waar relevant aandacht voor de bredere, cultureel-maatschappelijke context. Binnen de gezondheidszorg gaat het om begrippen als prevalentie en incidentie; preventie (primair, secundair, tertiair); interventie (behandeling, revalidatie; langdurige-chronische zorg); palliatieve zorg, stervensbegeleiding en euthanasie. Binnen al deze begrippen speelt het woord 'prognose' een belangrijke rol, vaak gekoppeld aan 'kosteneffectiviteit' van een (voorgenomen) actie om de 'prognose' te optimaliseren.

Kijkend vanuit het perspectief van de kosten van de gezondheidszorg wordt duidelijk hoe relevant de gezondheidszorg voor ouderen is binnen de gehele gezondheidszorg. Vanaf het 70e jaar lopen de jaarlijkse 'gezondheidszorgkosten per inwoner' stijl op van circa €5.000 naar circa €30.000 bij 95+. De totale kosten van de gezondheidszorg pieken tussen het 75e en 85e jaar<sup>1</sup>. Bij innovatie gericht op functiebehoud gaat het voor een belangrijk deel om het anders besteden van geld en niet om meer te besteden. Wat betreft de prognose

---

1 [www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl)

van de gezondheidszorgkosten zelf wordt een ombuiging van de ziektekosten (voornamelijk ziekenhuisgebonden kosten) rond 2030 verwacht. Echter voor de langdurige zorgkosten wordt een forse stijging voorspeld tot minimaal 2050<sup>2</sup>. (Opmerking: de effecten van de huidige hervormingsplannen zijn hierin niet meegenomen). De stijging van de zorgkosten is het gevolg van de vermindering van zelfstandigheid voornamelijk bij ouderen als gevolg van functieverlies. Het is dan ook niet onverwacht dat de laatste jaren op basis van een aantal relevante rapporten, onderzoeksprogramma's en adviescommissies de gezondheidszorg betreffende de verzorging en de welzijnszorg voor ouderen onder de loep is genomen<sup>3</sup>.

---

2 Geriatriedagen 2013. Trends in levensverwachting en gezondheid en de gevolgen voor de zorguitgaven. Een scenarioanalyse. Tilburg University: B. Wouterse, B. Meijboom, J. Polder. VUmc/EMGO: M. Huisman, D. Deeg

3 [www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl)

# Functiebehoud als focus

De meest gangbare term om de specifieke gezondheidszorgaspecten bij ouderen te benoemen is 'kwetsbaarheid', een vertaling van het Engelse 'frailty'. Er bestaan vele definities, sterk uiteenlopend in breedte<sup>4</sup>.

In Nederland is de definitie van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) leidend, gelet op het ermee samenhangende onderzoek, gepubliceerd in het rapport 'Kwetsbare Ouderen' (Van Campen 2011)<sup>5</sup>: 'Kwetsbaarheid is een opeenstapelingsproces van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in functioneren met als gevolg vergroting van de kans op negatieve gezondheid bestaande uit functiebeperkingen, opname, overlijden.' Interessant is het om te zien hoe de in ontwikkeling zijnde nieuwe algemene gezondheidsdefinitie van Huber (2011) hierbij nauw aansluit: 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond zijn betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk als maatschappelijk.'

Centraal staan 'het vermogen van mensen...', 'zich kunnen aanpassen...'. Kortom 'kunnen' in de zin van 'functioneren' speelt een centrale rol in beide definities, en dit 'kunnen' betreft het lichamelijke, psychische en sociale domein, inclusief de interactie tussen deze domeinen door de tijd heen. Het lijkt dan ook passend behoud van 'functioneren' centraal te stellen in een moderne gezondheidszorg voor ouderen.

---

4 Bijvoorbeeld: Fried (2001) die uitgaat van puur somatische factoren en Gobbens (2010) met een integraal lichamelijk psychisch en sociaal conceptueel model.

5 Met belangrijke bijdragen van Robbert Gobbens, medewerker Kenniscentrum Hogeschool Rotterdam.

Het SCP-rapport 'Kwetsbare ouderen' presenteert de volgende actuele en geprognoseerde prevalentie- en incidentiecijfers van kwetsbare ouderen:

- Prevalentie: in 2007 600.000 en in 2030 1.000.000 kwetsbare ouderen. (6% van de Nederlandse bevolking)
- Incidentie: per jaar 3% kwetsbare ouderen erbij, van wie 1,5% overlijdt

Als naast deze cijfers de verwachte prevalentiecijfers van dementie gelegd worden (2050: 500.000) kan geconcludeerd worden dat kwetsbaarheid voor ongeveer de helft samenhangt met cognitief functioneren. Het SCP-rapport presenteert eveneens kenmerken van ouderen die nauw aansluiten bij een harde uitkomstmaat, namelijk "feitelijk zorg nodig hebben en/of gebruiken". Dit is van belang als we op zoek gaan naar potentieel beïnvloedbare prognostische factoren. De vraag is: welke factoren voorspellen op afzienbare termijn concreet zorggebruik of een relevante toename hierin? De antwoorden op deze vraag vormen een belangrijk deel van de agenda voor het ontwikkelen en toepassen van een doelgerichte preventieaanpak.

De relevantie van de geschetste aspecten van functiebehoud bij ouderen neemt gestaag toe als gevolg van de sterk toenemende levensverwachting. Illustratief is dat de levensverwachting van meisjes die nu geboren worden zodanig is dat 50% van hen de 100 jaar zal halen. De vraag hierbij is natuurlijk: hoe zelfstandig zullen deze 100-jarige vrouwen zijn als gevolg van behoud van functies binnen het lichamelijke, psychische en sociale domein? Dit maakt nieuwsgierig naar het antwoord op de logische vervolgvragen: waardoor wordt (de mate van) zelfstandigheid bepaald door het leven heen, is deze beïnvloedbaar, en zo ja, door welke interventies en onder welke condities en randvoorwaarden?



# Preventiemogelijkheden

Preventie heeft als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen<sup>6</sup>.

Preventie richt zich derhalve op het voorkomen of bevorderen van “iets” door vroegtijdig in te grijpen op de bepalende factoren. In het geval van ouderen is preventie gericht op die factoren die een negatieve of positieve invloed uitoefenen op de functies die nodig zijn voor zelfstandig functioneren, bijvoorbeeld mobiliteit of cognitie. Preventie kan zich richten op de gehele bevolking of op zogenaamde hoog-risico ('high risk') groepen. Onlangs (juni 2014) is het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 'Zorgstelsel op koers of op drift?' uitgebracht dat pleit voor meer nadruk op preventie in de gehele gezondheidszorg. Hierop voortbordurend staat binnen de openbare les en het lectoraat de volgende vraag centraal: wat zijn nu vanuit levenslopperspectief (toekomstige) preventie-mogelijkheden om functies te behouden, met als doel dat functieproblematiek later ontstaat en/of het minder ernstig is in de aantasting van de zelfstandigheid van ouderen op relevante levensdomeinen?

Dieper op deze vraag ingaand, is het allereerst van belang om nader te bekijken wat de essentie van functieproblematiek is. In de kern van de zaak betreft het iets simpels: bij een functie gaat het om “iets kunnen”, de functie beheersen of over de functie beschikken om “iets” op een relevant levensdomein voor elkaar te krijgen. De functie is belangrijker naarmate de vaardigheid “iets” wezenlijks betreft dat bepalend is om te kunnen (blijven) bestaan of in leven te blijven. In preventie vanuit levenslopperspectief dienen functies die essentieel zijn om te kunnen (over)leven centraal te staan. Deze functies betreffen met name competenties die existentiële behoeften vervullen en als zodanig voorwaardelijk zijn om te kunnen bestaan. Indien de vervulling van deze behoeften bedreigd wordt, ontstaat allereerst existentiële angst, leidend tot stress (acuut of

6 Definitie uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM (2014)

chronisch) en uiteindelijk volgt bij niet ingrijpen de dood. Dit verklaart voor een belangrijk deel de verhoogde kans op psychisch lijden bij kwetsbare ouderen.

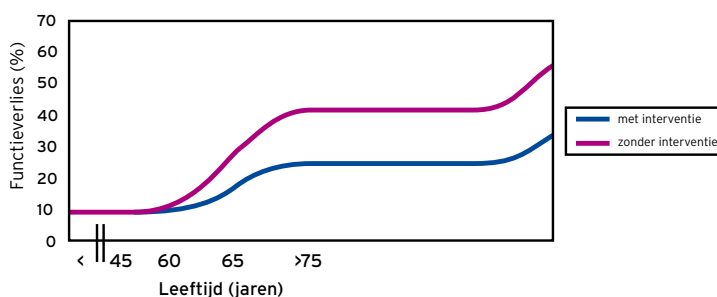


Existentiële behoeften liggen op meerdere levensdomeinen, die voorspellend blijken te zijn voor iemands overlevingskansen (Bakker, 2005). Binnen de Dynamische Systeem Analyse (DSA) zijn deze levensdomeinen in hun onderlinge wisselwerking geordend vanuit hun rol in het handhaven van autonomie van het individu door de tijd heen. Het gaat hierbij om de domeinen somatiek, cognitie, persoonlijkheid, beleving, sociale context en levensgeschiedenis (Bakker, 1987)

De existentiële behoeften op de diverse levensdomeinen dienen binnen een bepaalde context in principe te kunnen worden vervuld door de zelfstandig functionerende mens zelf. In twee levensfasen staat dit uitgangspunt onder druk. In de vroege levensfase beschikt het jonge kind nog niet over de juiste functies om zelfstandig in de existentiële behoeften te kunnen voorzien. Zonder zorg en stimulering tot leren vanuit de omgeving (vaak de ouders), kan het jonge kind niet overleven. In de late levensfase zien we dat een deel van de oudere mensen in een soortgelijke situatie terechtkomt, nu als gevolg van verlies van functies. Existentiële behoeften kunnen niet meer zelfstandig worden vervuld. De oudere

kan soms letterlijk niet meer in beweging komen of tot functioneren komen. Een dergelijke situatie heeft natuurlijk ook grote invloed op de omgeving (partner, kinderen, vrienden). Op het moment dat het zelfstandig overleven bedreigd wordt, is meestal sprake van multi-functie problematiek op meerdere levensdomeinen.

Op basis van wetenschappelijke onderzoek is er vanuit het perspectief van preventie van functieverlies tijdens de verschillende levensfasen sprake van een aantal mogelijke tijdvensters voor het toepassen van preventieve interventies. In figuur 1 is de potentiële preventiewinst in termen van minder functieverlies (gebied tussen de twee lijnen) schematisch afgebeeld. Vanuit de late levensfase terugkijkend, gaat het om preventie door identificatie van prognostische factoren voor zorgtoename (E) al dan niet in combinatie met vroegsignalering van functieverlies gerelateerd aan ziekenhuisopname (D). Bij relatief jonge zelfstandige ouderen is identificatie van vroege voorspellers voor functieverlies thuis in de eerste lijn (C) van groot belang. In de levensfasen hiervoor is het van belang te bepalen welke factoren/determinanten uit volwassenheid (B) en jeugd (A) kunnen leiden tot (te) vroeg ontstaan van functieverlies op late leeftijd.



- A. Leefstijl interventie bij jongeren met 'lage SES'-ouders
- B. Leefstijlinterventie bij volwassenen met metabool syndroom en gerelateerde aandoeningen
- C. Interventies op lopen- / balans- / ondergewicht- / vermoeidheid
- D. Interventies op (vroegtijdig) gesignaleerde functieproblemen (bijv. opname in ziekenhuisgerelateerd)
- E. Interventies op prognostische factoren voor zorgtoename (depressie, (ver)kleining netwerk, toename functieverlies of morbiditeit)

Figuur 1: Tijdvensters van potentiële preventiewinst (lager % functieverlies)

Preventie-tijdvenster A betreft jongeren tussen de 16 en 25 jaar, van wie de ouders behoren tot de groep met een lage Sociaal Economische Status (SES) op basis van een relatief lage opleiding en een laag inkomen. Deze jongeren hebben reeds een verhoogde kans om op volwassen leeftijd kenmerken van een metabool-syndroom

(obesitas, diabetes mellitus, cardio-vasculaire aandoeningen) te ontwikkelen. Bij deze groep jongeren is onder andere sprake van een te hoog gewicht, neiging tot diabetes mellitus en hogere bloeddrukwaarden (Rapport Gezondheidsraad, 2003). Dit zijn aandoeningen die zich in principe goed lenen voor leefstijl interventies bijvoorbeeld betreffende beweging en voeding. In samenwerking met gemeenten (Rotterdam en gemeenten in de omgeving) zou deze risicogroep benaderd kunnen worden op basis van informatie die beschikbaar is bij met name de instellingen voor sociale voorzieningen. Zowel de jongeren zelf als hun ouders hebben een grotere kans om van bijvoorbeeld WMO voorzieningen en bijstand gebruik te maken en diegenen die dit langere tijd feitelijk doen behoren zeer waarschijnlijk tot de hoog-risicogroep voor toekomstig functieverlies.

Preventie-tijdvenster B is gedurende de volwassen leeftijdsperiode (30 tot 60 jaar) van belang voor preventie van functiebehoud op oudere leeftijd. Centraal staat hierin - op basis van de huidige kennis - het metabool syndroom vaak in combinatie met een lage SES. Hoe meer kenmerken van het metabool syndroom, hoe groter het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten met name op cardio-vasculair gebied en overleving. Inmiddels zijn er aanwijzingen dat als gevolg van betere preventie en behandelingsmogelijkheden van cardio-vasculaire aandoeningen de incidentie en prevalentie van dementie en cognitieve stoornissen afnemen (Matthews, 2013<sup>7</sup>). Het is van belang de effecten van preventieve interventies op de risicofactoren en aandoeningen behorende tot het metabool syndroom - onder andere leefstijlinterventies - niet alleen op een positief effect op ziekte en overleving te evalueren. Ook dient nadrukkelijk gekeken te worden naar het preventieve effect op functiebehoud op oudere leeftijd, onderscheiden naar de domeinen somatiek, psychisch en sociaal. Hierbij kan concreet gekeken worden naar de effecten op onder andere mobiliteit, conditie, algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), cognitie, psychisch evenwicht, sociale rol, en netwerk. Ook voor de volwassen leeftijdsfase geldt dat vanuit preventie oogpunt een belangrijke vindplaats voor hoog-risico volwassenen de (langdurige) gebruikers van sociale voorzieningen zijn. Naast de gemeente kan echter ook de zorgverzekeraar een belangrijke rol spelen; die heeft toegang tot gegevens van verzekerd gezondheidszorggebruik.

Preventie-tijdvenster C betreft ouderen in de relatief vroege ouderdomsfase. In deze levensfase gaat het om het tijdig identificeren van zelfstandig functionerende ouderen met een verhoogd risico op relevant functieverlies, dat leidt tot feitelijk langdurig zorggebruik zoals huishoudelijke hulp, verpleging en/of verzorging. Tot nu toe is het niet gelukt in de eerste lijnsgezondheidszorg deze risicogroep ouderen te identificeren en hun prognose te verbeteren. Huisbezoek,

consultatiebureau voor ouderen, toepassing van 'frailty'-scorelijsten zijn in diverse vormen onderzocht, vaak in combinatie met verschillende interventies. Een recent onderzoek in het kader van het Nationaal Programma Ouderen (NPO) uitgevoerd in Maastricht - met 'frailty' als identificator op basis van de Tilburg Frailty Indicator (TFI-score) toonde geen effect van de toegepaste interventie aan (Kempen 2013)<sup>8</sup>. Gedenkwaardig en veelzeggend is de quote van Kempen: "Hoeveel complexiteit kan de huidige professional aan in de eerste lijn".

Veel belovend is een benadering die direct focust op het identificeren van voorspellers voor toekomstig (één, twee jaar later) zorggebruik. In het eerder aangehaalde SCP-rapport 'Kwetsbare Ouderen' (2011) worden een viertal prognostische factoren gepresenteerd, met name problemen met het lopen en de balans, ondergewicht en vermoeidheid. Gebleken is dat als een of meer van deze factoren actueel zijn eenzaamheid als een versterkende factor werkt. Uit onderzoek van Mistiaen (2014)<sup>9</sup> blijkt dat anderhalf jaar voordat de diagnose dementie gesteld wordt patiënten vaker bij de huisarts komen, onder andere voor depressie, schaafwonden en schrammen. Het lijkt van belang ouderen, die zich met dergelijke klachten melden bij de huisarts, te identificeren en te volgen op progressie van de klachten. Indien van progressie - in een nog te bepalen mate - sprake is, kunnen in principe op basis van een 'Comprehensive Geriatric Assessment' (CGA) gerichte interventies op (onderliggende) cruciale mechanismen ingezet worden. Het ligt voor de hand dat - gelet op diverse gerapporteerde positieve effecten op cognitief en fysiek functioneren - 'bewegingsinterventies' er frequent deel van uit zullen maken.

Preventie-tijdvenster D is gerelateerd aan een ziekenhuisopname van 70-plus ouderen. Covinsky (2003) toonde aan dat 35% van 70-plussers, die in het ziekenhuis worden opgenomen, geruime tijd na ontslag slechter functioneert dan voor de aandoening zich liet gelden die tot de opname leidde. Het is goed om te beseffen dat bij 20% van de ouderen de functionele achteruitgang reeds is begonnen in de twee weken voor de opname, dus in de eerste lijn. De grootste risicogroep vormen ouderen met cognitiestoornissen (niet per se dementie). Inmiddels is bekend dat de 70-plussers met grote kans op slechte functionele outcome gerelateerd aan een ziekenhuisopname, geïdentificeerd kunnen worden met een eenvoudig kort meetinstrument, zoals de 'ISAR-HP'<sup>10</sup>. Hoe de identificatie in de eerste lijn het beste kan gebeuren is nog niet duidelijk. Wellicht dat de ISAR-HP hiervoor ook te gebruiken is. Nader onderzoek moet dit uitwijzen. Om de omvang van dit probleem te benadrukken spreken de volgende gegevens voor zich. De incidentie van ziekenhuisgerelateerd functieverlies in Nederland ligt volgens berekening op circa 180.000 ouderen per jaar ofwel circa 400 tot 450

8 BMJ 2013 d01:10.1136/bmj.f5264

9 Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, nr 8, 2014

10 Asmus (2013). Age and ageing



ouderen per dag. Interessant is te onderzoeken of het mogelijk is de prognose van de risicogroep 70-plussers aanmerkelijk te verbeteren. De tot nu toe bekende resultaten uit onderzoeken van het NPO laten zien dat interventieprogramma's slechts bescheiden effecten hebben, zelfs bij de mogelijkheid tot het inzetten van een breed scala aan op zichzelf bewezen effectieve interventies<sup>11</sup>. Om vooruitgang te boeken is het belangrijk om de mogelijke oorzaken van de bescheiden effecten te achterhalen en te bezien in welke mate deze overeenkomen met de mogelijke oorzaken hiervan in de eerste lijn. Duidelijk is in ieder geval dat ziekenhuisopname-gerelateerd functieverlies een grote motor is voor de prevalentie van functieverlies in de 1e lijn; zeker gecombineerd met het gegeven dat in een periode van acht tot tien jaar een gehele populatie thuiswonende 70-plussers gemiddeld minstens eenmaal in een ziekenhuis wordt opgenomen.

Preventie-tijdvenster E richt zich op het voorkomen van toename van reeds aanwezig functieverlies bij ouderen in de relatief late ouderdomsfase. Het functieverlies blijkt uit een feitelijk hoger zorggebruik. In het recente SCP-rapport 'Met Zorg Ouder Worden' (2013) zijn de resultaten gepresenteerd van onderzoek over een tijdvak van tien jaar naar de voorspellende factoren voor toegenomen zorggebruik in de eerste lijn. Onder de langdurig opgenomen ouderen is geen specifiek onderzoek gedaan. De gevonden factoren betreffen naast leeftijd met name depressieve klachten, geen partner, verkleining netwerk (inclusief overlijden partner) en toename (multi-)functieproblematiek en/of morbiditeit. Opvallend in het onderzoek is de groep ouderen (46%) die slechts beperkt zorg gebruikt en van wie 13% in relatief korte tijd overlijdt. Ook blijkt dat er dynamiek zit in de processen: er zijn ouderen die vanuit een hogere zorggebruikscategorie terugkeren naar een lagere categorie. Het is niet duidelijk hoe de identificatie van hoog-risicogroepen in de eerste lijn, maar zeker ook in de langdurige chronische intramurale zorg, het beste kan plaatsvinden. Vervolgens zou onderzocht kunnen worden welke interventies 'evidence based' in staat zijn de prognose van de geïdentificeerde kwetsbare oudere en mantelzorger zinvol te verbeteren, met kwaliteit van leven als belangrijke uitkomstmaat.

Vanuit levensloopperspectief zijn er in dit hoofdstuk een vijftal tijdvensters voor preventiemogelijkheden geschetst, gericht op functiebehoud op oudere leeftijd. Vanuit het lectoraat is het de intentie om de ontwikkeling en toepassing van preventie-interventies in de genoemde levensfasen te stimuleren, samen met andere relevante partijen, waaronder zorgaanbieders, professionals, onderzoekers, docenten, gemeenten en verzekeraars.

---

11 ZonMw (2014). Eindrapport Zorgprogramma Preventie en Herstel

# Geriatrische praktijk

Zoals eerder gesteld laten de resultaten uit het NPO-programma zien dat interventies bij kwetsbare ouderen tot nu toe slechts bescheiden resultaat hebben. Dit is in het licht van de geleverde financiële en persoonlijke inspanningen en gelet op de omvang van de problematiek eigenlijk teleurstellend.

Het is kennelijk niet gemakkelijk om succesvol te interveniëren op de complexe problematiek van kwetsbare ouderen in combinatie met een hoge mate van inherente onvoorspelbaarheid. Zie ook de retorische vraag van Kempen: "Hoeveel complexiteit kan een professional aan binnen de eerste lijn." Mijns inziens liggen hier vier fundamentele structurele oorzaken aan ten grondslag, waarvan twee oorzaken liggen in de zorgpraktijk en twee in de zorgopleiding.

In de zorgpraktijk ligt de oorzaak bij de manier waarop de zorg georganiseerd is, met name bij het multidisciplinaire overleg. Het gaat hierbij om twee problemen:

1. Afgezien van de setting van een specifieke geriatrische afdeling, zoals een geriatrieafdeling in het ziekenhuis, is er veelal sprake van een ad hoc team, met relatieve geringe persoonlijke continuïteit van de teamleden.
2. Het multidisciplinaire overleg zelf is qua (vaste) tijdsplanning en qua inhoud (alle data beschikbaar en hanteerbaar geordend) in de dagelijkse praktijk een moeizame aangelegenheid.

Beide factoren spelen zowel in de eerste lijn als in het ziekenhuis met de transitie daartussen als extra aanjager. Het moge duidelijk zijn dat deze twee problemen grote negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de (te) leveren gezondheidszorg bij deze groep patiënten.

Wat de opleidingen betreft zijn er twee problemen aangetoond die de bescheiden resultaten van interventies verklaren.

1. Tot voor kort schiet de inhoud van de opleidingsprogramma's fors te kort voor mbo-verzorgenden, hbo-verpleegkundigen, basisartsen en medisch specialisten (inclusief huisarts) op het gebied van kennis en kunde over ouderen. Een

illustratief cijfer: de opleiding tot basisarts bevat circa drie procent lesinhoud over specifiek ouderen. Onderzoek naar dit aspect bij opleidingen voor fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek en psychologie is niet uitgevoerd, maar op grond van eigen ervaringen lijkt dit gemiddeld genomen niet beter.

2. Voeg hieraan toe dat multidisciplinaire samenwerkingscompetenties tot een aantal jaren terug in de opleidingen relatief stiefmoederlijk werden behandeld.

Gelukkig zijn diverse relevante opleidingen druk bezig deze tekortkomingen in de huidige curricula te verbeteren, onder andere ondersteund vanuit twee door het ministerie van VWS gesubsidieerde landelijke projecten, waarvan ik de voorzitter mag zijn. Deze twee projecten zijn vanuit branchevereniging ActiZ het project 'HBO Verpleegkundige Geriatrie en Gerontologie' en vanuit KNMG en het College Geneeskundige Specialismen in het bijzonder het project 'Kwetsbare Ouderen'. Beide projecten richten zich op het ontwikkelen en implementeren van de vakinhoudelijke competenties wat betreft kwetsbare ouderen. Echter, voordat iedereen ook via nascholing en accreditatie is bijgeschoold zijn er vele jaren voorbij. Innovatieve manieren van nascholing met behulp van e-learning zijn noodzakelijk om dit proces te versnellen.

Wat betekenen deze essentiële structurele tekortkomingen voor de praktijk? Ik kan de gevolgen duidelijk maken met een illustratief voorbeeld: vaak wordt slechts ongeveer 40-50% van de voorgenomen en afgesproken interventies bij kwetsbare ouderen ook daadwerkelijk uitgevoerd, zoals blijkt uit diverse NPO en VVT interventie-onderzoeksprojecten; uitzonderingen daargelaten van interventies uitgevoerd in een specifieke geriatrische setting. Ik heb de forse implementatieproblematiek die hieraan ten grondslag ligt van nabij mogen meemaken in het NPO-onderzoeksproject 'Zorgprogramma voor Preventie en Herstel' waarin ik verantwoordelijk was voor de implementatie van de beoogde interventies in het ziekenhuis, het verpleeghuis (herstelafdeling) en eerste lijn (ZPH-casemanagement). Ook het recente negatieve rapport van de inspectie voor de Volksgezondheid (2014) over de kwaliteit van de langdurige ouderenzorg is hier duidelijk in: dit mag niet langer zo doorgaan. Voor de duidelijkheid, het ligt niet aan de motivatie van de professionals. Het gaat om de vier genoemde structurele en deels onderling samenhangende systeemproblemen, waarbij enkele factoren nog versterkt worden door de huidige grote financieel-logistieke uitdagingen van ziekenhuizen en de VVT-sector als gevolg van de nieuwe zorgwetgeving. Het zal duidelijk zijn dat ook hier een taak ligt voor het lectoraat dat zal trachten om vanuit het perspectief van onderlinge wisselwerking tussen praktijkonderwijs en praktijkonderzoek op de vier problemen een positieve invloed uit te oefenen.

# Oplossingsrichtingen vanuit twee perspectieven

Met het oog op het bevorderen van een werkzame preventieve gezondheidszorg voor (kwetsbare) ouderen met de focus op 'functiebehoud vanuit levensloopperspectief' wil ik graag in grote lijnen twee perspectieven schetsen, die de thema's ordenen die hiervoor aan de orde zijn gekomen en waar het lectoraat zich op zal richten

Het eerste perspectief betreft een andere vorm van gezondheidszorgfinanciering (praktijk, onderwijs en onderzoek). Het tweede perspectief is Grieks filosofisch van aard (filosofie als toetsing van het leven)

## 1. Gebiedsgerichte populatie bekostiging

Vanuit het perspectief van een zo gezond en zelfstandig mogelijk leven, ook op hoge leeftijd, lijkt een geïntegreerde aanpak van de factoren die dit gedurende de gehele levensloop bepalen van essentieel belang. Hierbij gaat het niet alleen om directe gezondheid en ziekte bepalende factoren, maar eveneens om algemene maatschappelijke factoren die voorspellers zijn van de gezondheidstoestand van hele bevolkingsgroepen. Onder andere gaat het hierbij om de relaties tussen sociaal economische klasse en opleidingsniveau (SES) en gezondheidstoestand.

Een gebiedsgerichte populatie bekostiging van de gezondheidszorg die ik voorsta biedt mogelijkheden tot een integratieve preventie-aanpak in de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen binnen een bepaald gebied (stad of regio). Het hoofddoel van deze vorm van bekostiging is het optimaliseren van de gemeentelijke-, verzekerings-, onderwijskundige- en professionele middelen om een gezonde levensloop te bevorderen, tegen aanvaardbare, geraamde kosten op basis van een

populatieprofiel. Het gaat hier om een vorm van zogenaamde 'blauwe (duurzame) zorg'. Alle genoemde actoren hebben eigen mogelijkheden om de middelen waarover zij beschikken interactief in te zetten vanuit een gezondheidsbevorderend levenslopperspectief. Bijzonder aandachtspunt hierbij is het bevorderen van de intergenerationale samenhang in het gezondheidszorgbeleid. Een centraal regelmechanisme hiertoe is om het beschikbaar stellen van de noodzakelijk financiële middelen niet alleen te koppelen aan het primaire oorspronkelijke doel, maar nadrukkelijk ook aan een verwachte gezondheidswinst en -bevordering door de generaties heen, gericht op functiebehoud. Een algemeen voorbeeld hiervan is het koppelen van een gemeentelijke voorziening, bijvoorbeeld WMO en bijstand, aan werkzaamheden met een voldoende mate van regelmaat. Regelmaat in activiteiten werkt op zich gezondheidsbevorderend. Als dergelijke werkzaamheden van vroege generaties worden gekoppeld aan (zorg) behoeften van m.n. kwetsbare ouderen, kan er voor hetzelfde geld een 'partieel' dubbeleffect ontstaan. Voor zorgverzekeraars, onderwijskundigen en professionals biedt een gebiedsgerichte populatie bekostiging een mogelijkheid om de gezondheidszorg binnen een stad/regio 'ouderenproof' te maken, dat wil zeggen om de eerder genoemde vier structurele problemen met elkaar op te lossen, zowel op inhoud als op financiële prikkels in samenwerking met gemeenten. De vraag is: hoe organiseer je dit, wie doet wat en welke interventies kunnen succesvol worden toegepast? Binnen een stad of regio is het belangrijk hierop gezamenlijk passende antwoorden te vinden.

Ik geef enkele specifieke voorbeelden van potentiële bouwstenen

### **Preventie**

Op de korte termijn gaat het om het in de eerste lijn identificeren van zelfstandig functionerende ouderen, zonder functiebeperkingen, die in de gevarezone komen of risico lopen om binnen afzienbare termijn zorg nodig te hebben. Volgens het SCP-rapport gaat het om ouderen die klachten ontwikkelen over: lopen, balans, (onder)gewicht en/of (extreme) vermoeidheid, met eenzaamheid als versterkende factor. Belangrijke onderzoeksvragen zijn: hoe voer je dit optimaal uit en welke interventies zijn dan effectief.

Op de lange termijn gaat het om het tijdig identificeren van kinderen en volwassenen in de eerste lijn die lijden aan een zogenaamd 'metaboolsyndroom' en gerelateerde beelden (of de risicofactoren ervan) waaronder diabetes, vetzucht, cardiovasculaire problemen (met grotendeels ook een lage SES). De inwoners met een hoog-risicoprofiel zijn bij de gemeente bekend in het kader van WMO en bijstandgebruik en bij zorgverzekeraar in het kader van hoog gezondheidszorggebruik. De kans op een relatief minder gezonde en zelfstandige ouderdomsfase is bij deze groepen inwoners zeer groot.



## Dementiezorg

De top drie aan ervaren problemen bij de patiënten die lijden aan dementie en de mantelzorgers bestaat uit:

1. psychiatrische symptomen van de patiënt
2. belasting en competentie van de mantelzorgers (samenhangend met 1)
3. vrees bij patiënt of mantelzorgers voor permanente verpleeghuisopname (samenhangend met 1 en 2)

Inmiddels is bekend dat als er meer 'psychiatrie' in de hulpverlening zit, dit betere zorguitkomsten geeft en minder kosten met zich mee brengt. Eigen onderzoek heeft aangetoond dat interventie op de multi-pele psychiatrische symptomen realistisch en in principe uitvoerbaar is met relevante positieve effecten op patiënt en mantelzorgers (Bakker 2011).



Daarnaast maken patiënten die lijden aan dementie gebruik van gemeentelijke voorzieningen, gezondheidszorg, enzovoort. De vorming van dementieketenzorg vindt in veel gemeenten plaats binnen het huidige

fragmenterende systeem. Een gebiedsgerichte populatie bekostiging biedt op een geïntegreerde manier extra kansen en mogelijkheden.

### **Revalidatie en herstellzorg**

Bij revalidatie en herstellzorg gaat het om tijdige identificatie van kwetsbare ouderen met revalidatie of herstellbehoefte in relatie tot ziekenhuisopname. Het doel is om snel (al in het ziekenhuis) geïntegreerd met functiegerichte revalidatie en behandeling te kunnen starten in een hoge frequentie, afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt. Inmiddels is ook aangetoond dat vóór-behandeling (pre-revalidatie) van kwetsbare patiënten een preventief effect kan hebben op het functioneren na een operatie. Een geïntegreerde aanpak biedt mogelijkheden tot het vergroten van de effecten.

### **Geriatrische eerste lijnspraktijk**

Een geriatrisch verantwoorde eerste lijnspraktijkvoering stelt aanvullende eisen aan de huidige praktijkvoering. Als onderzoeker was ik betrokken bij het ijken van de ACOVE-methode (Assessing Care Of Vulnerable Elders) aan de Nederlandse eerste lijnspraktijk. Gelet op de huidige 392 kwaliteits-indicatoren voor een adequate praktijkvoering voor kwetsbare ouderen is een aanpassing van de praktijkvoering in de eerste lijn met het oog op een gezonde levensloop voor alle generaties gericht op functiebehoud noodzakelijk (Wenger, 2007). Het zal een hoeksteen zijn voor een integratieve gebiedsgerichte populatie bekostiging.

### **Ziekenhuis: geriatrieafdeling**

Covinsky (2011) toont in een uitgebreid review-artikel in de JAMA aan dat bij ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen de beste resultaten behaald worden als kwetsbare ouderen (ongeveer 40% van de 65-plus opnames) primair op een aparte geriatrieafdeling worden opgenomen. Hier komen vervolgens de andere medisch specialisten naartoe om hun eigen behandeling voor te bereiden en uit te voeren. Gestructureerd multidisciplinair overleg uitgevoerd door een 'dedicated team' is de norm. Binnen de huidige omstandigheden is dit nauwelijks te realiseren; integendeel, de tendens is eerder tegengesteld. De voorgestelde gebiedsgerichte populatie bekostiging biedt aanzienlijk meer kans op het realiseren van passende geriatrieafdelingen in een stad of regio.

Er zijn op dit moment veel concrete bouwstenen beschikbaar om een integratieve gebiedsgerichte populatie bekostiging gericht op functiebehoud bij ouderen vorm te kunnen geven. Nieuwe ontwikkelingen bij gemeenten (betreffende WMO, AWBZ (tzt:WLZ) en uitkeringen in relatie tot werk etc.), zorgverzekeraars (verdwijnen van zorgkantoren, maatschappelijke rol als verzekeraar op de voorgrond stellen), onderwijskundigen (nieuwe curricula, e-learning) en professional (werkzame, concrete interventies inzetten, praktijken aanpassen) bieden hiertoe kansen. Een gezamenlijke inspanning binnen een gebiedsgerichte populatie bekostiging lijkt de moeite meer dan waard. Het lectoraat wil hier een bevorderende, katalyserende rol in spelen door dit perspectief en de actuele thema's erbinnen als leidraad te nemen voor de onderzoeks- en onderwijsagenda.

## 2. Filosofische grondslag

Het tweede perspectief voor de ordening van de thema's waar het lectoraat zich op wil richten betreft de filosofische grondslag van een werkzame preventie-gezondheidszorg voor (kwetsbare) ouderen. Wel beschouwd leidt de gepresenteerde preventie-visie tot de centrale vraag: hoe kan en wil je leven? Hierbij is de vraag belangrijk, wie dit bepaalt. Bemoeien we ons als burgers nauwelijks met elkaar over deze zaken (*laissez faire*) of zetten we een soort preventiepolitie op om vigerende preventie-maatregelen en wetgeving te handhaven? Voorbeelden van dit laatste zijn het rookverbod in cafés en restaurants en het alcoholverbod voor personen onder de 18 jaar. Een filosofisch perspectief dat past bij de gepresenteerde preventie-visie op 'functiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief' is diep geworteld in de Griekse filosofie. De grondslag ervan wordt beschreven in de 'Socratische Dialoog' en de 'Exegese' ervan door Foucault in 1984. Het gaat hierbij om filosofie als toetsing van het leven (in tegenstelling tot filosofie als kennis van de ziel). Twee begrippen staan centraal 'epimeleia' en 'alêthês bios'. 'Epimeleia' staat voor het begrip 'zorg' en wel meer specifiek voor het 'bekommeren om de zorg voor jezelf en hoe de ander voor zichzelf zorgt'. 'Alêthês bios' staat voor een 'waar leven', een juist en passend leven leiden.

'Epimeleia' (zorg) is gericht op 'alêthês bios' ('waar leven') van het individu. Vanuit het Socratische vertoog gaat het volgens de exegese van Foucault hiervan om het helpen van een individu (je bekommeren) om erachter te komen wat het inhoudt om voor jezelf én voor de zelfzorg van de ander te zorgen, met als doel een goed ('waar') leven te leiden. In dit verband staat een 'waar leven' voor een zo zelfstandig, autonoom mogelijk leven leiden. Om dit gesprek, deze dialoog met iemand zo goed mogelijk te kunnen voeren is kennis van toetsbare,

verifieerbare factoren, die een 'waar' zelfstandig, autonoom bestaan tot op hoge leeftijd voorspellen c.q. de kansen erop vergroten van essentieel belang. De wetenschap heeft de taak deze kennis aan te leveren en is daar meer dan ooit toe in staat. Relevante bouwstenen zijn voor handen. Het individu kan op basis van de beschikbare wetenschappelijke kennis eigen keuzen leren maken ('Shared Decision Making'), passend bij zijn omstandigheden (CVZ, 2012). Hiervoor zijn allereerst hiertoe opgeleide docenten en wijsgeren nodig en soms preventiepolitie. Vanuit dit filosofisch perspectief wil het lectoraat een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een intergenerationeel preventiebeleid en het realiseren van de voorwaarden daartoe, gericht op functiebehoud tot op hoge leeftijd.

# Rol van het lectoraat

Het lectoraat richt zich op het leveren van een bijdrage aan een werkzame gezondheidszorg voor ouderen gefocust op preventie, die gericht is op functiebehoud. Het lectoraat zal de agenda inrichten vanuit de twee eerder genoemde perspectieven, namelijk een gebiedsgerichte populatie bekostiging en een Socratisch/Foucaultiaanse levensfilosofie van een 'waar leven'.

Het lectoraat kiest voor een actieve katalysatorrol binnen het netwerk met oog voor concrete mogelijkheden die een grote kans bieden om geselecteerde doelen op het gebied van functiebehoud bij ouderen te behalen binnen een bepaald tijdspectief. Relevante thema's zijn benoemd in deze openbare les. Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling van werkplaatsen, die aansluiten bij reeds lopende initiatieven. Met name betreft het een implementatieproject in Zeeland (Transmurale Ouderenzorg Zeeland [TOZ]) in combinatie met Laurens te Rotterdam voor de geriatrische revalidatie. In dit project worden belangrijke elementen uit drie transitie NPO-projecten gecombineerd. Hierbij zal er veel aandacht zijn voor het bereiken van een hoge graad van 'treatment fidelity' ( $\geq 80\%$  therapie trouw) en voor de bevorderende en belemmerende factoren die dit bepalen. Daarnaast zijn er initiatieven met betrekking tot het Spijkenisse Medisch Centrum en een eerste lijns preventieproject in Nieuwe Waterweg Noord. Onderlinge uitwisseling tussen deze projecten krijgt grote aandacht. Tevens is een nauwe samenwerking met de andere lectoraten van Hogeschool Rotterdam op het gebied van ouderen (Jacomine de Lange, Marleen Goumans, Henk Rosendal) van groot belang. Krachten bundelen en richten vergroten de impact van de afzonderlijke inspanningen. De aandacht zal hierbij zeker ook uitgaan naar samenwerking met het onderwijs (de vele gezondheidszorg-opleidingen en gerelateerde afdelingen van de Hogeschool Rotterdam en hun docenten). Het doel hierbij is om de huidige modernisering van de onderwijsprogramma's te optimaliseren wat betreft kennis en kunde over ouder worden en oud zijn.

Het mooiste is als dit interactief kan plaatsvinden met praktijkonderzoek, dat gebaseerd is op behoeften van de professionals. Het bredere, maatschappelijk kader hiervoor creëren (via gebiedsgerichte populatie bekostiging) in de stad Rotterdam en gemeenten in de omtrek samen met zorgverzekeraars en gemeenten staat op de agenda van het lectoraat. Het ontwikkelen van een passende communicatie-infrastructuur die hiervoor noodzakelijk is, krijgt met deze openbare les mogelijk een extra impuls.



**Gemeente  
Rotterdam**



Gemeente Vlaardingen

## TENSLOTTE

Dit lectoraat is mogelijk gemaakt door ondersteuning van de Stichting Argos Zorggroep, Stichting Wetenschap Balans en Hogeschool Rotterdam. Ik ben bijzonder dankbaar voor hun steun en bijdragen.

Ik wil graag verder mijn dank uitspreken aan al mijn collega's van het Kenniscentrum Zorginnovatie, waarin het lectoraat 'Functiebehoud' is ingebed. In het bijzonder aan mijn collega's die als meelezers hun kritische opbouwende commentaar hebben gegeven op voorgaande versies van deze openbare les. Tenslotte wil ik alle ouderen en hun familie bedanken met wie ik als arts heb mogen werken. Zij vormen een onuitputtelijke bron van inspiratie.

**LITERATUURLIJST**

- Asmus, 2013. *Prognosis of hospitalized older people with different levels of functioning: a prospective cohort study. Age Ageing* 2013; 42(6):803-809
- Bakker, 1989. *Psychogeriatric. Model voor een dynamische systeemanalyse. Metamedica*, 66, nr. 5: 374-394
- Bakker, 2010. *Life expectancy following psychogeriatric reactivation. Dementia and geriatric cognitive disorders. 2005;20(4):215-224*
- Bakker, 2011. *Integrative psychotherapeutic nursing home programme. An.J.Geriatric Psychiatry*, 2011: 19(6): 507-520
- Beekman, 1996. *Depression in later life: studies in the community. Proefschrift VUMC*
- Van Campen, 2011. *Rapport 'Kwetsbare Ouderen'. Uitgave SCP*
- Covinsky, 2003. *Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. J.Am.Geriatr. Soc.* 2003; 51(4):451-458
- Covinsky, 2011. *Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA*, 2011; 300(16): 1782-1793
- CVZ, 2012. *Rapport 'Innovatie zorgberoepen en opleidingen. Uitgave: Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, CVZ, Diemen*
- Van Dijk, 2005. *Comorbidity and 1-year mortality risks in nursing home residents. J.Am.Ger.Soc;* 53(4):660-665
- Gezondheidsraad, 2003. *Rapport 'Overgewicht en obesitas'. Uitgave Gezondheidsraad.*



Gezondheidsraad, 2009. *Rapport 'Preventie bij ouderen; focus op zelfredzaamheid'*.  
Uitgave Gezondheidsraad

Gussekloo, 2000. *Determinants of cognitive decline in the oldest old. The Leiden 85-plus Study*. Proefschrift LUMC

Huber, 2011. *How should we define health?* *BMJ* 2011;343:d4163

Kempen, 2013. *Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster RCT*. *BMJ* 2013; 347: f5264

KNMG, 2010. *Rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'*. Uitgave KNMG

Matthews, 2013. *A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65-years and older from three geographical areas of England*. *Lancet* 2013; 382; 9902: 1405-1412

Mistiaen, 2014. *Mensen met dementie zien de huisarts vaker*. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 2014; 158: A6755

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2014. *Rapport 'Zorgstelsel op koers of op drift?'*

Wenger, 2007. *Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders - 3 Quality Indicative Measurement Set*. *J.Am.Ger.Soc.* 2007; 55(2):247-252

Wouterse, 2013. *Trends in levensverwachting en gezondheid en de gevolgen voor de zorguitgaven. Een scenarioanalyse*. Lezing Geriatriedagen 2013.

Ton Bakker

## Functiebehoud bij ouderen in levensloopperspectief



In 2030 zijn er een miljoen kwetsbare ouderen in Nederland, ongeveer 6% van de bevolking. Hun zelfstandigheid en autonomie worden bedreigd door een veelal progressieve opeenstapeling van functieproblemen. Deze problemen manifesteren zich met name op het lichamelijke, psychische en sociale vlak en leiden tot zorgafhankelijkheid.

In deze openbare les presenteert lector dr. Ton Bakker zijn visie op huidige en toekomstige preventie- en behandelmogelijkheden binnen de gezondheidszorg gedurende de levensloop, gericht op functiebehoud. Bakker stelt dat hiervoor de gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen een ingrijpende structurele verbetering behoeft zowel wat betreft de uitvoering in de dagelijkse praktijk, de opleiding van professionals als de huidige fragmenterende financieringsstructuur. Hij pleit voor een integrale, op een regio-populatie gebaseerde financiering met intensieve samenwerking tussen professionals, docenten, onderzoekers, zorgverzekeraars en gemeenten. Het hoofddoel van een dergelijke samenwerking is het vanuit levensloop-perspectief bevorderen van een 'Waar Leven' voor de bevolking. Een dergelijk 'Waar Leven' is gericht op een zo zelfstandig en autonoom mogelijke ouderdom als gevolg van wijze keuzen - gebaseerd op wetenschappelijke inzichten- door het gehele leven heen. Hier ligt de oplossing voor het terugdringen van het aantal kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen en het bevorderen van een vitale ouderdom. Het lectoraat wil hieraan een relevante bijdrage leveren samen met u.

*Ton Bakker is lector Functiebehoud bij Ouderen in Levensloopperspectief bij het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam.*

