

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

This full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/29826>

Please be advised that this information was generated on 2014-11-19 and may be subject to change.

Van oude mensen, de dingen, die voorbijgaan...

AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. W.H.L. HOEFNAGELS

Radboud Universiteit Nijmegen



AFSCHEIDSREDE

PROF. DR. W.H.L. HOEFNAGELS



De consequenties van de vergrijzing worden vaak omschreven in termen alsof zich een ramp voltrekt. Deze beeldvorming is volgens prof.dr. Willibrord Hoefnagels, hoogleraar Klinische geriatrie, onjuist. De oudere bevolking zal in de nabije toekomst juist vitaler en minder gehandi-

capt zijn en beter medisch behandeld kunnen worden, met minder ingrijpende therapieën. De keerzijde van de medaille is het snel groeiend aantal zeer oude mensen (85-plus), de zogenaamde 'survivors', gekenmerkt door kwetsbaarheid, multimorbiditeit, dementie, eenzaamheid en depressie. Versterking van het specialisme ouderengeneeskunde is volgens Hoefnagels dan ook dringend noodzakelijk.

Willibrord Hoefnagels (Arnhem, 1943) studeerde Geneeskunde in Nijmegen. Hij specialiseerde zich tot internist en later tot klinisch geriater. Tussen 1992 en 2002 was hij hoofd van de afdeling Klinische Geriatrie van het UMC St Radboud. In 1993 is hij benoemd tot hoogleraar binnen dit specialisme. Vanaf 2002 tot heden is hij staflid van het Kenniscentrum Geriatrie.

VAN OUDE MENSEN, DE DINGEN, DIE VOORBIJGAAN...

Van oude mensen, de dingen, die voorbijgaan...

Rede uitgesproken bij het aftreden als hoogleraar in de Klinische geriatrie aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud op vrijdag 29 september 2006

door prof. dr. W.H.L. Hoefnagels

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
 Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN-10 90-811100-1-2
 ISBN-13 978-90-811100-1-3

© Prof. dr. W.H.L. Hoefnagels, Nijmegen, 2006

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Op 26 december 2004, om 7.58 uur lokale tijd, vond een aardbeving plaats in de Indische Oceaan, 160 kilometer ten westen van de noordkust van Sumatra op een diepte van dertig kilometer onder de zeespiegel. Een vloedgolf met een hoogte van dertig meter plantte zich voort met een snelheid van meer dan 500 km per uur, om uren later de kusten te teisteren van Indonesië, Sri Lanka, India, Thailand en Somalië, onder achterlating van 275.000 doden. De wereld had met ontzag en verbijstering het begrip tsunami leren kennen.

De kans dat ons land wordt getroffen door een tsunami lijkt mij te verwaarlozen. Daar staat tegenover dat, met wetmatige zekerheid, Nederland overspoeld zal worden door een andere golf, die nochtans vaak in dezelfde apocalyptische terminologie wordt omschreven. De geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog vormde destijds de aankondiging van een nieuwe generatie, aangeduid met 'babyboomers', een betiteling die gaandeweg een negatieve connotatie heeft gekregen, waarvan dit geboortecohort niet eerder dan bij hun dood (vermoedelijk ver na hun tachtigste jaar) verlost zal zijn.

Immers, babyboomers zijn lastige lieden. Wars van ouderlijk gezag leven zij zich eind jaren vijftig uit in de rock-'n-roll. In de jaren zestig beklimmen zij de barricaden, strijdend tegen universitaire, politieke en militaire machten. Na een gemakkelijk verworven en goedbetaalde baan, waarin zij een ruim pensioen hebben opgebouwd, krijgen zij rond hun vijfenvijftigste last van het 'Zwitserlevengevoel'. Hoewel zij gezonder zijn dan alle generaties voor hen en hun levensverwachting hoger dan ooit, maken zij massaal gebruik van de hun van overheidswege geboden mogelijkheden om zich ruim voor hun vijfenzestigste uit het arbeidsproces terug te trekken. Rond 2030 zullen de 'geboortegolfers' hun tachtigste jaar hebben bereikt. Tot 2050 zijn velen van hen afhankelijk van zorg, inmiddels een schaarsteartikel. De babyboomers, gewend als zij zijn om voor zichzelf op te komen, zullen een eersteklas zorg opeisen als een hun toekomst recht. Ingrijpende generatieconflicten zullen het solidariteitsbeginsel, waarop ons sociale stelsel is gebouwd, zwaar op de proef stellen. Wordt de samenleving bedreigd door een tsunami of is het geschetste onheil niet meer dan een luchtspiegeling?

Dames en Heren, u begrijpt dat ik het retorische model van de overdrijving hanteer om uw aandacht te vragen voor wat is gaan heten 'het probleem van de vergrijzing'. In essentie gaat het daarbij om de voorziene en onvoorziene gevolgen van de geboortegolf van zestig jaar geleden. Vandaar ook de titel van mijn rede, die verwijst naar de gelijknamige roman van Louis Couperus uit 1906. Hij beschrijft daarin hoe drie zeer oude mensen worstelen met de herinnering aan een gebeurtenis, die zestig jaar eerder in hun leven had plaats gevonden.

DE LEVENSV ERWACHTING IN NEDERLAND

De levensverwachting in de westerse wereld, maar ook in de ontwikkelingslanden, stijgt. De structurele leeftijdsopbouw van de bevolking verandert ingrijpend. Thans is in

Nederland het aandeel van de 65 plussers nog 14 %, maar in 2025 is bijna een kwart van de bevolking ouder dan 65 jaar. De 80-plussers vormen nu nog 3 % van de bevolking, maar dit aandeel stijgt tot 8 % in 2050. De levensverwachting bij de geboorte bedraagt in 2004 voor meisjes 81,4 jaar en voor jongens 76,9 jaar, en is daarmee zowel voor jongens als voor meisjes al weer een half jaar langer dan het jaar ervoor. Op 65-jarige leeftijd bedraagt de levensverwachting 15,4 jaar voor mannen en 19 jaar voor vrouwen. Opmerkelijk is dat de toename van de levensverwachting van ouderen in Nederland in de laatste jaren bescheiden is geweest, vooral bij mannen, en om onverklaarde redenen achterblijft bij die van de meeste andere Europese landen. Het is mogelijk dat als gevolg van een sterke verbetering van medische zorg, vooral in de jaren zeventig en tachtig, de mortaliteit is gedaald, maar dat die thans stagneert, omdat onder de oudste ouderen het relatieve aandeel van kwetsbare 'survivors' is toegenomen (Janssen, 2003, p. 722-734).

Belangrijker dan de ontwikkeling van de levensverwachting is echter de vraag in hoeverre de gewonnen jaren ook gezonde jaren zijn, zonder lichamelijke beperkingen. De gezonde levensverwachting toont een snelle en een indrukwekkende toename, want zowel bij vrouwen als bij mannen zijn er sinds het einde van de jaren tachtig tot aan 2003 gemiddeld 6 tot 7 jaar bij gekomen aan gezonde levensverwachting. Deze toename kan niet worden verklaard uit een verschuiving van incidentie of prevalentie van of sterfte aan onderliggende ziekten. Verbeterde opsporing, screening en behandeling van ziekten vormen de meest waarschijnlijke verklaring.

GRENZEN AAN DE LEVENSV ERWACHTING?

Een nog onopgeloste vraag is of de voortdurend stijgende levensverwachting een grens gaat bereiken. Volgens sommige demografen zal nog in de eenentwintigste eeuw de magische leeftijd van 100 jaar worden benaderd. Niet alle onderzoekers zijn het daarmee eens, om niet te zeggen dat de demografen hopeloos met elkaar in de clinch liggen over de levensverwachting op de langere termijn. Ik wil u een stukje van die discussie niet onthouden. Olshansky acht een toename van de levensverwachting tot meer dan 85 jaar niet realistisch omdat rekening moet worden gehouden met het fenomeen van 'entropie' (Olshansky, 2001, p. 1491-1492; Olshansky, 2005, p. 1138-1145). Een voorbeeld moge dit begrip verduidelijken. In het begin van de 20^{ste} eeuw werden vrouwen in het westen gemiddeld 50 jaar oud. Om de gemiddelde levensverwachting met één jaar te doen toenemen van 50 naar 51 jaar is een daling van de mortaliteit nodig geweest van 4 % in alle leeftijdsgroepen. In de eenentwintigste eeuw is voor een toename van de levensverwachting met één jaar van 81 naar 82 jaar een mortaliteitsdaling nodig van 8 % in alle leeftijdsgroepen, dat wil zeggen het dubbele van de mortaliteitsdaling aan het begin van de vorige eeuw. Men moet zich echter realiseren dat de winst in de levensverwachting aan het begin van de vorige eeuw geboekt werd door een zeer opmerkelijke daling van de kindersterfte. In de eenentwintigste eeuw valt op het terrein

van de kindersterfte nauwelijks nog winst te boeken. Verdere winst in de levensverwachting kan alleen behaald worden door een verdere daling van de sterfte aan kanker en hart- en vaatziekten. Echter, zelfs wanneer kanker en hart- en vaatziekten grotendeels geëlimineerd zouden worden, zou een 8 % daling van de mortaliteit niet kunnen worden bereikt.

Een spectaculaire stijging van de gemiddelde levensduur komt pas in zicht, wanneer een doorbraak zou plaatsvinden op een ander terrein dan de uitroeiing van ziekten. Men verlaat dan het domein van de ziekten en betreedt het domein van veroudering. Er zijn aanwijzingen, volgens Vaupel, dat men rekening moet houden met een verandering in de snelheid van het verouderingsproces. Hij wijst erop, dat alle voorspellingen die in het verleden zijn gedaan ten aanzien van grenzen aan de levensverwachting, altijd zijn overtroffen. In Japan, het land met de hoogste levensverwachting van vrouwen, is over de laatste 160 jaar een lineaire stijging van de levensverwachting met 3 maanden per jaar vastgesteld. Er is nog steeds geen enkele aanwijzing dat deze leeftijdstoename van de lineaire curve afbuigt. Vaupel meent daarom dat in de lage mortaliteitslanden zoals Japan, Zweden, Frankrijk, Nederland, de levensverwachting niet langer een maat is voor de gezondheid van de bevolking, zoals in landen met hoge mortaliteit of anders gezegd, dat levensverwachting in deze landen in toenemende mate wordt bepaald door andere factoren dan ziekten. Welke zijn dan deze factoren?

LEVENSV ERWACHTING EN GENEN

Veroudering is een complex biologisch fenomeen, waar meerdere genetische en omgevingscomponenten bij betrokken zijn. Tijdens het leven treedt door externe oorzaken schade op aan cellulaire processen. Genetisch bepaalde herstelmechanismen zijn, als gevolg van een accumulatie van fouten die in de loop van het leven plaats vinden, niet langer toereikend om de opgelopen schade te herstellen. Er vindt intensief onderzoek plaats in diermodellen en bij mensen naar zogenaamde 'longevity genes', dat zijn genen die de levensduur verlengen (Browner, 2004, p. 851-860). Genetische factoren bepalen voor 20 tot 30 % de variatie in de menselijke levensduur. Onderzoek in de Scandinavische landen onder één- en twee-eiige tweelingen heeft geleid tot de vaststelling, dat de genetische invloed op de levensduur vóór het zestigste jaar slechts minimaal is, maar daarna toeneemt. Het bereiken van een zeer hoge leeftijd wordt in toenemende mate door genetische factoren bepaald. Deze bevindingen zouden de theorie over het bestaan van zogenaamde 'longevity genes' kunnen steunen.

Echter, vanuit evolutionair standpunt gezien is deze theorie minder waarschijnlijk, want door het ontbreken van evolutionaire selectiedruk is het immers niet nodig dat mensen langer leven dan voor hun reproductie noodzakelijk is. Uit dierexperimenteel onderzoek is bekend dat bij muizen een enkele genmutatie een levensverlenging kan opleveren van 40 %. Bij de mens zijn echter geen 'single-gen'-mutaties bekend die het

verouderingsproces zelf vertragen. Daarentegen zijn er wel genen die weliswaar geen specifieke 'longevity genes' zijn, maar toch zijn geassocieerd met een langere levensduur. Ter illustratie hiervan noem ik de resultaten van een onderzoek verricht door Barzilai bij personen behorend tot het ras van de Askenazi joden, van wie bekend is dat velen van hen een hoge leeftijd bereiken. In 2003 publiceerde hij de resultaten van een genetisch onderzoek waaruit bleek dat in zijn onderzoekspopulatie – met een gemiddelde leeftijd van 98 jaar – een mutatie voorkwam van het gen dat codeert voor CETP, het Cholesteryl Ester Transferase Proteïne, leidend tot grotere lipoproteïnepartikels en een sterk verminderde prevalentie van cardiovasculaire ziekten (Barzilai, 2003, p. 2030-2040).

Ik noem u deze bevinding om twee redenen. Op de eerste plaats blijkt, dat ook bij de mens een 'single-gen'-mutatie kan leiden tot een langere levensduur. Op de tweede plaats wordt hiermee nog eens de cruciale rol van de kwaliteit van de bloedvaten voor de levensduur bevestigd. Het aloude adagium van Charcot heeft nog niets aan waarheid ingeboet: "L'homme a l'âge de ses artères", de mens wordt zo oud als zijn bloedvaten. Experimenten van de natuur hebben al vaker pathofysiologische processen ontrafeld en de weg gewezen naar therapeutische interventies. Echter, de verwachting dat door gentherapie binnen afzienbare tijd het menselijke verouderingsproces zelf beïnvloed zou kunnen worden is voorlopig meer 'fiction' dan 'science'.

LEVENSV ERWACHTING EN OMGEVINGSFACTOREN

In welke belangrijke mate in lage mortaliteitslanden, dus in de westerse geïndustrialiseerde landen, omgevingsfactoren de levensverwachting beïnvloeden, is de laatste jaren door vele onderzoeken bevestigd. Sociaal- economische factoren, leefstijl, roken, alcohol en voeding spelen daarin een sleutelrol. Ik wil u enkele studies noemen die naar mijn mening op overtuigende wijze de invloed van deze factoren illustreren. Het is al uit vele studies bekend dat een hoge sociaal economische status is gerelateerd aan een hoge levensverwachting zoals ook recent voor de Nederlandse situatie werd gerapporteerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Opnieuw noem ik de uitkomst van een experiment van de natuur, ditmaal gerapporteerd door het Max Planck Institut für Demografische Forschung in Rostock, Duitsland. In 1990 werden het verarmde Oost-Duitsland en het welvarende West-Duitsland herenigd. Onderzocht werd welke invloed dit had op de mortaliteit van Oost-Duitslands oudste ouderen, dat wil zeggen de cohorten geboren in 1895, 1900, 1905 en 1910, dus 80-ers en 90-ers. Vóór de eenwording lagen de mortaliteitscijfers van deze cohorten in het Oosten veel hoger dan in het Westen. Na de eenwording daalde de mortaliteitscijfers van de oudste ouderen in het oosten in snel tempo tot het niveau in het westen (Scholz, 2004, p. 2003-2031). Het belang van deze studie is de bevinding, dat zelfs op zeer hoge leeftijd de levensverwachting binnen een kort tijdsbestek gunstig beïnvloed kan worden door een verhoging van het welvaartspeil.

Ter illustratie van de invloed van leefstijl op de levensverwachting wil ik 2 studies citeren, die met recht 'landmark'-studies mogen worden genoemd. De eerste studie komt uit de inspanningsfysiologie. Myers e.a. onderzochten de invloed van de inspanningscapaciteit op de levensverwachting bij zesduizend mannen van 60 jaar, met een follow-up van zes jaar. De onderzoekspopulatie bestond uit mannen die deels wel en deels niet bekend waren met cardiovasculaire aandoeningen. Er bleek een zeer sterke associatie te bestaan tussen de maximale zuurstofopnamecapaciteit, zoals vastgesteld op een loopband, en de overleving. Het risico om te overlijden in de groep met de laagste zuurstofopnamecapaciteit, dat wil zeggen in de groep mannen met een overwegend zittend leven, was groter dan in iedere andere risicogroep, zoals die met een hoog cholesterol, hypertensie, diabetes, roken en overgewicht (Myers, 2002, p. 793-801). De tweede studie betreft de uitkomsten van de HALE studie (Healthy Ageing: a Longitudinal Study in Europe). Dit onderzoek werd uitgevoerd bij 2300 gezonde ouderen van 70-90 jaar in elf Europese landen met een follow-up van tien jaar (Knoops, 2005, p. 1433-1439). Het bleek dat het gebruik van een mediterrane voeding en een gezonde leefstijl, waaronder dertig minuten lichaamsbeweging per dag, waren geassocieerd met een 50 % lagere mortaliteit. Het opmerkelijke aan deze studie is dat deze lagere mortaliteit werd vastgesteld bij mensen ouder dan 70 jaar. Evenals de bevindingen van het Max Planck Instituut, wijzen deze resultaten op het feit dat mortaliteit ook op hoge leeftijd een plastisch gegeven is, dat wil zeggen gevoelig voor interventie. Op deze plaats past wellicht een opmerking in de richting van de vele pseudowetenschappelijke ondernemingen die via internetsites tegen forse betaling pillen, hormonen, vitamines leveren, die de levensduur zouden verlengen. Ik wil hier vooral de term levensverlenging onder de loep nemen. Levensverlenging bestaat niet, maar misschien moet men een fijnproever zijn om het verschil te kunnen smaken tussen 'verlengen van het leven' en 'voorkomen dat men voortijdig overlijdt'. Toch is alleen dit laatste voorlopig bereikbaar. Een gezonde leefstijl verlengt het leven niet, maar voorkomt dat men 'gaat' voor het zijn tijd is. Genetische factoren scheppen het kader, dat de mate bepaalt waarin een verdere toename van de levensverwachting door gezond te leven, nog kan toenemen. Men kan het ook eenvoudig zeggen, met dank aan een populair liedje uit de vorige eeuw: "Als je voor een dubbeltje geboren bent, dan word je nooit een kwartje".

Er is inmiddels een overstelpende hoeveelheid literatuur waaruit het belang blijkt van geregelde en voldoende intensieve lichaamsbeweging voor de levensverwachting en de preventie van een reeks van aandoeningen: hart- en vaatziekten, hypertensie, overgewicht, diabetes, depressie, cognitieve stoornissen (Wang, 2006, p. 1115-1120), botontkalking. Misschien komen wij nu pas tot de ontdekking, dat in welvarende westerse samenlevingen mensen al te lang hun evolutionair bepaalde rol van jagers hebben verwaarloosd.

VERWEVENHEID VAN VEROUDERING EN ZIEKTEN

Tot zover heb ik gesproken over levensverwachting, veroudering en risicovermijding. Onvermijdelijk kom ik nu aan op het domein van ziekten en veroudering. Veroudering en ziekten zijn twee zijden van eenzelfde medaille. Veroudering is echter geen ziekte, al was het alleen maar omdat veroudering, anders dan ziekte, zonder uitzondering bij ieder levend organisme optreedt. Wat biologische veroudering dan wel is, laat zich niet eenvoudig definiëren. 'Veranderingen die optreden aan weefsels en organen als functie van de tijd' is een juiste maar weinig bevredigende definitie, omdat nog steeds de essentie van biologische veroudering niet is gevangen. Artsen die oude patiënten behandelen dienen zich steeds te realiseren dat het object van hun klinische en wetenschappelijke interesse altijd de resultante is van een twee-eenheid die op dat moment niet meer gescheiden kan worden: veroudering en ziekte. Een voorbeeld is atherosclerose. In de Baltimore Longitudinal Study of Aging, waarin proefpersonen vele jaren worden vervolgd, verrichtte Lakatta onderzoek naar de eerste verschijnselen van veroudering van bloedvaten nog voordat subklinische atherosclerose was opgetreden. Hij stelde een vooralsnog onverklaarde, leeftijdgerelateerde toename vast van de vaatwanddikte van de grote vaten zoals van de a. carotis communis en een disfunctie van het endotheel. Hieraan gerelateerd is een geleidelijke stijging van de systolische bloeddruk, waardoor een neerwaartse spiraal in gang wordt gezet, een proces dat bij hypertensie ook reeds op jonge leeftijd kan optreden. Vasculaire veroudering en vasculaire ziekte zijn partners. Wat wij waarnemen is de interactie tussen beiden, waarbij het verouderingsproces als het ware de voedingsbodem vormt voor de vasculaire ziekte. Interventies van verschillende aard kunnen dit proces van interactie beïnvloeden (Lakatta, 2003, p. 139-146; Lakatta, 2003, p. 346-354). Opnieuw breng ik onder uw aandacht dat interventies zoals geregelde, over een langere tijd volgehouden lichamelijke inspanning van een voldoende intensiteit ('endurance training') de beste interventie is om de endotheelfunctie en daarmee de kwaliteit van de bloedvaten op peil te houden (Rywik, 1999, p. 2136-2142). Bij mij dringt zich een, niet wetenschappelijk verantwoorde, vergelijking op met het tanden poetsen, een activiteit waardoor, mits geregeld en adequaat uitgevoerd, cariës goeddeels kan worden voorkomen. Het is een normale activiteit die wij probleemloos en meerdere malen per dag uitvoeren. Het is jammer, dat mensen niet of veel minder met dezelfde regelmaat en zorgvuldigheid de kwaliteit van hun bloedvaten onderhouden. Analooq aan de slagzin waarmee de *New England Journal of Medicine* enige tijd geleden adverteerde ("Jog your mind too") zou ik willen zeggen: "Brush your vessels too!", borstel uw bloedvaten ook!

PREVENTIE EN VEROUDERING

De veroudering van de bevolking in Nederland en andere westerse landen moet onder ogen worden gezien in al zijn consequenties voor de gezondheidszorg. Aan het begin van

de eenentwintigste eeuw ligt er nog steeds meer nadruk op de behandeling van aan leeftijd gerelateerde ziekten dan op de preventie daarvan. Vanuit het oogpunt van zowel het welzijn van ouderen als betaalbaarheid van de gezondheidszorg is duidelijk dat voor de toekomst nog een wereld gewonnen kan en moet worden op het terrein van preventie, vooral door het stimuleren van gezond gedrag. Preventieve gerontologie is de wetenschap die zich bezig houdt met het voorkomen van ziekten die zich op hoge leeftijd manifesteren, door preventieprogramma's die in eerdere levensfasen moeten worden uitgevoerd (Hazzard, 1997, p. 206-215). Een voorbeeld is de preventie van osteoporose, een veel voorkomende aandoening bij vooral oudere vrouwen leidend tot pijn, vallen mobiliteitsstoornissen en invaliditeit. Preventie dient zich te richten op vrouwen in de leeftijd van 20-30 jaar, wanneer door gerichte lichaamsbeweging een zo hoog mogelijke botmassa kan worden opgebouwd.

Het is zeer gewenst dat er meer wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt gericht op verandering van 'high-risk'-gedrag van mensen. Het verspreiden van informatie over de consequenties van risicovol gedrag, is hoe belangrijk ook, onvoldoende. Er is waarschijnlijk niemand te vinden onder de miljoen rokers in Nederland die niet weet dat roken de gezondheid schaadt. Misschien hebben we een nieuw type van experts, gezondheidswerkers, nodig die niet alleen kennis aan mensen verschaffen over risico's maar ook met hen samenwerken om als partners realistische doelen te stellen en te bereiken. Daarvoor is echter ook kennis nodig uit de psychosociale wetenschappen die onderbouwde methoden moeten aanleveren, omdat het veranderen van gedrag een niet te onderschatten probleem vormt. Voor alle duidelijkheid wil ik benadrukken dat het doel van preventieve gerontologie niet is het vertragen van de veroudering of de verlenging van het leven. Het gaat om het verlengen van levensduur, die in relatief goede gezondheid en vrij van handicaps kan worden doorgebracht.

SUCCESVOLLE VEROUDERING.

Het begrip 'Successful aging', werd geïntroduceerd door Robert Havighurst in 1961 en betekende aanvankelijk: een lang en gelukkig leven in goede gezondheid. Toch is het begrip niet zo eenduidig (Bowling, 2005, p. 1548-1551). Het antwoord op de vraag 'Wat is succesvolle veroudering' hangt af van aan wie de vraag gesteld wordt: aan de psychogerontoloog, de biogerontoloog, de klinisch geriater of de oudere zelf. De biomedische theorie legt de nadruk op het gevrijwaard blijven van ziekten en het behoud van fysieke en cognitieve functies. Uit het onderzoek van Margaret von Faber van de Leidse 85plus- studie blijkt hoezeer de biomedische benadering van succesvolle veroudering verschilt van wat de oudere zelf als succesvol percipieert, namelijk: ondanks hoge leeftijd en ziekte, erin slagen zich aan te passen aan gewijzigde omstandigheden (Von Faber, 2002). Dit is een realistischer benadering van het begrip dan die welke de biomedische wetenschap ons voorhoudt en die in feite neerkomt op een ontkenning van de normale ouderdom.

Het antwoord op de vraag wat een oudere zelf beschouwt als succesvol is echter sterk tijdsgebonden. De huidige 80-plusser die armoede, crisis en oorlog heeft meegemaakt, die heeft gewerkt aan de wederopbouw, zich verbonden wist aan kerk en vereniging, die niet gewend is eisen te stellen, zal in sterke mate verschillen van de oudere van morgen, die altijd gewend is geweest om welvarend, autonoom, individueel in het leven te staan met expliciete wensen ten aanzien van wonen gezondheid en zorg. Echter, ongetwijfeld zal de oudere van de toekomst nog steeds van mening zijn dat 'gezondheid', hoe belangrijk ook, niet doorslaggevend is voor succesvol ouder worden. Met een slechte gezondheid valt nog te leven maar dat is niet meer het geval als men, beroofd van betekenisvolle sociale contacten zijn laatste jaren in eenzaamheid moet slijten. Het is ook altijd mijn persoonlijke indruk geweest dat veel ouderen eenzaamheid als de grootste bedreiging of last van de ouderdom ervaren. Interventies gericht op dit probleem zullen veel meer de wetenschappelijke agenda moeten gaan bepalen, dan thans het geval is. (Stevens, 2006, p. 44-50)

OUDE PATIËNTEN IN HET UMC ST RADBOUD: EEN ENQUÊTE ONDER DE HOUGLERAREN

De klinische hoogleraren van het UMC St Radboud heb ik begin 2006 de vraag voorgelegd wat de geneeskunde de afgelopen twintig jaar heeft bijgedragen aan diagnostiek en behandeling van oude patiënten en ook op welke nieuwe ontwikkelingen hun hoop en verwachting voor de komende jaren is gevestigd. Ik heb van de 31 antwoorden die ik mocht ontvangen een compilatie gemaakt waarmee in grote lijnen het volgende beeld kan worden geschetst.

Door vrijwel alle ondervraagden werd gewezen op een toename van *aandacht* voor de oude patiënt. Opvallend vaak werd genoemd dat oude patiënten thans geen behandelingen meer worden onthouden, omdat ze daarvoor te oud zouden zijn. Dat is een verheugende ontwikkeling. Immers, uit de literatuur is bekend dat ouderen op grond van hun leeftijd niet altijd de juiste medisch behandeling ontvangen, zelfs niet als de effectiviteit in voldoende mate is aangetoond. Een recent voorbeeld hiervan is de introductie van trombolysen bij het acute hartinfarct. Deze behandeling werd aanvankelijk bij ouderen minder frequent toegepast, ondanks de beschikbare evidentie dat trombolysen bij oudere patiënten effectiever is dan bij jongere.

Het verdwijnen van *leeftijdscriminatie*, is ongetwijfeld niet alleen het gevolg van een wijziging in de attitude ten opzichte van ouderen, maar ook van *technische ontwikkelingen* waardoor diagnostische en therapeutische interventies minder ingrijpend zijn geworden en daardoor uitvoerbaar. Voorbeelden zijn CT- en PET-scanning, MRI, ECHO, endovasculaire behandelingen, minimaal invasieve technieken in heelkunde en urologie en combinaties van radiotherapeutische, chirurgische en cytostatische be-

handelingen in de oncologie. Er is inmiddels een indrukwekkend scala van *implantaten* beschikbaar gekomen door een combinatie van materiaalkennis, elektronica en techniek, waarbij de respondenten noemen: ooglensimplantaten, digitale hoortoestellen, gebitsimplantaten, gewrichtsimplantaten in het bijzonder van heup en knie, pacemakerimplantaten, hartkleppen, vaatprothesen.

Een verbetering van *kwaliteit van leven*, door veel respondenten genoemd, is een doelstelling die expliciet de laatste twintig jaar haar intrede in de geneeskunde heeft gedaan. Er is veel meer aandacht ontstaan voor de relatie tussen medische behandeling en het *individuele en sociale menselijk functioneren*. Dat vooral het bewegingsapparaat daarin een cruciale rol speelt, wordt niet alleen onderkend door de klinische geriatrie maar ook door de revalidatiegeneeskunde, de verpleeghuisgeneeskunde, de oncologie, de orthopedie, de verplegingswetenschappen en de paramedische wetenschappen

Rechtstreeks gerelateerd aan de aandacht voor de kwaliteit van leven zijn de *zorgsystemen* die werden ontwikkeld, wederom niet uitsluitend door de geriatrie, vaak wel aantoonbaar naar voorbeeld daarvan. Genoemd werden de interdisciplinaire werkwijze, de dagbehandeling, gespecialiseerde poliklinieken, transmurale ketenzorg, specifieke revalidatie van ouderen, verpleeghuisgeneeskunde en terminale zorg in hospices.

Ook ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen moet ik in dit bestek een selectie maken in de door de hoogleraren genoemde thema's.

Op de eerste plaats hoop ik, met velen van hen, dat vroege diagnostiek van een predispositie voor de ziekte van Alzheimer, gevolgd door primaire preventie binnen het bereik komt. Echter, die mogelijkheid acht ik voor de komende twintig jaar niet groot. Binnen deze termijn dient voorlopig onze hoop gevestigd te blijven op de vroege behandeling van de ziekte zelf. Men mag voor de vroege diagnostiek hoge verwachtingen hebben van de combinatie van neuropsychologische en beeldvormende technieken. Voorts komen er ongetwijfeld geneesmiddelen ter beschikking die het dementieproces kunnen afremmen. Tot die tijd blijft dementie met stip bovenaan de lijst staan als het gaat om aandoeningen met de grootste persoonlijke ontluistering, de zwaarste belasting voor de familie en de hoogste kosten voor de maatschappij.

De mogelijkheden voor interventie van kanker op oudere leeftijd zijn aanmerkelijk groter. Kanker wordt geleidelijk aan een chronische aandoening met de toenemende beschikbaarheid van cytostatica die meer specifiek op verschillende geactiveerde 'pathways' van het kankerproces ingrijpen. Ook hier geldt echter dat de perspectieven op genezing voorlopig nog geen doorbraak zullen laten zien.

De daling van morbiditeit en mortaliteit van hart- en vaatziekten ingezet in de jaren zeventig is voorlopig nog niet in zicht. Kennis van risicofactoren, inzicht in het pathogenetische proces van atherosclerose, mogelijkheden van preventie, kennis uit

grote medicamenteuze trials, hartklepchirurgie en verbetering pacemakertechnologie hebben allen hiertoe bijgedragen.

Een van de grootste en meest veelvuldige voorkomende handicaps bij hoogbejaarden is wel de slechtiendheid door een leeftijdsgebonden maculadegeneratie. Er bestaat een reële hoop dat met de komst van angiogeneseremmers deze invaliderende aandoening behandeld kan worden. Tenslotte zijn er verwachtingen uit de hoek van de farmacogenetica. Tot nu toe worden geneesmiddelen ontwikkeld tegen ziekten, waarbij door middel van 'trial and error' moet worden bepaald of en hoe de patiënt op het geneesmiddel reageert. Farmacogenetica is een wetenschap die het in de toekomst mogelijk maakt om vooraf vast te stellen of en hoe de patiënt op het geneesmiddel zal reageren, wat juist voor ouderen met hun vaak onvoorspelbare reacties en bijwerkingen op geneesmiddelen van groot belang is.

Ik constateer dat, vergeleken met twintig jaar geleden de oude patiënt steeds verder naar het centrum van de medische belangstelling is opgerukt. Dit is op zichzelf een verheugende ontwikkeling, waarvoor echter ook een prijs moet worden betaald en dat is niet alleen letterlijk bedoeld. In toenemende mate wordt juist de geriatrie geconfronteerd met de 'succesgevallen' van andere medische specialismen. Dat zijn patiënten die op hun vijfentachtigste of negentigste jaar zich aandienen op de geriatrie met hartfalen, dementie en terminale nierinsufficiëntie, dat wil zeggen ziekten en aandoeningen waarvoor zij gespaard zouden zijn gebleven wanneer zij niet eerder een succesvolle behandeling hadden ondergaan. De geriatrie ziet de keerzijde van de medaille, de 'failures of succes', de 'kwetsbare overlevers'.

OVER HET EIGENE VAN GENEESKUNDE VOOR OUDEREN

De ouderengeneeskunde heeft, ongeacht waar ter wereld het specialisme zich heeft ontwikkeld, zijn wortels in de Interne Geneeskunde (Grimley Evans, 1997, p. 1075-1077). In Nederland was dit niet anders. Toch werd de kleine groep van internisten die in 1983 aan de wieg stond van het nieuwe specialisme klinische geriatrie door hun voormalige vakbroeders en -zusters met de nodige scepsis bekeken. Het heeft veel tijd en overtuigingskracht gekost om aan te tonen dat specifieke afdelingen voor ouderen, een interdisciplinaire werkwijze en een behandeling gericht op functieherstel, de onmisbare ingrediënten vormen van een effectieve geneeskundige behandeling (Cohen, 2002, p. 905-912). Thans heeft het specialisme klinische geriatrie zijn missioneringstaak volbracht. Het wordt tijd om terug te keren naar de interne geneeskunde om verder te gaan onder de naam ouderengeneeskunde, met behoud van alle verworvenheden van 25 jaar klinische geriatrie. Alleen door de krachten te bundelen zal het mogelijk zijn de vloedgolf aan patiënten op te vangen, het wetenschappelijk onderzoek de nodige impulsen te geven en het aantal medisch specialisten in de ouderenzorg op peil te bren-

gen. Samen met mijn collega's Westendorp en Slaets heb ik al een jaar of vijf geleden het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie de suggestie gedaan om de terugweg naar de interne geneeskunde te gaan verkennen. Toen bleek echter de tijd nog niet rijp. Persoonlijk geeft het mij een grote voldoening dat het reïntegratieproces nu gaande is. De klinische geriatrie is, ook voor mijzelf, een uitstap geweest, die de *Guide Michelin* met drie sterren zou bekronen, dat wil zeggen: 'vaut le voyage', het was de moeite van de reis meer dan waard.

Ouderengeneeskunde is evenals kindergeneeskunde een medisch specialisme dat zijn bestaansrecht ontleent aan de specifieke medische problemen die de levensfase van de patiënt met zich brengt. De ouderengeneeskunde zie ik, in meer dan één opzicht, als een afspiegeling van de kindergeneeskunde. De interdisciplinaire werkwijze, de aandacht voor psychische, fysieke en sociale aspecten, de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van het individu en de ethische problemen samenhangend met het begin en het einde van het leven zijn allen gemeenschappelijke kenmerken van beide specialismen. 'Uphill en downhill' in het menselijke bestaan vertonen de pathofysiologische en psychosociale processen opmerkelijke overeenkomsten. Is het erg gewaagd om te voorspellen dat de ouderengeneeskunde dezelfde ontwikkelingsgang zal gaan als de kindergeneeskunde? Ik denk het niet. Ik hoop dat binnen de ouderengeneeskunde nieuwe specialismen zullen ontstaan op de terreinen van de oncologie, neurologie, cardiologie, vasculaire geneeskunde, klinische farmacologie en acute geneeskunde. Men ziet nu reeds, naast de al langer bestaande faciliteiten voor geheugen- en psychiatrische problemen, ook poliklinieken ontstaan voor patiënten die vallen of aan hartfalen lijden.

OUDERENGENEESKUNDE EN PATIËNTENZORG

Onvermijdelijk leidt reflectie over wat goede patiëntenzorg voor ouderen inhoudt, tot een meer algemene overweging over actuele ontwikkelingen in de medische en verpleegkundige zorg. Een van de respondenten op mijn enquête onder de hoogleraren van het UMC betwijfelde of de kwaliteit van de patiëntenzorg werkelijk erop vooruit is gegaan met al onze kennis en kunde. Natuurlijk heeft protocollaire, 'evidence based' geneeskunde door het gebruik van niet-invasieve, weinig belastende technieken, de kwaliteit van het geneeskundige handelen enorm verhoogd. Dat is echter niet waar deze respondent op doelde. Hij noemde in zijn toelichting: werkelijke aandacht, belangstelling, inlevingsvermogen, ofwel bekommernis om de patiënt. Heeft deze kwaliteit van zorg gelijke tred gehouden met alle diagnostische en therapeutische innovaties?

Alvan Feinstein publiceerde in 2002 in *JAMA* een artikel onder de titel: *Is quality of care being mislabeled or mismeasured?* (Feinstein, 2002, p. 472-478). 'Mislabeled', omdat het etiket 'kwaliteit van zorg' soms geplakt wordt op een activiteit die beter kan

worden gelabeld als een ‘kwaliteit van vaardigheid waarmee een medische handeling wordt uitgevoerd’. ‘Mismeasured’, omdat kwaliteit van zorg wordt afgemeten aan indicatoren zoals wachttijden, opnameduur, complicaties, mortaliteit, gebruik van richtlijnen en protocollen. Hoe belangrijk deze indicatoren ook zijn, zij bieden nog geen garantie voor een goede kwaliteit van het zorgproces, zoals adequate pijnbestrijding, verschaffen van begrijpelijke informatie, luisteren naar zorgen en angsten van patiënt en familie, passende maatregelen voor het ontslag, rekening houden met patiëntkeuzen tegen het einde van het leven. Het gevaar is niet denkbeeldig dat in een door marktwerking beheerste gezondheidszorg de indicatoren door zorgverzekeraars misbruikt zullen worden als maat voor kwaliteit van het zorgproces. Daarnaast is het nog volstrekt onduidelijk of de nieuwe zorgverzekeringswet niet de mogelijkheid open laat om bepaalde groepen met een hoger risico, zoals ouderen, chronisch zieken en gehandicapten van bepaalde vormen van zorg uit te sluiten (Erken 2004). Misschien zou juist het specialisme ouderengeneeskunde samen met de ziekenhuisonderdelen kwaliteit van zorg en verpleegkunde, het initiatief moeten nemen in het wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van het zorgproces en de toepassing daarvan.

OUDERENGENEESKUNDE EN WETENSCHAP

De wetenschapsbeoefening aan de afdeling klinische geriatrie heeft zich kunnen ontwikkelen door een gelukkige samenloop van omstandigheden.

In 1988, geplaatst voor de opdracht van de Raad van Bestuur om met de nodige slagvaardigheid niet alleen patiëntenzorg en onderwijs, maar ook het wetenschappelijk onderzoek te starten heb ik ervoor gekozen om het thema ‘Bloeddrukregulatie bij ouderen’, samen met René Jansen begonnen op de Interne Geneeskunde onder leiding van Theo Thien, verder uit te bouwen. In 1994 kwamen mensen en middelen op het goede moment samen, toen een forse subsidie van het Nederlands Stimuleringsfonds voor Ouderenonderzoek (NESTOR) de mogelijkheid bood aan de talentvolle onderzoekers Marcel Olde Rikkert, Dave van Kraay, Dieneke van Asselt en Hein van Hout om ook andere wetenschappelijke terreinen te verkennen. Daarmee werd de basis gelegd voor het huidige wetenschappelijk programma onder leiding van professor Marcel Olde Rikkert, dat zich samen met diverse partners richt op verschillende aspecten van de ziekte van Alzheimer, zoals onder andere de pathofysiologie van de cerebrale circulatie, een verfijning van neuropsychologische diagnostiek, mobiliteitsstoornissen, medicamenteuze behandeling en de psychosociale en ergotherapeutische zorg aan patiënt en centrale verzorger. Voor een verdere ontwikkeling van verouderingsonderzoek zal het nodig zijn om strategische allianties aan te gaan. Olde Rikkert heeft onlangs middels een inventarisatie aangetoond dat binnen het Nijmegen Centre for Evidence Based Practice, het Nijmegen Centre for Molecular and Life Sciences en het Topcentrum Cognitive Neurosciences op veel terreinen verouderingsonderzoek plaats

vindt, maar dat het UMC St Radboud tot dusverre nog te weinig gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om zich hiermee te profileren. De Raad voor Gezondheidsonderzoek heeft op verzoek van het Ministerie voor vws onlangs een rapport uitgebracht waarin wordt geadviseerd om verouderingsonderzoek en klinische patiëntenzorg dichter bij elkaar te brengen. Juist in Nijmegen lijken hiervoor de optimale condities aanwezig te zijn.

BESLUIT

Niet zelden laat de scheidende hoogleraar een boodschap achter, bestemd voor overheid en beleidsmakers, met als doel nog eenmaal de juiste richting te wijzen of de laatste maal een waarschuwende vinger op te steken. Ook ik kan die aandrang niet helemaal weerstaan. Mijn lijstje met, overigens louter onbescheiden, wensen ziet er als volgt uit:

- 1 Een *samenhangend* beleidsplan voor de *lange termijn*, waarin een visie wordt ontwikkeld op ouderen met betrekking tot welzijn, gezondheid, zorg, wonen en pensioenen.
- 2 Een *beleid gedifferentieerd naar levensfase*: de derde levensfase tot 75 jaar, de vierde levensfase van 75 tot 85 jaar en de vijfde levensfase boven de 85 jaar. Een ongedifferentieerd ouderenbeleid voor 55 plussers maskeert de specifieke knelpunten, die elk van deze fasen met zich meebrengt.
- 3 *Erkenning van de intrinsieke waarde van ouderen voor de samenleving*. Ouderen zijn, ook economisch, veelal nog lang niet afgeschreven. Hun levens- en werkervaring kunnen en moeten beter worden benut. Zij hebben hun eigen unieke waarde in de samenleving. Zij dienen niet te worden gezien als een kostenpost of een object van zorg, want dat zijn zij niet.
- 4 *De afschaffing van pessimistische en optimistische vergrijzingsscenario's*. Ziekten en beperkingen tonen een tendens tot dalen. De mogelijkheden tot preventie zijn nog onvoldoende benut: zowel door een gezondere levensstijl als door medische interventies is veel winst te boeken. Anderzijds: de keerzijde van de succesvolle veroudering zijn de kwetsbare ouderen, die aangewezen zijn op onze niet aflatende zorg.
- 5 Om te blijven in de beeldspraak van vloedgolven: er dient een *'deltaplan'* voor de zorg aan *kwetsbare ouderen* te komen. Het snel groeiende kwetsbare contingent, ouder dan 85 jaar met multimorbiditeit, cognitieve en fysieke handicaps, kan zich niet altijd redden. U hoeft nu slechts even te denken aan de zorg die u wenst voor uw hoogbejaarde vader/moeder, grootouders of overgrootouders, wanneer zij ziek worden. Voor hen dient de samenleving inspanningen te leveren en offers te brengen. Het gaat daarbij om de garantie van een blijvende, hoogkwalitatieve zorg. Voor deze patiënten is de ouderengeneeskunde het medisch specialisme van

nu, maar zeker ook van de toekomst. Een integratie van de klinische geriatrie en de interne geneeskunde biedt de beste garantie om het groeiende aantal kwetsbare ouderen in de ziekenhuizen te accommoderen. De haalbaarheid van een blijvende hoogkwalitatieve zorg wordt echter bepaald door de bereidheid van de samenleving om de economische voorwaarden te accepteren. Vergeeft u mij wanneer ik nu te ver buiten mijn vakgebied treedt, maar naar mijn overtuiging zal aan een tweetal voorwaarden moeten worden voldaan, waarin ik mij overigens gesteund voel door een recent rapport van de Sociaal Economische Raad:

- *Een pensioengerechtigde leeftijd op 67-jarige leeftijd en hoger.* Jean Cotis, de 'Chief-economist' van de OESO, de economische denktank van de Europese Unie, bepleitte vorig jaar al een geleidelijk optrekken van de pensioengerechtigde leeftijd parallel aan de toenemende levensverwachting, in overeenstemming met het principe: wie langer en gezonder leeft, kan ook langer werken.
- *Een grotere arbeidsparticipatie (ouderen en vrouwen).* Volgens alle economische modellen is dit de enige manier om het sociale en gezondheidszorgsysteem te handhaven, de pensioenuitkeringen op peil te houden en een stijging van de sociale en pensioenpremies te voorkomen (Westerhout, 2005).

WOORDEN VAN DANK

Vierenveertig jaar heb ik gestudeerd en gewerkt aan deze universiteit, waarvan zesendertig jaar in een fantastisch ziekenhuis. Ik ben in die periode zeer veel bijzondere mensen tegen gekomen, die mij geleerd en gevormd hebben. Op de eerste plaats heb ik alle reden om patiënten dankbaar te zijn. Ik ben vaak diep onder de indruk geweest van de levensverhalen die zij mij hebben toevertrouwd. Ik heb geleerd dat velen van hen ondanks hoge ouderdom, tegenslag en ziekte, in staat waren om door te groeien in hun persoonlijkheid. Ik heb ervaren dat door het intensieve en unieke contact met patiënten mijn eigen persoonlijkheid zich verder kon ontwikkelen. Vaak ook was ik getroffen en ontroerd door hun dankbaarheid.

Mijn eigen levensloop in 'de Radboud', toont aan dat mij vele mogelijkheden zijn geboden om medisch specialistische en andere kwaliteiten te ontwikkelen: de opleiding tot internist, het werken en promoveren op de afdeling endocrinologie, de terugkeer naar de algemene interne geneeskunde, de overstap naar het specialisme klinische geriatrie. Ik voelde mij steeds een zondagskind, dat de kans kreeg te doen waar het zin in had, daartoe in staat gesteld door verschillende Raden van Bestuur en met name de bestuurders Hans Nolet, Frank Gribnau, Peter Vooijs en George Padberg. Ik heb de ruimte gekregen om initiatieven te ontplooiën. Ik mocht de eerste academische afdeling geriatrie in Nederland opbouwen, letterlijk en figuurlijk, daartoe in staat gesteld door een aan-

zienlijke donatie van de Janivo Stichting. In de laatste jaren heb ik de mogelijkheid aangegrepen om mijn gevoel van betrokkenheid bij het reilen en zeilen van universiteit en ziekenhuis om te zetten in bijdragen aan medezeggenschap door een lidmaatschap van de Universitaire Gezamenlijke Vergadering en de in 2001 opgerichte UMC-Raad, waarvan ik de eerste voorzitter mocht zijn. In die functie heb ik kunnen functioneren dankzij de kennis en ervaring van de vice-voorzitter Jan Joep de Pont. De nog onervaren UMC-Raad heeft zich kunnen spiegelen aan een goed functionerende Universitaire Gezamenlijke Vergadering. Van haar voorzitter Lettie Lubsen heb ik geleerd, dat de invloed van de medezeggenschap niet in de eerste plaats wordt bepaald door de formele bevoegdheden, maar door de inhoudelijke kwaliteit van de overlegvergaderingen. Voor de toekomst heb ik de wens, dat de Radboud Universiteit en het UMC St Radboud niet elk hun eigen koers varen, maar in goede onderlinge samenwerking, het eigen gezicht van Nijmegen zullen blijven bepalen.

Marcel Olde Rikkert: ik prijs mij gelukkig dat jij vijftien jaar geleden, op zoek naar wetenschappelijk werk, bij mij aan de deur hebt geklopt. Als ik mijzelf dan ergens voor mag prijzen, dan is dat het feit dat ik je heb binnen gelaten en gehouden. Ik had al heel snel gezien, dat in jou een toekomstige hoogleraar schuilging. Dat ik dit juist heb ingeschat is niet mijn verdienste maar zegt iets over jouw kwaliteiten. Je hebt mij gaandeweg steeds weer verrast, door, onopvallend, opvallende talenten te etaleren: als wetenschapper, ontwikkelaar van onderwijs, leraar, dokter, opleider, manager. Het Alzheimer Centrum in Nijmegen, waarvan jij en Myrra Vernooij de coördinatoren zijn, heeft zich in korte tijd met vele promovendi kunnen ontwikkelen tot één van de vooraanstaande centra, nationaal en internationaal. Het was een voorrecht om met jou te mogen werken, waarvan ik nu met enige spijt afscheid moet nemen, zij het dat wij blijven samenwerken in de hoop met Nederlandse en Vlaamse collega's een Nederlands leerboek voor de geriatrie tot stand te brengen.

Stafleden Geriatrie: ik ben er trots op dat ik met zulke voortreffelijke collega's mocht samenwerken en met twee van jullie al zeer lange tijd. Ik noem daarom Annemie Diepstraten en René Jansen. Annemie, jij was een van mijn eerste collega's en je bent de constante factor geworden bij wie de continuïteit van de patiëntenzorg steeds in vertrouwde handen is. René, jij bent een nogal eigenzinnig man. Ik heb je echter desondanks altijd gewaardeerd om je inzet, je ambitie en vasthoudendheid in je wetenschappelijke werk en jouw belangrijke rol in het realiseren van een zeer succesvol Geriatriesch Diagnostisch Dagcentrum.

Medewerkers Kenniscentrum Geriatrie: interdisciplinair overleg vormt de basis van het succes van de geriatrische werkwijze. Bereidheid en inzicht om de eigen deskundig-

heid niet te laten prevaleren boven die van anderen, zijn eigenschappen die ikzelf niet van huis uit heb meegekregen. Ik heb veel mogen leren van jullie, die wel van het begin af de waarde van het interdisciplinaire overleg hebben onderkend. Marga Jansen, Lex Smetsers en Wim van de Vrie, met het noemen van jullie namen als opeenvolgende hoofden van de verpleegafdeling geriatrie wil ik alle medewerkers van het Kenniscentrum Geriatrie danken voor jullie inzet, die onze afdeling geriatrie tot een van de besten in Nederland heeft gemaakt.

Lieve Maartje, Gijs, Meike en Imke: kinderen danken vaak hun ouders voor wat zij meegekregen. Helaas, mijn goede ouders zijn er niet meer. Maar ouders hebben ook veel aan hun kinderen te danken. Ik voel me met jullie, alsook met Guido, Emiel en Peter en de kleine Ties intens verbonden en gelukkig, waardoor ik in staat was te doen wat ik wilde doen.

Lieve Els: ik heb in al die jaren veel mensen voorbij zien gaan, maar jou niet. Jij bleef, optrekkend samen met mij. Toen ik de richting insloeg van de geriatrie, maakte jij de overstap van de pedagogiek naar de gerontologie. Wij waren tochtgenoten en zullen samen onze weg blijven vervolgen naar nieuwe horizonten. Omdat, wat ik op dit moment zou willen zeggen niemand, behalve jou, aangaat, verkies ik het mijn mooiste woorden voor jou te bewaren, voor een ander moment.

Tenslotte, met wie kan ik beter besluiten dan met de dichter Ida Gerhardt, die in haar gedicht *Genesis* de essentie van de ouderdom zo trefzeker onder woorden kon brengen:

Oud worden is het eindelijk vermogen
ver af te zijn van plannen en getallen ;
een eidelijke verheldering van ogen
Voordat het donker van de nacht gaat vallen.

Het is een opengaan van vergezichten,
een bijna van gehavendheid genezen ;
een aan de rand der tijdeloosheid wezen.
Of in de avond gij de zee ziet lichten.

Het is, allengs, een onomstotelijk weten
dat gij vernieuwd zult wezen en herschapen
wanneer men van U schrijven zal: 'ontslapen'.
Wanneer Uw naam op aarde is vergeten.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES:

- Barzilai, N., Atzmon, G., Schechter, C., Schaefer, E.J., Cupples, A.L., Lipton, R., Cheng, S., Shuldiner, A.R., 'Unique lipoprotein phenotype and genotype associated with exceptional longevity', in: *Journal of the American Medical Association*, 290, p. 2030-2040, 2003.
- Bowling, A., Diepe, P., 'What is succesful ageing and who should define it?', in: *British Medical Journal*, 331, p. 1548-1551, 2005.
- Browner, W.S., Kahn, A.J., Ziv, E., Reiner, A.P., Oshima, J., Cawthon, R.M., Hsue, W., Cummings, S.R., 'The genetics of human longevity', in: *American Journal of Medicine*, 117, p. 851-860, 2004.
- Cohen, H.J., Feussner, J.R., Weinberger, M., Carnes, M., Hamdy, R.C., Hsieh, F., Phibbs, C., Lavori, P., 'A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management', in: *New England Journal of Medicine*, 346, p. 905-912, 2002.
- Grimley Evans, J., 'Geriatric Medicine: a brief history', in: *British Medical Journal*, 315, p. 1075-1077, 1997.
- Feinstein, A.R., 'Is "quality of care" being mislabeled or mismeasured' in: *American Journal of Medicine*, 112, p. 472-478, 2002.
- Gezondheidsraad. *Vergrijzen met ambitie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/06.
- Hazzard, W., 'Ways to make "usual" and "succesful" aging synonymus. Preventive Gerontology', in: *West Journal of Medicine*, 167, P. 206-215, 1997.
- Janssen, F., Nusselder, W.J., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., 'Stagnation in mortality decline among elders in The Netherlands', in: *The Gerontologist*, 43, p. 722-734, 2003.
- Knoop, K.T.B., de Groot, L.C.P.G.M., Kromhout, D., Perrin, A.E., Morciras-Varela, O., Menotti, A., van Staveren, W.A., 'Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women', in: *Journal of the American Medical Association*, 292, p.1433-1439, 2005.
- Lakatta, E.G., Levy, D., 'Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises. Part I: Aging arteries: A "set up" for vascular disease', in: *Circulation*, 107, p. 139-146, 2003.
- Lakatta, E.G., Levy, D., 'Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises. Part II: The aging heart in health: links to heart disease', in: *Circulation*, 107, p. 346-354, 2003.
- Myers, J.M., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., Atwood, J.E., 'Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing', in: *New England Journal of Medicine*, 346, p. 793-801, 2002
- Olshansky, S.J., Carnes, B. A. D., 'Prospects for human longevity', in: *Science*, 291, p. 1491-1492, 2001.
- Olshansky, S.J., Passaro, D.J., Hershow, R.C., Layden, J., Carnes, B.A., Brody, J., Hayflick, L., Butler, R.N., Allison, D.B., Ludwig, D.S., 'A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century', in: *New England Journal of Medicine*, 352, p. 1138-1145, 2005.
- Rywik, T.M., Blackman, M.R., Yataco, A.R., Vaitkevicius, P.V., Zink, R.C., Cottrell, E.H., Wright, J.G., Katznel, L.I., Fleg, J.L., 'Enhanced endothelial vasoreactivity in endurance-trained older men', in: *Journal of Applied Physiology*, 87, p. 2136-2142, 1999.
- Scholz, R., Maier, H., 'German unification and plasticity of mortality at older ages', in: *Max Planck Institute for demographic research working paper*, p. 2003-2031, 2004.
- Stevens, N.L., Martina, C.M.S., 'Eenzaamheidsinterventies bij ouderen: ordening en effectiviteit', in: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, p. 44-50, 2006.

- Von Faber, M., *Maten van succes bij ouderen*, Leiden, 2002.
- Wang, L., Larson, E.B., Bowen, J.D., van Belle, G., 'Performance-based physical function and future dementia in older people', in: *Archives of Internal Medicine*, 166, p. 1115-1120, 2006.
- Westerhout, E., Pellikaan, F., 'Can we afford to live longer in better health', in: *CPB Document*, no 85, 2005.