

Meneer de Rector Magnificus, leden van bestuur van de BAVO stichting, zeer gewaardeerde toehoorders,

Ouderengeneeskunde is gewoon geneeskunde

Het is met gemengde gevoelens dat ik hier vandaag voor u sta. Ik vind het eervol om hier op deze historische plek het woord te mogen richten tot zo veel verstandige mensen. Het is mooi om deze bijzondere leerstoel te aanvaarden in het vak dat mijn hart heeft, te midden van collega's met wie ik graag samenwerk. Ik ben alleen van mening dat de ouderengeneeskunde, de geriatrie, een weeffout in de geneeskunde is. Vandaar mijn gemengde gevoelens, want die ouderengeneeskunde staat centraal in mijn leeropdracht. Wat ik u in de komende drie kwartier hoop duidelijk te maken, is waarom ik het als mijn grootste opdracht zie om de specialisatie ouderengeneeskunde breed toepasbaar te maken in de geneeskunde. Niet voor niets luidt de titel van deze oratie: van specialisatie naar basiszorg. Ik zie het als mijn taak om de specifieke kennis over zeer oude patiënten die mijn collega's en ik verzameld hebben, te delen met zoveel mogelijk artsen en geneeskundestudenten. Want bijna elke dokter bedrijft voor een aanzienlijk deel van de tijd ouderengeneeskunde. En daar, in de spreekkamer van mijn collega's, hoort de oudere patiënt ook thuis.

Ouderengeneeskunde is een pleonasme. Geneeskunde, van chirurgie tot psychiatrie en van endocrinologie tot cardiologie richt zich voor het overgrote deel op ziekten van verouderende mensen. Daarbij mag u gerust denken aan 80 plussers met een rollator, die zult u zeker met grote regelmaat op verpleegafdelingen of poliklinieken tegenkomen. Maar veroudering begint veel eerder. Tot een jaar of 25-30 zijn onze weefsels in ontwikkeling en worden zij sterker en vitaler. Vanaf dat moment treedt het proces van veroudering in. De nieren, de spieren, de hersenen, het gehele organisme gaat geleidelijk achteruit. Voor het ene orgaan en voor het ene individu gaat het wat sneller dan voor het andere, deels afhankelijk van de genetische opmaak en deels van de leefstijl. Een wezenlijk verschil levert dat niet op. Er is dus geen reden om een 40-jarige patiënt met een hartkwaal naar een andere specialist te sturen dan een 80-jarige met dezelfde aandoening. Een verstandige cardioloog voert misschien een ander gesprek met een 80-jarige patiënt, daar komen we straks nog over te spreken. Maar biologisch gezien bevinden beide patiënten, de 40-jarige en de 80-jarige, zich op een traject van veroudering.

Baby's en kinderen zijn wel uitzonderlijk. Zij worden wel ouder maar verouderen nog niet. U zult mij dan ook niet horen twifelen aan het belang van de kindergeneeskunde, of aan het eigen domein van de jeugdpsychiater en de jeugdarts. Er zijn verscheidene goede redenen, waaronder biologische, om kinderen die medisch specialistische zorg nodig hebben naar de kinderarts te verwijzen. Het is naar mijn mening een denkfout om naar analogie met die kindergeneeskunde de geriater als bijzondere specialist voor oudere patiënten te beschouwen. Elke patiënt heeft er recht op om verwezen te worden naar de specialist die het meest verstand heeft van zijn of haar aandoening.

Wanneer u niet dagelijks in ziekenhuizen komt en geen beleidsfuncties vervult in de gezondheidszorg, lijkt het tot dusver wellicht alsof ik hier de spreekwoordelijke open deur intrap. Helaas is dit niet waar. Steeds vaker gaan stemmen op om de

specialistische behandeling van mensen boven een arbitraire leeftijdsgrens primair in handen te geven van geriaters. En hoewel ik het daar dus grondig mee oneens ben, kan ik u wel uitleggen hoe deze beweging tot stand is gekomen. Het heeft te maken met de geschiedenis van de geneeskunde, met demografische ontwikkelingen en met de stijging van de kosten in de zorg.

Specialisatie en hoe de geneeskunde versplinterde

De geneeskunde ontwikkelde zich tot het begin van de 19e eeuw globaal vanuit twee stromingen: de chirurgijns en de geneesheren. De chirurgijns sneden en zaagden, toen nog zonder verdoving, en wanneer de patiënt deze behandeling overleefde, was hij hopelijk van een kwaal genezen. De geneesheren delibereerden en interpreteerden. Effectieve geneesmiddelen waren er niet tot nauwelijks, maar de geneesheer droeg vermoedelijk wel bij aan het herstel van patiënten door wat we tegenwoordig het placebo effect zouden noemen. Maar in de meeste gevallen konden noch de chirurgijn noch de geneesheer veel voor de patiënt betekenen. De gemiddelde levensverwachting was ongeveer de helft van tegenwoordig, dus geen van beide medische beroepsgroepen kwamen vaak met zeer oude patiënten in aanraking.

In de loop van de 19e eeuw verandert dit beeld op verschillende manieren. Dankzij de ontwikkelingen in de natuurwetenschappen groeit het inzicht in de achtergrond van ziekten. Zo wordt duidelijk hoe infecties worden overgebracht en dat het verstandig is om zo nu en dan de handen te wassen. Ook krijgt men inzicht in het belang van collectieve hygiëne, van rioleringen en afvalverwijdering. Mede dankzij zulke collectieve maatregelen begint tegen het einde van de 19e eeuw de levensverwachting snel toe te nemen, om in de loop van de 20e eeuw een hoogte te bereiken die daarvoor alleen in mythologische verhalen bereikt werd. Het is tegenwoordig niet ongebruikelijk om reizen naar de Kilimanjaro of het Andesgebergte te ondernemen op een leeftijd waarop men vroeger amechtig in het zogeheten bejaardentehuis zat.

De verwetenschappelijking van de geneeskunde heeft ook een ander effect: een steeds verder voortschrijdende specialisatie. Uit de geneesheren van weleer ontwikkelde zich de interne geneeskunde, een vak dat in de tweede helft van de vorige eeuw over een steeds groter en effectiever arsenaal geneesmiddelen kon beschikken. In rap tempo splitsten zich deelspecialismen af van dit moederspecialisme, zoals de cardiologie, longziekten en maag-, darm en leverziekten. Maar ook binnen de interne geneeskunde is sprake van een uitgesproken differentiatie. Algemeen internist is men over het algemeen alleen nog in naam en gedurende de beschikbaarheidsdiensten in de nacht en in het weekend. In de dagelijkse praktijk richt ook de internist zich op ziektebeelden van specifieke orgaansystemen zoals op de nieren en het vaatstelsel. En zelfs binnen zo'n deelspecialisme heeft iemand meestal nog zijn speciale belangstellingen. Zo legt de ene vasculair geneeskundige zich met name toe op aandoeningen van slagaders en de andere op die van aders.

Deze trend naar steeds verdere specialisering heeft twee gevolgen, een gunstig en een ongunstig. Het gunstige gevolg is dat steeds meer bekend is en dat er steeds gerichter en wetenschappelijk beter onderbouwd behandeld kan worden. De

afgelopen eeuw heeft een duizelingwekkende toename van kennis laten zien, zowel op fundamenteel niveau als in de klinische toepassing. Die kennis groeit zo snel, dat noch huisartsen noch medisch specialisten het bij kunnen houden. Om alle patiënten toch van de nieuwste wetenschappelijke ontdekkingen te laten profiteren, wordt de best beschikbare wetenschappelijke onderbouwing, we noemen dat *evidence*, vastgelegd in richtlijnen. Dat klinkt allemaal goed georganiseerd en dat is het tot op grote hoogte ook. Maar nu het slechte nieuws: patiënten houden zich niet aan de keurige kaders van de medische specialismen. Zij zijn zo onfatsoenlijk om aan verschillende aandoeningen tegelijk te gaan lijden, soms zelfs wel vijf of zes. En dan ook nog eens in verschillende orgaansystemen. U voelt hem al aankomen, dat probleem doet zich vaker voor naarmate mensen ouder worden. Daar komt nog iets anders bij. Zoals het woord al zegt, gaat *evidence* over zaken die evident zijn. Dat betekent dat het wetenschappelijk onderzoek liefst tot heldere eenduidige uitspraken moet komen. Om dat mogelijk te maken, worden klinische studies bij voorkeur verricht in groepen patiënten met een enkele aandoening. Liefst ook niet te oud, want dat compliceert het beeld. Het resultaat is dat de beschikbare *evidence* helemaal niet meer zo evident van toepassing is op bijvoorbeeld tachtig plussers.

Vergrijzing en stijgende zorgkosten

Ik had u nog twee andere ontwikkelingen beloofd die ertoe bijdragen dat het logisch lijkt om een bijzondere specialist te reserveren voor ouderen: de demografie en de kosten. Over de demografie kunnen we kort zijn: onze bevolking verouderd snel. Het aantal ouderen neemt rap toe en ook het aantal zeer oude mensen zal de komende jaren groter zijn dan ooit. Nog indrukwekkender wordt het wanneer we kijken naar percentages. Bedroeg het percentage 80 plussers rond 1900 nog geen 1%, inmiddels is dit bijna 4% en naar verwachting zal het halverwege deze eeuw rond de 7% bedragen. Dus bijna 1 op de 10 mensen zijn dan ouder dan tachtig jaar! Er komen dus steeds meer ouderen terwijl er zijn steeds minder mensen zijn die deelnemen aan het arbeidsproces.

In die context van een groeiende groep ouderen en een slinkende beroepsbevolking zijn stijgende zorgkosten extra verontrustend. Die stijging in de kosten van de zorg wordt vaak ten onrechte alleen toegeschreven aan de vergrijzing. Andere factoren, zoals inflatie en de technologische vooruitgang, waardoor er meer mogelijk wordt, spelen een minstens zo grote rol. Maar ook de huidige perceptie dat alles maakbaar moet zijn en we nauwelijks meer genoeg nemen met enig ongemak, maakt dat we met iedere snottebel en de spreekwoordelijke dwars zittende flatus naar de dokter gaan.

Desalniettemin betekent een verdere vergrijzing natuurlijk wel slecht nieuws voor de kosten van de zorg. Het is niet voor niets dat Paul Schnabel vorig jaar bij zijn afscheid als directeur van het Cultureel Plan Bureau de gezondheidszorg typeerde als ouderenzorg. Op dit moment wordt al 40% van de zorgkosten uitgegeven aan 65+ en 20% aan 80+. Met de wetenschap dat een groeiend aandeel van de bevolking in het laatste decennium van het leven bevindt, zullen de kosten verder stijgen en dat is niet meer verantwoord omdat deze kosten nu al sneller stijgen dan ons bruto nationaal inkomen. Het is dus een aantrekkelijke gedachte om een superheld aan te wijzen die deze complexe problematiek gaat oplossen. Ook voor mij als internist ouderengeneeskunde of voor een klinisch geriater lijkt het in eerste

instantie vleiend om als held te worden gezien. Maar bij nader inzien moet dit wel op een teleurstelling uitlopen. Voor u staat geen superheld, zelfs geen Hansje Brinker die de dijkdoorbraak van stijgende zorgkosten met zijn vinger kan tegenhouden. Dat zullen we echt met z'n allen moeten doen. Wat ik wel voor u en met u wil doen, is verkennen op welke manieren oudere patiënten anders zijn dan mensen van middelbare leeftijd en wat dat betekent voor de zorg die alle dokters gezamenlijk voor deze categorie patiënten moeten leveren.

De oudere patiënt

Wat is er bijzonder aan een oudere patiënt? Waarin is zij of hij anders dan iemand van middelbare leeftijd? Een belangrijk verschil is dat tegen het einde van het leven de winst van het medisch handelen nauwelijks nog in levensduur uitgedrukt kan worden. Bij aandoeningen zoals kanker is het bijvoorbeeld gebruikelijk om de effectiviteit van de behandeling te meten in de toename van de zogeheten vijfjaarsoverleving, het aantal patiënten dat na vijf jaar nog in leven is. Bij mensen die ouder zijn dan de gemiddelde levensverwachting, is dat een absurde manier van meten.

In het individuele geval betekent dit dat we goed moeten nadenken wat we kiezen. Het klakkeloos toepassen van de richtlijnen voor veertigjarigen is bij zeer oude mensen waarschijnlijk niet het beste beleid. Ik geef u een voorbeeld: een 91 jarige vrouw wordt met spoed per ambulance naar de spoedeisende hulp, kortweg SEH, vervoerd onder verdenking van een dreigend hartinfarct. Deze diagnose wordt in de ambulance bevestigd, waarop patiënte na aankomst in het LUMC direct naar de katheterisatiekamer gebracht. De dienstdoend cardioloog van het Hart Long Centrum Leiden ([link](#)), in dit geval de hooggeleerde Schali, ontdoet één van de kransslagaders van een bloedstolsel en behandelt de vernauwing ter plaatse met een stent, een minuscuul zelf ontplooiend buisje dat de kransslagader open houdt. En passant zag de rest van de kransslagaders er prachtig uit. Martin Schali liet me de bewegende beelden de volgende ochtend zien. Het had net zo goed het vaatstelsel van een 60 jarige kunnen zijn. Hij vertelde me dat hij zich die nacht tijdens de procedure afvroeg waar hij mee bezig was. Het was al de tweede 90 plusser tijdens de dienst. Gelukkig bleek dat deze patiënte voorheen kerngezond was en nog dagelijks in haar tuin werkte. Een goede en succesvolle medische ingreep dus bij iemand die er inderdaad 'beter' van werd.

Maar hoe moet het verder met deze patiënte? Moet zij de rest van haar leven net als haar jongere lotgenoten het volledige arsenaal aan preventieve medicatie krijgen, ook wel de 'big five' genoemd? Dat is een cocktail van middelen die de vorming van ongewenste bloedstolsels tegengaan, de hartslag en de bloeddruk beïnvloeden, en van invloed zijn op het cholesterol en de vaatwand. Al deze middelen hebben bijwerkingen. Bij oudere mensen bijvoorbeeld een verhoogd risico op vallen, op bloedingen en combinaties van beide. De richtlijn geeft geen leeftijdsgrens voor het toedienen van deze intensieve medicamenteuze cocktail. Maar ik kan u garanderen dat er ook heel weinig wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van deze middelen bij 91-jarige patiënten. Sterker nog, wat zou precies de winst zijn die we willen boeken? Levensverwachting? Of misschien iets anders? Kwaliteit van leven misschien?

Kwaliteit van leven

In het algemeen gesproken verschuift de aandacht op hogere leeftijd van levensduur naar levenskwaliteit. Daar is geen keiharde leeftijdsgrens voor, voor de een geldt het al op 60-jarige leeftijd, terwijl ik ook tachtigjarigen ken die graag nog twintig jaar aan hun leven toevoegen. Maar in het algemeen gesproken wordt levenskwaliteit doorslaggevend naarmate men ouder wordt. Dat is lastig voor dokters die graag evidence based werken, want hoewel er vragenlijsten zijn die levenskwaliteit meten, is die kwaliteit altijd minder hard meetbaar dan levensduur. Het is ook veel meer individueel bepaald. Kwaliteit van leven hangt immers af van wat men van het leven verwacht en nodig heeft.

Wanneer levenskwaliteit belangrijker wordt dan levensduur, verandert de rol van de dokter. Dat begint al op het moment dat iemand mijn spreekkamer binnenkomt. Naast de gewone medische vragen, de anamnese die ik ook zou afnemen bij een 40-jarige, probeer ik mij een beeld te vormen van het dagelijks leven van deze patiënt. Wat voor dit individu de kwaliteit van leven bepaalt en welke somatische, psychische en sociale factoren de levenskwaliteit bedreigen. Belangrijke vragen zijn naar mijn ervaring: kan deze persoon nog de regie over zijn eigen leven voeren, is zij of hij nog mobiel genoeg en heeft hij nog genoeg zinvolle contacten? Zelfstandigheid, mobiliteit en sociale contacten hangen uiteraard nauw met elkaar samen. Toch zijn er vaak specifieke oorzaken waardoor een van deze pijlers van de levenskwaliteit bezwijkt.

Dementie is veruit de belangrijkste oorzaak waardoor ouderen de regie over hun eigen leven kwijt raken. Het is een veelvoorkomend probleem. Boven de 80 jaar heeft zo'n 20% van de mensen een vorm van dementie, boven de 85 is dat percentage opgelopen tot rond de 40%. Het overgrote deel van deze mensen woont nog zelfstandig thuis. Bij het merendeel van deze groep wordt de problematiek niet herkend en de diagnose niet gesteld. De voorbeelden liggen op straat. Onlangs nog vroeg een oude dame die voor me stond bij een kassa of ik voor haar wilde afrekenen. Ze gaf me haar pinpas waarop de pincode was geschreven. Het was duidelijk dat ze noch haar pincode kon onthouden noch wist hoe het apparaat werkte.

Mobiliteit, het vermogen om zelfstandig te gaan en staan waar je wilt, kan eveneens cruciaal zijn voor de kwaliteit van leven. Bij oudere mensen kan door een samenspel aan oorzaken de mobiliteit hard achteruitgaan: degenererende gewrichten, slechtziendheid, hartfalen en ook hier de dementie. Verminderde mobiliteit betekent vaak ook verlies aan sociale contacten. Wanneer men niet meer zelfstandig naar anderen toe kan, heeft dat bijna altijd negatieve gevolgen voor het sociale leven.

Eenzaamheidsproblematiek kan echter vele oorzaken hebben, naast verlies aan cognitieve vermogens en mobiliteit. Eenzaamheid is een factor die moeilijk meetbaar is, vaak moeilijk bespreekbaar en zeker niet altijd invoelbaar. Glad ijs dus voor een dokter met weinig tijd om door te vragen. Ik geef u een voorbeeld uit de praktijk: een zeer vitaal ogende 93 jarige dame komt na verwijzing door de huisarts op mijn spreekuur met klachten van moeheid en lusteloosheid. Ze komt alleen, zelfstandig met haar eigen auto. Behoudens de moeheid zijn er geen andere klachten. Ze tennist tweemaal per week. De gedachte gaat door mijn hoofd: als je oud wordt, dan

wil je zó oud worden. Aan het einde van het consult dat geen aanknopingspunten voor haar klachten had opgeleverd, vroeg ik haar wat ze nog van het leven verwachtte. Haar antwoord was duidelijk: “als onze lieve Heer me morgen komt halen dan zou ik tevreden zijn”. Wanneer ik haar enigszins verbaasd aankijk, legt zij uit: “Ik heb niemand meer van mijn eigen leeftijd om mee te praten”. Ook de vrienden en vriendinnen van de tennisclub waren geen gesprekspartner, dat waren “jonkies van een jaar of 80”.

Sindsdien vraag ik regelmatig explicieter aan mijn patiënten naar de kwaliteit van hun sociale contacten en dan blijkt dit voorbeeld alles behalve een uitzondering te zijn. Maar het kan ook anders: onlangs zag ik op verzoek van de cardioloog een 92 jarige patiënte met klachten van kortademigheid op basis van een vernauwde hartklep. De enige behandelingsoptie was vervanging van de hartklep door een kunstklep. Bij een dergelijke ingreep en zeker op deze leeftijd is het altijd goed om de kosten en de baten tegen elkaar af te wegen. Daarbij viel het op dat de klachten van deze patiënte voornamelijk optraden als ze haar achterkleinkinderen optilde. Als buitenstaander zou je denken dat dat te vermijden is. Maar niet voor deze verder vitale 92 jarige overgrootmoeder. Het leven zou voor haar zinloos zijn als ze haar achterkleinkinderen niet meer zou kunnen optillen.

Wat deze voorbeelden duidelijk maken is, dat het bij oudere patiënten extra belangrijk is om de zorgvraag helder te krijgen en samen met de patiënt te besluiten wat eventuele interventies zouden kunnen of moeten zijn. Om te kunnen wegen of een bepaalde behandeling zinvol is bij een oudere patiënt moet de dokter dus niet alleen een duidelijke indruk krijgen van de kwaliteit van leven en het sociaal functioneren, maar ook expliciet hoe de patiënt in het leven staat en wat hij of zij er nog van verwacht. Daarvoor is een goed gesprek met de patiënt essentieel. Een gesprek dat verder gaat dan het strikt medisch-inhoudelijke. Daarin zit het voornaamste geheim van in ouderengeneeskunde gespecialiseerde artsen. Het mooie is dat zo'n gesprek ertoe leidt dat je meestal minder zult doen, in termen van dure diagnostiek en behandelingen. En als je die dingen wel doet, heeft het bijna altijd meerwaarde. Er is echter één probleem. Voor zo'n gesprek is tijd nodig. En tijd wordt niet betaald in de geneeskunde, alleen het doen van diagnostiek en verrichtingen. Als we dus in het licht van een verouderende bevolking de zorg zinniger en zuiniger willen inrichten, heb ik een voorstel. Laten we voortaan een gesprek als verrichting bekostigen. En als mijn collegae specialisten die gewend zijn om niet meer dan hooguit vijf minuten met dezelfde patiënt te praten de kunst van het converseren verlerd zijn, dan moeten ze daarin gewoon bijgeschoold worden.

De weeffout in de praktijk

Wat is er nog meer bijzonder of kenmerkend aan oudere patiënten? Een belangrijk kenmerk heb ik zojuist al genoemd: het gegeven dat oudere patiënten vaak aan meerdere aandoeningen tegelijkertijd lijden. Wij noemen dat multimorbiditeit. Het is een probleem bij de toepassing van richtlijnen en zodra de patiënt bij meerdere specialisten tegelijkertijd onder behandeling is. Zoals ik u heb uitgelegd houden richtlijnen geen rekening met multimorbiditeit en als men ze klakkeloos zou toepassen, ontstaan onwerkbaar situaties. Zo heeft collega Boyd in 2005 in een artikel in één van de belangrijke medische tijdschriften, the Journal of the American Medical Association beschreven dat wanneer een 79 jarige patiënte met vijf veel

voorkomende aandoeningen zoals hoge bloeddruk, suikerziekte, artrose, osteoporose en COPD volgens de richtlijnen behandeld zou worden, zij 12 verschillende geneesmiddelen in 19 verschillende doseringen op vijf momenten van de dag zou moeten innemen. Dat is natuurlijk niet te doen. Multimorbiditeit gaat vaak gepaard met zogeheten polyfarmacie, een mooi woord voor veel geneesmiddelen tegelijk. Bij de vijf richtlijnen die deze patiënt moet volgen, horen ongetwijfeld ook nog eens tegenstrijdige leefstijladviezen. En als de patiënt de pech heeft dat hij of zij bij vijf verschillende specialisten 'loopt' zoals dat heet, is het goed denkbaar dat hij of zij veel van deze medicijnen en adviezen daadwerkelijk meekrijgt. We raken hiermee de kern van de weeffout in de geneeskunde. We hebben gaandeweg de behandeling van de gehele mens uit het oog verloren en dat wreekt zich in het bijzonder bij de oudere patiënt met multimorbiditeit en polyfarmacie. Een trias dat onlosmakelijk met elkaar verbonden is, veroudering, multimorbiditeit en polyfarmacie.

Ouderen met multimorbiditeit zijn lastige patiënten voor een versplinterde geneeskunde. Het risico is levensgroot dat er te veel en te weinig wordt gedaan. Teveel invasieve diagnostiek, teveel heroïsche ingrepen en nog meer geneesmiddelen. Te weinig luisteren, te weinig aandacht voor de kleine dingen die nog wel zinvol zijn. Een betere bril of een nieuw gebit. Het verminderen van die medicatie die alleen maar duizelig maakt en niets meer toevoegt. Het behandelen van een blaasontsteking die nauwelijks nog koorts geeft, maar wel verwarring en ontregeling. Aandacht voor voldoende drinken, een aanpak van ondervoeding en zo kan ik nog wel even doorgaan.

Samen de zorg coördineren

De goede verstaander heeft intussen begrepen wat een internist met specialisatie ouderengeneeskunde zoal doet. Veel luisteren, de tijd nemen voor patiënten, aandacht voor die thema's die cruciaal zijn voor levenskwaliteit zoals mobiliteit, cognitieve vermogens en sociale contacten. Ik wil daaraan toevoegen: kennis van verouderingsprocessen en hun gevolgen voor de gezondheid, met andere woorden de pathofysiologie van veroudering. En natuurlijk een brede medisch specialistische scholing, eigenlijk de ouderwetse algemene interne geneeskunde. Met die achtergrond en die basishouding kunnen we, samen met de patiënt en samen met de behandelende artsen, de huisarts en de medisch specialisten, tot een afgewogen geïndividualiseerd behandelplan komen. Het woord 'samen' is hierin cruciaal. Het is de visie van de van de Nederlandse Internisten Vereniging dat ook oude en heel oude mensen recht hebben op hoog gespecialiseerde medisch specialistische zorg van bijvoorbeeld nefrologen, neurologen, cardiologen, reumatologen, orthopeden, oncologen, hartchirurgen en alle andere gewaardeerde collega's – maar dat de oudere patiënt daarbij ook recht heeft op een multidisciplinaire benadering. Die is belangrijk om zowel overbehandeling als onderbehandeling te voorkomen en om alle verschillende splinters van de geneeskunde weer met elkaar te verbinden rond die patiënt. Daarin zie ik, zeker voor de komende jaren, een rol weggelegd voor een specialist zoals de internist ouderengeneeskunde of de klinisch geriater. Wij kunnen onze collega's medisch specialisten en huisartsen ondersteunen bij de diagnostiek en behandeling van oudere patiënten. Ik zie daar veel meer heil in dan dat wij de behandeling overnemen of deze patiëntengroep voor onszelf claimen. Wie dat doet, lijdt aan zelfoverschatting. Het is immers onmogelijk om het gehele gebouw van de

moderne geneeskunde op specialistisch niveau te overzien, ook of zeker wanneer de patiënt oud is en aan meerdere aandoeningen tegelijk lijdt.

Hoe doe je dat in de praktijk, het ondersteunen van de diagnostiek en behandeling bij ouderen? Laat ik zo onbescheiden zijn een model te presenteren dat we zelf ontwikkeld hebben, in het ziekenhuis Bronovo. Dat is gelegen in een van de meest vergrijsde wijken van Nederland, het Benoordenhout in Den Haag. Het Bronovo Behandeladviescentrum Ouderengeneeskunde ([link](#)) is een multidisciplinaire polikliniek waar niet alleen internisten ouderengeneeskunde werken, maar ook neurologen, cardiologen, psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde en psychologen. Eén van de belangrijkste functies van het centrum is dat specialisten op een eenvoudige wijze kennis kunnen uitwisselen, waardoor de diagnostiek en behandeling van een patiënt veel beter geïndividualiseerd kan worden. Huisartsen en collega specialisten verwijzen patiënten voor advies. Meestal worden zij met de geïndividualiseerd behandelplan terugverwezen. Samen met zorgverzekeraar CZ en huisartsen gaan we dit model verder uitbreiden, door bijvoorbeeld deze zorg ook voor bepaalde groepen van patiënten in de thuissituatie aan te bieden, met als doel om op termijn acute opnames in het ziekenhuis te voorkomen. Verplaatsing van zorg heet dat. Op die manier, door het organiseren van multidisciplinaire zorg binnen de 1e- en 2e-lijn en door het inbrengen van een eigen kijk op oudere patiënten, kan de internist ouderengeneeskunde de kwaliteit van de zorg verbeteren zonder dat de kosten de pan uit rijzen. Dus vooral geen claim op een complete categorie patiënten, geen kinderarts voor de oudere patiënt, maar wel de inbreng van een generalistische kijk en een expertise die helaas niet alle artsen vanzelf hebben.

Alle studenten voorbereiden op ouderengeneeskunde

Wat dat laatste betreft, die expertise, daar moeten we wat aan doen. Om te beginnen in de geneeskundestudie. Als vrijwel alle geneeskunde in toenemende mate ouderengeneeskunde is, zullen we onze studenten moeten trainen in ouderengeneeskunde. Of zij nu later als ze groot zijn oogarts willen worden of thoraxchirurg, endocrinoloog of reumatoloog, de patiënten die zij in hun wachtkamers en ziekenhuisbedden aantreffen zijn bijna allemaal aan het verouderen en in meerderheid ook al een flink eind gevorderd op dat pad. Voor de huisartsen geldt dit zeker ook, op hen kom ik straks nog even terug.

Allereerst moet mij van het hart hoe slecht het er nu voorstaat met het onderwijs op het gebied van ouderengeneeskunde aan de acht universiteiten waar men in Nederland dokter kan worden. In het huidige Leidse curriculum bijvoorbeeld krijgen medisch studenten gedurende één periode van zes weken onderwijs over de oudere patiënt, dat wordt georganiseerd door de zeergeleerde vrouwen Ania Oleksik en Diana van Heemst van de afdeling Ouderengeneeskunde. Hoogwaardig onderwijs dat door de studenten als goed en relevant wordt beoordeeld. In sommige universitaire centra is een coschap ouderengeneeskunde van een week ingevoerd. Maar toch is dit niet alleen onvoldoende, het geeft precies de verkeerde boodschap af. Het categoriseert de oudere patiënt als een bijzondere species, een alien in de geneeskunde.

Wat er wel moet gebeuren is dat de oudere patiënt in ieder onderwijsblok ter sprake komt. Het onderwijs over ieder ziektebeeld of orgaansysteem zou afgesloten moeten worden met informatie hoe een aandoening of ziekteproces zich manifesteert in oudere patiënten, wat de behandelingsopties zijn en waar zich nog lacunes in onze kennis bevinden als het gaat om ouderen. Pas dan gaan we een nieuwe generaties artsen opleiden die oudere patiënten als een normale patiëntengroep zien.

Ouderengeneeskunde als competentie in de opleiding

Hetzelfde geldt voor de medische specialistische opleidingen. Door het College Geneeskundige Specialismen en de afdeling Modernisering Medische Vervolgopleidingen van de KNMG is inmiddels een project gestart om onderwijs te ontwikkelen op het gebied van ouderenzorg ([link](#)), zodat assistenten in opleiding van alle specialismen beter worden opgeleid in de zorg voor oudere patiënten. Een zeer goed initiatief dat zeker vruchten gaat afwerpen. Voor de opleiding in mijn eigen vak, de interne geneeskunde zou ik er een lans voor willen breken dat ouderengeneeskunde vanaf het eerste jaar integraal onderdeel van de opleiding gaat uitmaken, zodat op den duur iedere internist een aantekening ouderengeneeskunde krijgt. Ook als deze dan later het pad opgaat van een deelspecialisme of differentiatie, heeft hij of zij de competenties om ook de meeste oudere patiënten in dat vak te behandelen, met oog voor de specifieke noden en problemen die bij een hoge leeftijd horen. Als dat zou gebeuren, is de differentiatie ouderengeneeskunde of het specialisme klinische geriatrie niet overbodig geworden. Er blijven patiënten over met dusdanig complexe leeftijd gerelateerde problematiek dat een *dedicated* specialist daar een meerwaarde heeft. Maar het merendeel van de oudere patiënten zal dan wel betere medische zorg krijgen tegen lagere kosten.

De huisarts heeft in de Nederlandse gezondheidszorg natuurlijk een bijzondere positie. Als generalist en als poortwachter is de huisarts bij uitstek degene die bij multimorbiditeit en polyfarmacie kan zorgen dat de oudere patiënt de juiste zorg krijgt. Hierbij kan hij of zij ondersteund worden door de specialist ouderengeneeskunde. Het is belangrijk dat sommige huisartsen meer nog dan nu worden toegerust om de complexe sociaal medische problematiek rondom de oudere patiënt te managen. De huisartsopleiding van het LUMC heeft hiervoor onder leiding van de hooggeleerde Gussekloo zes jaar geleden al de kaderopleiding ouderengeneeskunde ontwikkeld. Daarmee kunnen geregistreerde huisartsen zich verder bekwamen in de problematiek rondom de oudere patiënt. Het is nu al merkbaar dat in huisartsenpraktijken met een huisarts die deze kaderopleiding heeft gevolgd en waar wordt samengewerkt met specialisten ouderengeneeskunde, de zorg rondom oudere patiënten met complexe problematiek beter wordt georganiseerd. Ook voor de oudere patiënt moet de huisarts de poortwachter voor het ziekenhuis zijn en blijven. Het is naar mijn overtuiging een heilloze weg om binnen de tweede lijn nog een tweede poortwachter aan te wijzen voor patiënten van een zekere leeftijd. Gelukkig kan ik deze opvatting met *evidence* staven. Zo heeft de groep van Simon Conroy van de universiteit van Leicester onlangs aangetoond dat het geen meerwaarde heeft als op een spoedeisende hulp afdeling een geriater de eerste opvang van oudere patiënten voor zijn rekening neemt.

Onderzoek dat keuzes ondersteunt

Dat onze gezondheidszorg steeds meer ouderenzorg wordt, zou niet alleen veel meer aandacht mogen krijgen in opleiding en onderwijs, maar ook in het wetenschappelijk onderzoek. In de afgelopen 20 jaar heeft op de afdeling Ouderengeneeskunde ([link](#)) van het LUMC onder leiding van de hooggeleerde Westendorp trendsettend onderzoek plaatsgevonden naar de biologie en pathofysiologie van veroudering. Belangrijk onderzoek dat zal worden voortgezet onder leiding van Diana van Heemst. Zij zal de komende jaren de rol van de neuro-endocriene regulatie op gezondheid en ziekten onderzoeken. Daarnaast is onderzoek nodig als onderbouwing voor de klinische praktijk. We moeten een grote achterstand wegwerken op het gebied van specifieke kennis over ziektebeelden op hogere leeftijd: oorzaken en gevolgen, de effecten van behandelingen in termen van overleving en kwaliteit van leven.

Om deze vragen te beantwoorden heeft de afdeling interne geneeskunde onder leiding van de hooggeleerde Rabelink de afgelopen twee jaar geïnvesteerd in zowel de patiëntenzorg als het wetenschappelijk onderzoek van ouderengeneeskunde. Ouderengeneeskunde als volwaardig onderdeel van de interne geneeskunde. De zeergeleerde Majon Muller is aangetrokken om het centrale onderzoeksthema van de afdeling vorm te geven, de relatie tussen hart- en vaatziekten en hersenfunctie, de zogenaamde 'hart-hoofd-as'. Dit patiëntgebonden onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met de hooggeleerden Van Buchem van de afdeling Radiologie, Schalijs van de afdeling Hartziekten, Klautz van de afdeling thoraxchirurgie en Van der Mast van de afdeling psychiatrie. Hedendaags multidisciplinair onderzoek dus, dat voortbouwt op een inzicht uit de 17e eeuw. Toen al schreef de wereldberoemde geneesheer Thomas Sydenham 'a man is as old as his arteries', verwijzend naar zijn observatie dat de toestand van het cardiovasculaire systeem bepalend is hoe oud je werkelijk bent en wordt.

In aansluiting op dit thema heeft de zeergeleerde Mooijaart in samenwerking met collega Van Buren van de afdeling Nierziekten een onderzoek opgezet om in de toekomst verstandige keuzes te kunnen maken over de zin en onzin van nierdialyse op oudere leeftijd. Samen met de collega's De Groot van het Centrum Eerste Hulp en Fogteloo van de Acute Opname Afdeling, heeft Mooijaart ook de leiding over een studie om de zorg voor de acuut presenterende oudere patiënt te optimaliseren, de APOP studie, een acroniem voor "Acuut Presenterende Oudere Patiënt". Hieraan werken met groot enthousiasme twee promovendi, Jacinta Lucke en Jelle van Gelder. Zij hebben inmiddels gegevens van meer dan 6000 oudere patiënten verzameld die via het Centrum Eerste Hulp van het LUMC zijn opgenomen. Een goudmijn voor ons eigen ziekenhuis en hopelijk ver daarbuiten. Een andere belangrijke onderzoekslijn is de ouderenoncologie, onderzoek naar de presentatie van kanker en de gevolgen van behandeling bij ouderen. Deze onderzoekslijn is in de afgelopen jaren succesvol opgezet door de zeergeleerde Liefers, chirurg van de afdeling Heelkunde en de zeergeleerde De Craen van de afdeling Ouderengeneeskunde en inmiddels uitgegroeid tot het belangrijkste kankeronderzoek bij ouderen in Nederland. De oprichting van het Leiden University Cancer Center, een samenwerking tussen het LUMC en het fusieziekenhuis MCH-Bronovo, zal een extra investering in deze onderzoekslijn mogelijk moeten maken.

Deze klinische onderzoekslijnen worden aangevuld met het toonaangevende biomarker-onderzoek van de afdeling Moleculaire Epidemiologie onder leiding van de hooggeleerde Eline Slagboom. Zij zoekt samen met haar medewerkers in de Nederlandse biobanken naar moleculaire metingen waarmee we in de toekomst kunnen voorspellen welke ziektebeelden de kop op kunnen steken bij een individuele oudere patiënt. Zij doet dit met de modernste systeembioologische technieken, zoals metabolomics, transcriptomics en onderzoek naar genetische en epigenetische markers.

Verstandig kiezen

Al deze onderzoeken komen samen in het profileringsgebied Ageing ([link](#)) van het LUMC en moeten in de toekomst richting geven aan echte keuzes die gemaakt moeten worden in de gezondheidszorg. Wat zijn nog zinvolle behandelingen op hoge leeftijd en voor welke type van patiënt? Verstandige keuzes waaraan de patiënt zelf actief aan kan bijdragen waardoor de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg op den duur zal toenemen. Specifiek onderzoek naar ziektebeelden en uitkomsten van behandeling bij ouderen zijn echter niet gebruikelijk in de geneeskunde. Het is tijd dat het biomedisch onderzoek in de volle breedte aandacht krijgt voor de oudere patiënt zodat resultaten van dit onderzoek ook in de dagelijkse praktijk kunnen worden toegepast.

Historisch gezien zal dit niet vanzelf gaan. Er is sturing nodig, sturing vanuit overheid en subsidiegevers maar zeker ook vanuit de Raden van Bestuur van de universitaire centra. Een voorbeeld hiervan is de campagne “Verstandig Kiezen ([link](#))”, een gezamenlijke initiatief van de overheid, de Orde van Medisch Specialist en de wetenschappelijke verenigingen. In het licht van de discussie over de profielen van de acht universitaire centra, voor insiders bekend als de TRF ([link](#)) discussie, zou tenminste één van de centra veroudering als topreferente functie moeten oppakken. Stimuleren dat het biomedisch onderzoek in de volle breedte toepasbaar wordt voor de gezondheidszorg. Dat zou het verschil maken tussen alle nu bekende profielen die nauwelijks van elkaar en van STZ ziekenhuizen te onderscheiden zijn. Als één centrum, bijvoorbeeld het LUMC, zich extra sterk maakt voor deze topreferente functie, kunnen wij een belangrijke bijdrage leveren aan betere en betaalbare zorg voor ouderen. Gezondheidszorg dus voor de komende decennia. We moeten dat niet alleen doen, maar samen met strategische partners zoals MCH-Bronovo, met de eerste lijn, met de verpleeghuizen en de thuiszorg. Om dit idee vorm te geven zal door het profileringsgebied Ageing ([link](#)) een onderzoekconsortium worden opgezet. Een centrum waar biomedisch onderzoek en innovatieve ouderenzorg bij elkaar komen.

Samenvatting

Meneer de rector, dames en heren, er is dus nog heel wat te doen voordat de weeffout in de geneeskunde hersteld is en we het onderwijs, de opleidingen en het wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde als geheel ook richten op de problematiek van oudere patiënten. Het is een problematiek waar we allemaal mee te maken krijgen, professioneel, privé of allebei. Uit de analyses die je soms leest in de media kan de indruk ontstaan dat het onmogelijk is om voldoende zorg te verlenen aan een vergrijzende populatie. Ik ben er van overtuigd dat het wél mogelijk is, maar

het zal zeker niet vanzelf goed gaan. We zullen de beschikbare *resources* intelligenter moeten inzetten, samen met onze patiënten. We zullen meer kennis moeten verwerven over veroudering, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afwegingen rond levensduur en levenskwaliteit. We moeten dokters betalen om meer te praten en vooral ook om beter te luisteren en soms minder te interveniëren. En ons niet verschuilen achter de schijndeskundigheid van één specialisme, maar de basiszorg deskundiger maken op het gebied van oudere patiënten. Als we dat doen, dan kunnen we de hoogwaardige Nederlandse gezondheidszorg verder verbeteren en betaalbaar houden. Ik hoop daar vanuit het LUMC en vanuit het teaching hospital MCH-Bronovo aan bij te dragen, liefst in het kader van een TRF Veroudering.

Dankwoord

Het zal u inmiddels duidelijk zijn dat het om vele redenen opmerkelijk is dat ik op mijn 55^e jaar en één dag staand achter dit spreekgestoelte voor u deze lezing houd. Evolutionair gezien zijn we gemaakt om niet veel ouder te worden dan een jaar of 45. Dus ik ben inmiddels ook al weer ruim tien jaar in de evolutionaire schaduw van mijn leven, in het voetbal ook wel blessuretijd genoemd. Leeftijd is een relatief begrip. In de afgelopen 55 jaar ben ik heel veel bijzondere mensen tegengekomen, die allen op hun eigen wijze mijn academische vorming, ziens- en werkwijze hebben beïnvloed. Mijn verhaal is hun verhaal. Het is gebruikelijk om hen aan het slot van deze reden te bedanken voor hun bijdrage aan mijn vorming. Maar dat is ondoenlijk. Voor een ieder die ik noem kan ik er gezien de tijd tien niet noemen en dat voelt onrechtvaardig. Mijn gezin, Sandra, Lianne en Alexander, jullie zijn voor mij de spreekwoordelijke rots in de branding en daar is voor hier ook voldoende mee gezegd.

Meneer de Rector Magnificus, leden van bestuur van de BAVO stichting, raad van bestuur van het LUMC, ik dank u voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik heb gezegd.

Referenties

- - Boyd *et al.* Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. JAMA.2005;294(6):716-724 ([link](#)).
- - Centraal Planbureau. Overheidsfinanciën houdbaar: minder profijt op hogere leeftijd. ([link](#)).
- - Conroy & Parker. Acute care for frail older people: time to get back to basics? Age and Ageing 2014; 43: 448–449 ([link](#)).
- - Edmans *et al.* Specialist geriatric medical assessment for patients discharged from hospital acute assessment units: randomised controlled trial. BMJ 2013;347:f5874 doi: 10.1136/bmj.f5874 ([link](#)).
- - NiDi. Bevolkingsatlas van Nederland. Demografische ontwikkelingen van 1850 tot heden ([link](#)).
- - Schnabel P. Zorg om de zorg. Amsterdam, 9 oktober 2013 ([link](#)).