

Prof.dr. Jacobijn Gussekloo

**Van oude mensen,
de dingen die belangrijk zijn**



Universiteit Leiden

Van oude mensen,
de dingen die belangrijk zijn

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Jacobijn Gussekloo

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de
Eerstelijns geneeskunde,
de Wetenschappelijke Onderbouwing van de Klinische Praktijk
aan de Universiteit Leiden
op 16 oktober 2009



Universiteit Leiden

Meneer de Rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

In de mooie Leidse binnenstad, op weg hiernaartoe, heeft u zich vast afgevraagd wat ik u vanmiddag zal vertellen. Ik hoop dat u dacht over de zonnige kansen en uitdagingen die zo'n nieuwe leerstoel biedt. Misschien voelde u ook enige aarzeling. Wat kan ze bereiken als jonge vrouw in een grijze, overwegend mannelijke universiteit en als huisarts binnen de wetenschap?

Mijn leeropdracht 'Eerstelijngeneeskunde; de wetenschappelijke onderbouwing van de klinische praktijk' riep bij u al direct reacties op. Samengevat kwamen deze neer op het volgende:

- Waar ga je je eigenlijk mee bezig houden?
- Is de klinische praktijk dan nog niet wetenschappelijk onderbouwd?
- Waarom Eerstelijngeneeskunde en geen huisartsgeneeskunde?

Ik heb me voor deze rede laten inspireren door uw vragen, mijn stokpaardjes en natuurlijk door de ouderengeneeskunde, mijn inhoudelijke aandachtsgebied. Mijn rede heeft daarom als titel:

'Van oude mensen, de dingen die belangrijk zijn'

Steeds vaker zien we in advertenties en commercials ons toelachende senioren, samen lopend, hand in hand, in de stralende zon, op een strand, ver weg van hier, met lachende kleinkinderen en genietend van elkaar en de welverdiende rust. Dit beeld wordt niet alleen neergezet door financiële instellingen, maar ook door de voedingsmiddelenbranche en farmaceutische bedrijven.

Dit beeld is misschien te geromantiseerd. Aan de andere kant; het valt mij steeds weer op hoe negatief de berichtgeving over ouderen is. Aan ouderen en de toenemende vergrijzing wordt

velerlei ellende toegedicht. Denk aan de alarmerende berichten over tekortschietende premies voor pensioenen. Zelfs in de recente berichtgeving over de noodzakelijke bezuinigingen binnen het LUMC werd door het Leidsch Dagblad de vergrijzing als één van de redenen genoemd. Maar het kan nog veel gekker.

Laatst hoorde ik een documentaire over de toenemende vervuiling van onze grote rivieren. Hierin komen steeds meer medicijnresten terecht. Als belangrijkste reden van deze ellende werd ook hier de vergrijzing van stal gehaald. De redenering? Er komen steeds meer oude mensen die allemaal veel geneesmiddelen gebruiken. Restanten van deze geneesmiddelen komen via de urine in het oppervlaktewater terecht, en zijn er moeilijk uit te zuiveren. Het zal u wellicht niet verbazen dat de onderzoekers als mogelijke oplossing aandroegen dat de urine van ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen gescheiden zou moeten worden opgevangen en verwerkt.

Ook voor de gezondheidszorg gaan beleidsmakers uit van een dramatisch negatief toekomstbeeld. Volgens het spreekwoord 'ouderdom komt met gebreken' zal een vergrijzende maatschappij gepaard gaan met een toenemend aantal mensen met meerdere ziekten tegelijkertijd, een verhoging van zorgconsumptie, een tekort aan medisch personeel en over het geheel genomen een forse toename van de uitgaven binnen volksgezondheid.

Toch heeft deze dreigende en negatieve beeldvorming in mijn ogen ook positieve gevolgen. Het geeft de zorg voor ouderen prioriteit en urgentie. Zo komt zelfs preventie bij ouderen op de politieke agenda, omdat preventie misschien wel de enige manier is om de gevolgen van vergrijzing in te perken.

En als allerbelangrijkste positieve gevolg? Steeds meer mensen zijn in gezamenlijkheid aan het werk om de toekomstige uitdagingen van de vergrijzing voor de medische zorg aan te pakken. Niet toevallig behoren velen van u tot deze gedreven en enthousiaste groep.

Allereerst wil ik inzoomen op de organisatie van de medische zorg voor ouderen. Huisartsen bieden rechtstreeks toegankelijke zorg aan bijna alle Nederlanders. Dit doen zij vanuit de eerstelijns geneeskunde, per definitie de geneeskundige zorg die rechtstreeks toegankelijk is voor een patiënt, zonder dat een verwijzing noodzakelijk is. Huisartsen zijn in deze rol verantwoordelijk voor 95% van de totale medische zorg voor ouderen.

Huisartsen zijn niet de enigen die eerstelijns geneeskundige zorg aan ouderen bieden. Specialistische Ouderengeneeskunde, tot afgelopen zomer verpleeghuisartsen genaamd, bieden in verpleeghuizen eerstelijns medische zorg aan de bewoners. In mijn ogen omvat de eerstelijns geneeskunde voor ouderen dus ook de dagelijkse medische zorg in verpleeghuizen. Daarbij wil ik natuurlijk niet voorbij gaan aan de speciale eisen die aan deze artsen worden gesteld; dit werk eist immers specifieke kennis, kunde en kunst.

Nu heeft mijn leerstoel betrekking op de eerstelijns geneeskunde en niet op de huisartsgeneeskunde in engere zin. Voor mijn wetenschappelijk werk zie ik deze verbreding als een verrijking. Waarom? Fysiologische processen, ziektebeelden en ook mensen houden zich niet altijd aan grenzen en muren opgelegd door een gezondheidszorgsysteem. De bestaande grens tussen huisartsgeneeskunde en het specialisme ouderengeneeskunde beschouw ik als kunstmatig als het om de wetenschap gaat. Dit geeft vast en zeker grensconflicten. Toch is het belangrijk deze conflicten te beslechten en in gezamenlijkheid de medische zorg voor ouderen wetenschappelijk te onderbouwen.

Het is wel belangrijk om eerstelijns geneeskunde te onderscheiden van eerstelijns gezondheidszorg, ook wel eerstelijnszorg genoemd. In de eerstelijnszorg werken niet alleen huisartsen maar ook apothekers, tandartsen, diëtisten, psychologen, wijkverpleegkundigen en bijvoorbeeld podotherapeuten, maar ook het maatschappelijk werk en fysiotherapeuten. Dit is een zeer gevarieerde, groep professionals. Elk heeft zijn eigen opleiding

en inhoudelijke expertise, en ook verschillende organisatievormen en financiering.

In de toekomstplannen voor de Nederlandse gezondheidszorg voor ouderen wordt veel van de eerstelijnszorg verwacht. In 2008 ging bijvoorbeeld het Nationaal Programma Ouderenzorg van start. Dit programma heeft als doel de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren. Hiervoor zijn het ontwikkelen van een samenhangend zorgaanbod én betere afstemming op de individuele behoeften van ouderen belangrijke pijlers. Het Nationaal Programma Ouderenzorg daagt de eerstelijnszorg uit tot samenwerking en afstemming in de zorg rondom ouderen. Let wel, in de eerstelijnszorg is de groep huisartsen slechts een van de partijen. In nieuwe eerstelijns samenwerkingsverbanden zullen huisartsen niet altijd een leidende rol nemen, maar ook niet altijd krijgen. Dat is niet haalbaar en ook niet wenselijk, want de eerstelijnszorg is breed en omvat veel meer dan medische zorg.

Kortom, voor het wetenschappelijk onderbouwen van de medische zorg voor ouderen is de uitbreiding van mijn leeropdracht van huisartsgeneeskunde naar eerstelijns geneeskunde een belangrijk voordeel. Maar verwacht u niet eerstelijns geneeskunde met eerstelijnszorg; deze zijn beide belangrijk, maar niet hetzelfde.

Nu zoom ik verder in op huisartsgeneeskunde voor ouderen. Ouderen hebben, meer dan andere groepen, behoefte aan integrale, continue en persoonlijke medische zorg, dicht bij huis. Naast aandacht voor lichamelijke aspecten is aandacht voor psychische en sociale aspecten en voor kwaliteit van leven belangrijk. Integrale, continue en persoonlijke zorg zijn de kernwaarden van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Daarom is de medische zorg voor ouderen een kolffe naar de hand van een huisarts.

Binnen de huisartsgeneeskunde kwam de aandacht voor ouderen in de afgelopen jaren in een stroomversnelling. In 2007

publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap, afgekort NHG, haar standpunt Toekomstvisie Huisartsgeneeskunde voor Ouderen. Dit standpunt geeft aan dat de huisarts naast de continue, integrale en persoonlijke zorg meer te bieden heeft aan ouderen. Hierbij komen twee belangrijke vernieuwende aspecten van de huisartsenzorg aan de orde.

Als eerste een meer proactieve instelling van de huisarts. Dit houdt in dat de huisarts niet alleen reageert op klachten van ouderen, maar ook actief problemen signaleert en vroegtijdig deze aanpakt. Daarnaast wordt een functionele benadering van problemen bij ouderen centraal gesteld. Bij ouderen met tegelijkertijd verschillende chronische ziekten, klachten en beperkingen is het voor een huisarts niet eenvoudig deze knoop te ontwarren. Om tot een verstandige aanpak te komen, geeft een functionele analyse meer aangrijpingspunten dan het ziektegericht denken.

Het NHG-standpunt geeft verder aan dat huisartsen een belangrijke spil zijn in een samenhangend zorgnetwerk voor ouderen met complexe problematiek. Hierdoor wordt voorkomen dat ouderen met meerdere chronische ziekten en kwalen last krijgen van de versnippering van hun zorg. Regie van de huisarts is hierbij een belangrijke schakel; overzicht, coördinatie en begeleiding zijn essentieel.

In 2007 ging ook de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde van start. Deze is ontwikkeld en wordt aangeboden door de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC. Wij werken hierbij nauw samen met Bureau Boerhaave en het NHG. De tweejarige opleiding biedt ervaren huisartsen meer medisch-inhoudelijke kennis op het gebied van ouderengeneeskunde.

Daarnaast verdiepen de cursisten zich in de organisatie van de zorg, het nemen van regie, maar ook in het geven van consultatie aan collega's. Binnen de eigen praktijk en in een cirkel daaromheen voeren de huisartsen in de kaderopleiding een

verbeterproject en kwaliteitsproject uit. Deze projecten zijn inspirerende proeftuinen voor de verdere ontwikkeling van de eerstelijns ouderengeneeskunde. Dit voorjaar studeerden de eerste 22 kaderhuisartsen ouderengeneeskunde af, een feestelijk en gedenkwaardig moment. Momenteel zijn er ruim 30 kaderhuisartsen in opleiding. U kunt zich alweer aanmelden voor maart 2010!

Ondanks alle aandacht en mogelijkheden, én al uw werk om de organisatie van zorg voor ouderen te verbeteren, maak ik me toch zorgen. Zorgen om het feit dat een belangrijk deel van de ouderengeneeskunde niet genoeg aandacht krijgt. Soms lijkt het wel of we ervan uit gaan dat we de zorg voor ouderen alleen maar beter hoeven te organiseren om vooruitgang te boeken.

Dit is in mijn ogen veel te gemakkelijk gedacht. Er zijn verschillende aanwijzingen dat medisch-inhoudelijke zaken zich bij ouderen anders kunnen manifesteren dan bij mensen van jongere leeftijd. Dus alleen met herorganiseren komen we er niet. Maar wat moet er dan anders? Zo belanden we bij uw vraag Is de klinische praktijk dan nog niet wetenschappelijk onderbouwd?

Er is en wordt heel veel medisch wetenschappelijk onderzoek gedaan. Niet alleen nu, maar al eeuwen lang. Niet alleen in Nederland maar over de hele wereld. En dan benoemt de Leidse Universiteit een nieuwe hoogleraar met als opdracht de eerstelijns klinische praktijk wetenschappelijk te onderbouwen. Is dat niet een beetje laat? Is het handelen van artsen in de klinische praktijk niet al met wetenschappelijk bewijs onderbouwd?

Ik wil u niet ongerust maken, maar het klinisch handelen van artsen is inderdaad niet geheel wetenschappelijk onderbouwd. Concreter, voor een groot deel van het medisch handelen van artsen is geen directe wetenschappelijke onderbouwing. Doen dokters dan zomaar iets? Ter geruststelling; dat is natuurlijk niet zo. De medische zorg vindt voor een groot deel plaats op basis van richtlijnen en standaarden. Voor het maken van deze richtlijnen en standaarden wordt alle beschikbare kennis gewo-

gen. Hierbij wordt wetenschappelijke onderbouwing, evidence-based, nagestreefd. Veel richtlijnen maken ook gebruik van kennis opgedaan uit jarenlange ervaring, of van de meningen van belangrijke personen.

Waarom is de klinische praktijk nog niet onderbouwd? De belangrijkste reden is volgens mij dat de geneeskunde oneindig breed is. Een andere, ook belangrijke reden is dat veel medisch onderzoek wordt gedaan bij standaard patiënten, in de meeste gevallen blanke mannen van middelbare leeftijd opgenomen in een ziekenhuis.

De resultaten van deze studies gelden voor blanke mannen van middelbare leeftijd in een ziekenhuissetting. Maar kunnen deze resultaten dan ook worden gebruikt om de behandeling te onderbouwen voor deelgroepen patiënten, zoals vrouwen, Aziatische mannen, baby's of oudste ouderen? Hier ontstaat al een probleem. En dan de tweede vraag; gelden resultaten van ziekenhuisstudies ook in de eerstelijns-geneeskunde? Ook hier waarschuwt uw intuïtie.

Wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheid van oudste ouderen, met specifieke aandacht voor de eerstelijns-populatie is nog weinig gedaan. Dit is een onderzoeksgebied met grote relevantie voor de klinische praktijk en veel wetenschappelijke lacunes; het ideale open veld voor een jonge, ambitieuze hoogleraar. Ook de komende jaren zal ik hiermee verdergaan

Leiden heeft een rijke traditie in het doen van observationeel onderzoek onder oudste ouderen. In 1986 ging de eerste Leiden 85-plus Studie van start. Met een prachtige Amerikaanse subsidie was de belangrijkste onderzoeksvraag de relatie tussen genetica en langlevendheid. Daarnaast had de studie als doel om na te gaan hoe vaak chronische ziekten en kwalen bij oudste ouderen voorkwamen en om het functioneren van oudste ouderen te beschrijven. De resultaten van deze studie droegen bij aan het verkrijgen van inzicht in de omvang van de medische problematiek op hoge leeftijd.

De tweede Leiden 85-plus Studie startte in 1997 en had als doel om beïnvloedbare determinanten van succesvolle ouderdom te vinden. Tussen 1997 en 1999 kregen alle inwoners van Leiden die 85 jaar werden een uitgebreide felicitatiebrief, met daarin de vraag of zij wilden meewerken. In totaal zeiden 599 ouderen van 85 jaar deelname toe. Alle deelnemers zijn gedurende 5 jaar gevolgd; dit betekende jaarlijkse huisbezoeken bestaande uit het afnemen van vragenlijsten, het doen van functietesten en bijvoorbeeld bloedonderzoek en een electrocardiogram. Anno 2009 worden geen huisbezoeken meer afgelegd, maar worden nog wel gegevens verzameld over het overlijden.

Uit de Leiden 85-plus Studies en andere studies wordt langzaam duidelijker dat gezondheid en ziekten op hoge leeftijd zich niet hetzelfde gedragen als bij blanke mannen van middelbare leeftijd, diegenen die meestal zijn onderzocht. Dit geldt mogelijk niet alleen voor oorzaken en risicofactoren voor ziekten en het natuurlijk beloop. Waarschijnlijk verschillen ook de diagnostiek en effecten van verschillende behandelingen. Dit zou betekenen dat leerboekkennis, richtlijnen en standaarden niet automatisch kunnen worden gebruikt voor oudste ouderen. Makkelijk gezegd, maar wat moet er dan anders? Hier lokt de uitdaging, het wetenschappelijk onderzoek!

Vanmiddag maak ik u graag reisgenoot van een ontdekkingsreis, met als thema hoge bloeddruk bij oudste ouderen. Houdt u rekening met soms mooie vergezichten, plezier en voldoening, maar ook met vertraging, tegenslag, zwaar weer en ongelof. Kom, we gaan!

Allereerst de aanleiding van de reis. Hoge bloeddruk komt veel voor bij ouderen en is een algemeen bekende risicofactor voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Daarom is de bloeddruk een belangrijke ingrediënt van de formule om het risico op hart- en vaatziekten te kunnen voorspellen voor individuele patiënten.

Het is algemeen bekend dat het behandelen van hoge bloeddruk het risico op het krijgen van hart- en vaatziekten vermindert. Recent verscheen de belangrijke HYVETT trial. Deze studie toonde aan dat het behandelen van hoge bloeddruk zelfs bij 80-plussers leidt tot verlaging van het risico op hart- en vaatziekten. Kortom, duidelijk en helder.

Maar de laatste 10 jaar verschenen een paar intrigerende wetenschappelijke artikelen waaruit blijkt dat oudste ouderen met hoge bloeddruk langer leven dan oudste ouderen met een lage bloeddruk. U hoort het goed: mensen van 85 jaar met hoge bloeddruk leven langer! Dit is het omgekeerde van wat geldt voor de gemiddelde bevolking. Dit is dus het omgekeerde van wat geldt voor ons als groep in het Groot Auditorium; hier geldt namelijk dat hoge bloeddruk een kortere levensduur voorspelt.

Als arts realiseert u zich opeens dat u gisteren in de praktijk nog bij een 85-jarige mevrouw de bloeddruk heeft gemeten, en haar complimenteerde met haar mooie, lage bloeddruk? Maakte u zich net ongerust over uw 80-jarige vader die belde dat de huisarts een te hoge bloeddruk had gemeten? Wat is dit nu, staat de wereld op zijn kop?

Terecht bestoken velen van u me na dit soort bevindingen met de vraag 'Wat doe ik morgen in de praktijk?' Eerlijk gezegd weet ik nog niet wat de klinische consequentie van deze bevinding is. Dit is in mijn ogen het belangrijke einddoel van een lange wetenschappelijke ontdekkingsreis, maar deze reis duurt lang en heeft veel etappes.

Na de opvallende bevinding dat de relatie tussen bloeddruk en levensduur omgekeerd is, werd de eerste etappe van de reis gedreven door het gevoel: 'dit kan toch niet waar zijn!'. Dit verstandige gevoel bekruipt mensen als er iets wordt gepresenteerd dat onverwacht en contra-intuïtief is. In dit geval zijn wetenschappers hetzelfde als gewone mensen, iets wat niet altijd opgaat trouwens.

Als onderzoekers gingen we heel veel mogelijke oorzaken van een foute uitkomst na. Was onze studieopzet goed gekozen? Zijn de datasets niet verkeerd aan elkaar gekoppeld? Waren de variabelen niet verkeerd gecodeerd? Is wel de goede analyse-techniek gekozen? Was de bloeddruk wel goed gemeten? Na het beantwoorden van deze en nog meer vragen bleven de bevindingen staan; bij oudste ouderen voorspelt een hoge bloeddruk inderdaad langer leven.

De volgende etappe van de ontdekkingsreis ging over een meer inhoudelijk dilemma. Het is de vraag of levensduur een goede uitkomstmaat is voor wetenschappelijk onderzoek onder oudste ouderen. Zijn zelfredzaamheid, functioneren en de kwaliteit van leven, of het optreden van klachten niet minstens zo belangrijk? Dit is inderdaad zo. Als hoge bloeddruk een langer leven voorspelt, dan is het belangrijk om te onderzoeken of de hoge bloeddruk toch niet leidt tot andere negatieve gevolgen. Stel, de hoge bloeddruk leidt tot een hersenbloeding waardoor iemand niet overlijdt, maar wel de rest van zijn leven rolstoelgebonden is en niet meer thuis kan wonen.

We hebben een aantal bekende consequenties van hoge bloeddruk bestudeerd. Van hoge bloeddruk is bekend dat dit bijdraagt aan achteruitgang van nierfunctie en achteruitgang van cognitief functioneren. Uit analyses binnen de Leiden 85-plus Studie blijkt dat hoge bloeddruk na het 85^{ste} levensjaar niet leidt tot een versnelde achteruitgang van nierfunctie en cognitief functioneren in de jaren daarna. Integendeel, juist ouderen met een lage bloeddruk gingen het snelst achteruit. Dit toont dus eenzelfde omkering.

De conclusie van de tweede etappe is dat hoge bloeddruk een langer leven voorspelt, en dat er voor zover nu bekend geen andere negatieve bijdrage is van hoge bloeddruk. Dus geen twijfel meer mogelijk, op hoge leeftijd voorspelt hoge bloeddruk langer leven. Nu is het einddoel van de ontdekkingsreis, de betekenis voor de klinische praktijk, pas echt relevant. Hoe komen we verder?

Het beantwoorden van de vraag ‘hoe zit dit in elkaar’ is een logische en cruciale stap. Als we niet begrijpen waarom op hoge leeftijd hoge bloeddruk een langer leven voorspelt, dan zouden we wel eens rare dingen kunnen gaan doen. Stoppen we alle bloeddrukverlagende medicatie vanaf 85 jaar? Geven we de farmaceutische industrie de opdracht bloeddrukverhogende medicatie te gaan ontwikkelen? Wat is verstandig?

Binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland is onderzoek naar de oorzaak van ziekten, etiologisch onderzoek, geen gebruikelijke tak van onderzoek. Wellicht doe ik enkelen van u tekort, maar een prototype Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek vergelijkt twee behandelmethoden. Etiologisch onderzoek wordt door huisartsen meer beschouwd als behorend tot het domein van de ‘specialisten’, zoals klinische epidemiologie of bijvoorbeeld de interne geneeskunde.

8 Voor degenen die mij beter kennen wellicht niet onverwacht; ik ben ervan overtuigd dat etiologisch onderzoek van groot belang is voor de verdere ontwikkeling en onderbouwing van de huisartsgeneeskunde. Juist daarom past etiologisch onderzoek binnen het huisartsgeneeskundig onderzoeksdomein. Juist de huisartsgeneeskunde moet zich inzetten om meer te gaan begrijpen van veelvoorkomende ziekten. Pas dan kunnen we wetenschappelijk onderbouwde diagnostiek en behandeling ontwerpen, die dan daarna natuurlijk ook best mag worden getoetst.

Overigens, de etiologie van ziekten zal in de eerste lijn niet anders zijn in de tweede lijn. Maar voor het doen van etiologisch onderzoek heeft de eerste lijn een aantal grote voordelen. Er zijn grote groepen patiënten beschikbaar, vroege stadia van ziekte komen frequent voor en slechts een klein deel van de patiënten krijgt al een interventie, die het onderzoek verstoort.

Ik stel daarom voor om vanaf vandaag de definitie voor huisartsgeneeskundig relevant onderzoek te verbreden naar ‘onderzoek dat binnen 5 jaar zou kunnen gaan bijdragen aan een verandering van de klinische praktijk’. Dit geldt in ieder geval voor Leiden!

Na dit stokpaardje weer verder met de ontdekkingsreis. We zijn op weg naar het begrijpen van de raadselachtige bevinding dat hoge bloeddruk een langer leven voorspelt.

Een sleutelvraag op weg naar begrijpen is: ‘Vanaf welke leeftijd keert de relatie tussen bloeddruk en levensduur om? In samenwerking met de onderzoekers van de Rotterdam Studie, een bevolkingsstudie onder ouderen van 55 jaar en ouder, hebben we aangetoond dat de omkering plaatsvindt tussen het 75^{ste} en 80^{ste} levensjaar. Tot 75 jaar voorspelt hoge bloeddruk een kortere levensduur. Na het 80^{ste} levensjaar is dit omgedraaid en geldt dat een hoge bloeddruk een langer leven voorspelt. In de tussenperiode, tussen 75 en 80 jaar heeft hoge bloeddruk geen relatie met sterfte.

Hoe kan het zijn dat deze omkering plaatsvindt in een populatie? We komen nu op nog onbekender terrein. Het zou zo kunnen zijn dat bij het ouder worden de biologie, fysiologie en pathologie veranderen. Dan zou hoge bloeddruk negatieve gevolgen hebben tot 75 jaar en dan draait dit per individu om, waardoor uiteindelijk hoge bloeddruk beschermt. Dit lijkt me minder waarschijnlijk. Hoe zou dat dan werken, draagt lage bloeddruk dan opeens bij aan atherosclerose? Is er een evolutionaire noodzaak? Hoe is dat dan biologisch gereguleerd?

Een meer reële mogelijkheid is dat er bij het ouder worden van een populatie bij subgroepen mensen verschillende fenomenen gaan spelen. Als de verhouding tussen deze subgroepen in de populatie verandert, verandert daarmee het ‘groeps-gemiddelde’.

Wat zou er aan de hand kunnen zijn? Langdurige hoge bloeddruk leidt op den duur tot veranderingen van het hart. Uiteindelijk wordt de pompkracht van het hart aangetast, waardoor, eenvoudig gezegd, het hart niet voldoende druk kan maken om het bloed rond te pompen. Lang kan het lichaam dit compenseren door regelmechanismen, en heeft de patiënt geen klachten. Maar op een gegeven moment schiet deze compensatie tekort en daalt de bloeddruk.

Binnen de Leiden 85-plus Studie toonden we met echocardiografie aan dat 90-jarige ouderen met een lage bloeddruk een slechtere pompfunctie van het hart hebben dan ouderen met een hoge bloeddruk. Dit past dus bij deze hypothese.

Let wel, in een bevolkingsstudie geeft deze groep ouderen een verwarrend beeld. Door hun jarenlange hoge bloeddruk hebben deze ouderen een hoog risico op cardiovasculaire ziekten. Door de hoge bloeddruk kregen zij hartfalen waardoor de bloeddruk daalt. In de analyses hebben zij in feite een te lage bloeddruk voor het risico dat zij hebben. Epidemiologisch is dit een bijzonder fenomeen; de eigenschappen van de predictor, hoge bloeddruk, veranderen door het ziekteproces, hartfalen, dat we ermee willen voorspellen. Hiervan kan ik niet makkelijk andere voorbeelden bedenken.

Is er dan een groep ouderen te onderscheiden voor wie hoge bloeddruk nog wel schadelijk is? Het zou logisch zijn als die groep er inderdaad is. Misschien verklaart dit ook wel de positieve bevinding van de HYVETT Studie, de grote studie waaruit bleek dat het behandelen van hoge bloeddruk ook op hoge leeftijd bescherming biedt tegen negatieve uitkomsten. Die populatie bleek ook inderdaad een groep ouderen met minder comorbiditeit en veel langere levensverwachting dan gemiddelde ouderen in Nederland.

Dit is de stand van zaken tot nu toe. Helaas eindigt deze reis hier. U voelt al wel aan dat er nog veel stappen nodig zijn om te weten wat de betekenis zal zijn voor de klinische praktijk. Vragen die we de komende jaren in ieder geval moeten beantwoorden zijn de volgende:

- Als hoge bloeddruk bij ouderen geen hart- en vaatziekten voorspelt, hoe vinden we dan ouderen die risico lopen op hart- en vaatziekten en hoe zouden we die dan moeten behandelen?
- Zijn binnen de groep oudste ouderen met lage bloeddruk inderdaad twee subgroepen te onderscheiden, te weten zij

met lage bloeddruk en hoog risico, en zij met lage bloeddruk en laag risico? Hoe zijn deze groepen te onderscheiden, en wat zou de behandeling moeten zijn?

- Wat is het effect van stoppen van bloeddrukverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen? Eerst moeten we kijken naar het functioneren van organen, maar later ook naar sterfte!

Ons cardiovasculair onderzoeksteam bestaat uit Jeanet Blom, Wouter de Ruiter en Yvonne Drewes. Zij zullen u regelmatig op de hoogte houden van vorderingen van deze ontdekkingsreis, zowel via wetenschappelijke publicaties als, wellicht, via de pers, maar ook uiteindelijk in richtlijnen en standaarden.

Is de bloeddruk-ontdekkingsreis de enige die momenteel in Leiden wordt uitgevoerd? Nee zeker niet. Ik verkeer in de gelukkige omstandigheid dat ik meereis op veel verschillende wetenschappelijke ontdekkingsreizen met als basis de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde. Graag geef ik u een aantal voorbeelden.

Wendy den Elzen bestudeert de gevolgen en oorzaken van anemie bij oudste ouderen om uiteindelijk te kunnen komen tot een voorstel voor een nieuw diagnostisch en therapeutisch schema voor anemie in de klinische praktijk.

Gerda van der Wee bestudeert de meerwaarde van screening op depressie bij ouderen vanuit de huisartspraktijk. Zo levert zij mogelijke wetenschappelijke argumenten om aan te tonen dat vroegtijdig opsporen en behandelen van depressie bij ouderen veel ellende kan voorkomen.

Margot Heijmans en Anne van Houwelingen brengen de opbrengst in kaart van het screenen op kwetsbaarheid onder ouderen in de huisartspraktijk. Zij dragen hiermee bij aan de wetenschappelijke onderbouwing van de stelling dat de medische zorg voor ouderen zal verbeteren als de huisarts van de ouderen in de praktijk op de hoogte is van de mate van kwetsbaarheid, en daarmee pro-actief kan gaan werken.

Yvonne Drewes startte haar ontdekkingsreis naar de zin en onzin van preventie bij ouderen door het in kaart brengen en wegen van het beschikbare wetenschappelijk bewijs voor screening onder ouderen. Hierna sluit zij zich aan bij het cardiovasculaire onderzoeksteam.

Monique Caljouw onderzoekt de kosten van effecten van het gebruik van cranberry's ter voorkoming van urineweginfecties. Hierbij gaat zij de uitdaging aan om dit te bestuderen in de meest kwetsbare groep ouderen, namelijk verpleeghuisbewoners.

Tony Poot gaat de medische zorg in verzorgingshuizen optimaliseren door ondermeer de regiefunctie van huisartsen duidelijk vorm te gaan geven. Hij zal hierbij niet alleen de effecten in kaart brengen, maar ook bevorderende en belemmerende factoren.

10 Ook buiten de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde zijn onderzoekers bezig om de medische zorg voor ouderen te onderbouwen met wetenschappelijk bewijs. Thomas van Bommel, Diana Taekema, Marissa Engberts, Robert Goekoop, Bert Vaes, Henk-Frans Kwint en Jenny Heering, jullie werk is van grote waarde!

De breedte van de huisartsgeneeskunde biedt mij het genoeg ook wetenschappelijk onderzoek te doen naar kleine kwalen in de huisartspraktijk. Just Eekhof is de trekker van deze onderzoekslijn. Sjoerd Bruggink en Paulette Egberts verzetten bergen werk om de etiologie, diagnostiek en behandeling van huis-tuin-en-keukenwratten wetenschappelijk te onderbouwen. Niet het makkelijkste onderwerp! Zij testen niet alleen de meest efficiënte therapie in gerandomiseerde trials, maar bestuderen ook de etiologie. Zo brengen zij besmettingspatronen van wratten in kaart en bestuderen zij de verantwoordelijke virustypes.

Helaas is de tijd vandaag veel te kort om u hierover meer te vertellen. Maar let op, de verschillende proefschriften zullen uitgebreid verslag gaan doen van de ontdekkingsreizen!

Na dit inhoudelijke intermezzo, wil ik u weer even terugbrengen op deze aarde. Achtereenvolgens zal ik schetsen wie en wat nodig zijn voor het doen van deze ontdekkingsreizen. Wie hebben we nodig?

De afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde bouwt aan een vast wetenschapsteam dat samenwerkt en voldoende kritische massa heeft om elkaar scherp te houden. Ambitie en optimisme zijn noodzakelijk om de soms taaie wetenschap en dataverzameling te lijf te gaan. Andere academische talenten als creativiteit, het vermogen hypothesen te genereren, methodologische expertise, en statistische excellentie zijn nodig. Een gezonde dosis humor en concurrentie zorgt ervoor dat onze groep de rest voorblijft.

In veler ogen bestaat de ideale onderzoeksgroep voor huisartsgeneeskundig onderzoek uit junior- en seniorhuisartsen die niet alleen wetenschap doen, maar vanzelfsprekend ook een deel klinische praktijk en wellicht ook nog onderwijs. Ondanks het feit dat huisartsen generalisten zijn en op veel terreinen tegelijkertijd goed kunnen presteren, is een onderzoeksgroep bestaand uit louter huisartsen niet mijn ideale opbouw. Als huisarts is dit moeilijk toegeven.

Een onderzoeksgroep met ambitie heeft behoefte aan breed academisch talent, excellentie, en specialisatie. Hiervoor is het bijeenbrengen van fanatieke, excellente mensen met verschillende talenten een noodzaak. Juist het verbreden naar andere onderzoeksdisciplines geeft de versterking van het onderzoek waar de huisartsgeneeskunde behoefte aan heeft.

Ik hoor u denken: Oeps, dat gaat daar in Leiden straks helemaal mis. Ze wil onderzoek doen zonder huisartsen. Houdt Jacobijn wel genoeg de klinische onderbouwing van de wetenschappelijke praktijk in de gaten?

Vanzelfsprekend! Inbreng van huisartsen met klinische ervaring is voor een aantal fases van wetenschappelijk onderzoek onmisbaar. Dit gaat dan vooral om het prioriteren van onder-

zoeksvragen, de inschatting van de uitvoerbaarheid van onderzoek in de praktijk, het uitvoeren van het praktijkdeel van het onderzoek, de interpretatie en eventuele implementatie. Maar andere fases van het onderzoek, zoals de vraag formuleren, het design vaststellen en beoordelen, de gegevens analyseren en de resultaten verspreiden, vragen in veel gevallen om onderzoekers met een speciale onderzoekersopleiding. Kortom, een multidisciplinair onderzoeksteam heeft grote voordelen!

Naast samenwerking met huisartsen is ook een nauwe samenwerking met inhoudelijke experts belangrijk, dit om de inhoud van de projecten te borgen. Hierbij spelen niet alleen de eigen stafleden een rol, maar maken we ook veelvuldig gebruik van een uitgebreid netwerk van inhoudelijke experts binnen en buiten het LUMC. Graag bouw ik in de komende jaren deze samenwerking verder uit. Ik nodig daarom de inhoudelijke experts in de zaal uit om gezamenlijke ontdekkingsreizen te gaan ondernemen. Ik kijk nu al uit naar de onderlinge discussies!

Promovendi zijn van groot belang, mensen die zich volledig willen inzetten voor een carrière in de wetenschap, ervoor gaan en talenten hebben op liefst meerdere van de genoemde terreinen. Vanzelfsprekend kunnen dit huisartsen in opleiding zijn die naast hun huisartsopleiding wetenschappelijk onderzoek doen, de zogenaamde AIO'THO's. Maar jonge biomedische wetenschappers of gezondheidswetenschappers zijn ook van harte welkom. Gewetensvraag: Moeten ze per se jong zijn? Wij hebben de afgelopen jaren ervaren dat juist huisartsen die na een aantal jaren praktijk bewust kiezen voor wetenschappelijk onderzoek, veel talenten hebben. Daarom kijken wij bij het zoeken naar talent niet op een jaartje meer of minder, dat zou ten slotte leeftijdsdiscriminatie zijn.

Nu ik hier toch sta, neem ik graag de vrijheid om een oproep te doen. Denkt u 'die wetenschap, dat is iets voor mij!' dan bent u van harte welkom voor een oriënterende kennismaking.

Voor het uitvoeren van alle lopende studies is het onderzoekscentrum van de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde onmisbaar. Hierin werken secretaresses, datamanagers en onderzoekersmedewerkers nauw samen. Lang niet altijd kunnen gegevens van deelnemers met een schriftelijke vragenlijst of per telefoon worden verkregen. De medewerkers van het onderzoekscentrum verzetten dus bergen werk. Nu Margot de Waal coördinator is geworden van het onderzoekscentrum, loopt het helemaal op rolletjes!

Nu we het ideale team voor de wetenschappelijke ontdekkingsreizen hebben samengesteld volgt de logische vraag: Wat hebben we nodig? Onderzoek uitvoeren in de eerstelijns is geen eenvoudige klus. In de afgelopen jaren hebben we daarom veel tijd en energie gestoken in het opbouwen van een externe infrastructuur voor het doen van eerstelijns wetenschappelijk onderzoek. Eén onderzoek vindt plaats in meerdere huisartspraktijken of verpleeghuizen. Hierbij zijn 60 deelnemende huisartspraktijken of 20 verpleeghuizen eerder regel dan uitzondering. Het is iedere keer weer de grootste uitdaging om voor studies genoeg deelnemende huisartspraktijken of verpleeghuizen te vinden.

De afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde heeft voor het uitvoeren van onderzoek in de eerste lijn rondom het LUMC verschillende infrastructuren opgebouwd.

- Het Leids Eerstelijns Onderzoeksnetwerk, LEON, bestaat uit meer dan 100 huisartspraktijken. Deze praktijken hebben een overeenkomst getekend voor structurele medewerking aan wetenschappelijk onderzoek, en doen fanatiek mee aan de aangeboden projecten. Binnen LEON vormen 4 grote gezondheidscentra al sinds jaren het registratienetwerk van de afdeling.
- In het Universitair Verpleeghuis Netwerk Zuid- Holland werken 6 grote zorginstellingen samen aan het ontwikkelen en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. In totaal beslaat dit onderzoeksnetwerk meer dan 3000 verpleeghuisplaatsen en bijna 4000 verzorgingshuisplaatsen.

- De Academische Werkplaats Ouderenzorg Noordelijk Zuid-Holland is een recent opgericht samenwerkingsverband in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het bestaat uit alle regionale zorgaanbieders in de ouderenzorg, de regionale kenniscentra, het LUMC en de ouderen, bijeengebracht in Zorgbelang.

Is door deze infrastructuur de deelname van huisartspraktijken en verpleeghuizen altijd gegarandeerd? Niet vanzelf. De afdeling heeft met deze onderzoekslocaties weinig andere werkrelaties dan enthousiasme en inzet wederzijds. Dit betekent dat maatschappelijke ontwikkelingen de uitvoering van studies kunnen bemoeilijken. Zo heeft de dreiging van de Mexicaanse griep en de lange onduidelijkheid over de aankomende vaccinatierondes in de afgelopen maanden geleid tot een lagere instroom dan we gewend zijn. We moeten er weer hard tegenaan!

12

Nu neem ik de vrijheid twee oproepen te doen. Als u deelnemer van een onderzoeksnetwerk wilt worden, meld u dan aan! Heeft u onderzoeksvragen voor een eerstelijns populatie, neem dan contact op. De onderzoeksinfrastructuur is bedoeld om de eerstelijns te ontsluiten voor onderzoek. We werken graag met u samen op allerlei inhoudelijk gebied, en bieden u hulp en een gidsfunctie.

Tijd voor een samenvatting. Op weg hiernaartoe vroeg u zich af wat ik nu eigenlijk ga doen. Een tegenvraag: Als men u maandag vraagt, 'Wat heeft ze verteld, wat gaat ze eigenlijk doen?', wat antwoord u dan?

Ik hoop dat u namens mij het volgende wilt doorgeven:

- Jacobijn is bezig met een aantal wetenschappelijke ontdekkingsstochten en start vast en zeker ook nieuwe tochten.
- Zij laat zich hierbij inspireren door de vraag 'wat moet ik ermee in de praktijk', ook al is dit antwoord niet binnen direct bereik.
- Deze inhoudelijke zoektochten hebben een voor de eerste lijn belangrijk onderwerp, gaan ook over etiologie en

hebben als doel om een stap verder te komen in de wetenschappelijke onderbouwing van de klinische praktijk

- Omdat wetenschap vraagt om samenwerking, excellentie en profilering wil ze samenwerken met klinisch specialisten en excellente onderzoekers
- Om inhoudelijke redenen zal Jacobijn zich niet laten hinderen door domeindenken en conflicten rondom 'kunstmatig' opgelegde grenzen.
- Onderzoek in de eerstelijns is niet altijd makkelijk maar is wel zeer de moeite waard. Het LUMC heeft hiervoor een prachtige infrastructuur.
- Als je iets wilt met wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijns geneeskunde, dan kan je je bij Jacobijn melden.

Als u vanavond naar huis gaat, door de mooie binnenstad van Leiden, dan ziet u de kansen die de leerstoel biedt. Ik laat het aan uw wijsheid over om in te schatten wat mijn kansen zullen zijn als jonge vrouw binnen de grijze, overwegend mannelijke universitaire wereld. Eerlijk gezegd, ikzelf schat dat best rooskleurig in.

Aan het einde van mijn rede gekomen, wil ik graag een aantal mensen bedanken. Maar dat niet alleen, ik zal hen tevens uitnodigen voor het gezamenlijk verder reizen in de komende jaren.

Ik dank het College van Bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum voor het in mij gestelde vertrouwen. Het is voor mij bijzonder om een leerstoel in Leiden te aanvaarden, de universiteit waar ik precies 25 jaar geleden startte met mijn studie Geneeskunde, mijn huisartsopleiding volgde en ook promoveerde. Het is inspirerend om vanuit mijn nieuwe positie opnieuw kennis te maken met de universiteit die ik al zo lang ken. Uw besluit mij te benoemen als hoogleraar geeft het duidelijke signaal dat het eerstelijns wetenschappelijk onderzoek binnen het LUMC belangrijk is. Ik vertrouw op uw steun, ook in de komende jaren.

Ik dank het bestuur van Divisie 3 voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop dat u en uw medewerkers ook de komende jaren het geduld en de wijsheid hebben om onze groeiende, eigenwijze en ambitieuze afdeling te ondersteunen.

Dames en heren studenten en assistenten in opleiding tot huisarts of specialist. Voor een onderzoekshoogleraar vormt u vooral een kweekvijver voor nieuw talent. Toch hoop ik ook bij te dragen aan uw interesse en aandacht voor de ouderengeneeskunde, zo belangrijk, voor welke medische discipline dan ook.

Mijn opleiders en mentoren:

Hooggeleerde Knook, beste Dick, dank dat je me de kans gaf om als huisarts binnen jouw sectie Gerontologie en Geriatrie te komen werken en promoveren.

Hooggeleerde Westendorp, beste Rudi, in 1996 gingen wij samen aan het werk. Je inspireerde me met je liefde voor de wetenschap en de epidemiologie. Je bent altijd op zoek naar nieuwe hypotheses die uiteindelijk wel erg vaak blijken te kloppen. Je leerde me te discussiëren met iedere specialist, juist vanuit een generalistisch en helder denkkader. Ik vrees dat ik een deel van je fanatisme heb overgenomen. Dank voor je duw uit het vertrouwde nest van jouw afdeling om naar de huisartsgeneeskunde te gaan. Dat bleek goed. Ik wil de komende jaren graag verder bouwen aan gezamenlijk ouderenonderzoek binnen het LUMC; dit biedt unieke mogelijkheden!

Joep van Buuren en Jaap Eijnsink Smeets, hooggeleerde Theo Verheij, dank voor jullie persoonlijke bijdrage aan mijn opleiding tot huisarts. Jullie hebben mijn liefde voor de huisartsgeneeskunde versterkt.

Hooggeleerde Assendelft, beste Pim. We werken sinds 2005 samen. We maakten en maken een turbulente tijd mee met een afdeling in de steigers. Jij geeft me de ruimte, steun en

vertrouwen om op mijn eigen wijze een onderzoeksgroep rond ouderen te bouwen, dank daarvoor. Ik bewonder je strategische analyses, bestuurlijke kunde en vasthoudendheid. De komende jaren gaan we veel van wat is ingezet oogsten. Laten we vooral blijven samenwerken, want we zijn een perfect team geworden. Ook de kruising van ons beider onderzoeklijnen, preventie bij ouderen, biedt hiertoe goede mogelijkheden.

En dan naar de afdeling:

Medewerkers van de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde. We zijn met veel mensen hard aan het werk de verschillende taken van de afdeling uit te voeren. Ik hoop dat we dit de komende jaren in saamhorigheid blijven doen.

Hooggeleerde Cools, beste Herman, vandaag mijn oratie, volgende week jouw afscheidsrede. Jij hebt me overtuigd dat wetenschappelijk onderzoek binnen verpleeghuizen belangrijk is. Ik blijf me hiervoor inzetten.

Hooggeleerde Buitendijk, van Hemert, Middelkoop en Reis, beste Simone, Bert, Barend en Ria. Ik hoop dat we als hooglerarenteam van de afdeling onze samenwerking zullen uitbreiden. Met 50% vrouwelijke hoogleraren moet dat vast en zeker lukken!

Van mijn sectie wetenschappelijk onderzoek wil ik als eerste de medewerkers van het onderzoekscentrum bedanken. Vol trots zie ik hoe jullie je volledig inzetten om alle studies uit te voeren, lang geen makkelijke klus. Laten we vooral ook veel gezamenlijk blijven doen, de project-etentjes blijven erin! Frank Cremer, dank voor je zorgzaamheid en pogingen om mij en mijn agenda te structureren!

Promovendi van binnen en buiten de afdeling, wat zijn jullie verschillend en toch ook zo hetzelfde. Blijf gedreven, behoud jullie lol en optimisme en bestook me steeds met vragen.

Jeanet Blom, Margot de Waal, Wendy den Elzen, Wouter de Ruijter, Just Eekhof, met jullie inzet zullen de onderzoekslijnen ouderengeneeskunde en kleine kwalen kunnen doorgroeien. Als senioren worden we een steeds hechter team. Ik hoop dat jullie ook persoonlijk zullen doorgroeien, vast en zeker ieder op je eigen manier en tempo. Je kunt rekenen op mijn steun.

Annet Wind, als coördinator van de NHG-kaderopleiding draag je belangrijk bij aan de verbetering van de ouderengeneeskunde in de Nederlandse huisartspraktijk. Dank voor je inspirerende en inhoudelijke gedrevenheid, blijf hiermee doorgaan!

Ik dank mijn vele collega's binnen het LUMC voor de inspirerende, leerzame en leuke samenwerking. Ik kan niet iedereen bij name noemen, maar twee personen wel. Hooggeleerde Van der Mast, beste Roos, we gaan vast nog veel gezamenlijk werk binnen de eerstelijns ouderenspsychiatrie verzetten! Zeergeleerde De Craen, beste Ton, onze samenwerking blijft bijzonder. Laten we snel weer een nieuw plan maken!

Collega's van buiten het LUMC, het verheugt me zoveel mensen uit de wereld van de huisartsgeneeskunde en de ouderengeneeskunde hier gezamenlijk aanwezig te zien. Dit gebeurt niet zo vaak! Ik hoop met u allen de komende jaren een aantal stappen voorwaarts te kunnen maken.

Van werk naar privé:

Beste Joop, heerlijk dat je vandaag voor ons speelt. Dank voor je wijze én Bourgondische levenslessen. Ik hoop dat we lang samen zullen spelen! Voor alle collega's: de donderdagavond moet hiervoor vrij blijven.

Lieve mamma, ik ben zielsblij dat jij hier bent. Ik realiseer me steeds meer hoeveel ik van jou heb meegekregen. Kernwaarden als 'Sta voor wat je doet', 'overwin tegenslag' en, de belangrijkste 'geniet van het leven' zijn voor mij ook erg belangrijk. De

eigenwijzigheid die ik van je meekreeg, zullen anderen vast in ons allebei herkennen. Laten we van elkaar genieten, zoveel en zolang het kan.

Lieve broer Dik, schoonzus Astrid en lieve schoonfamilie, dank voor jullie gezelligheid en hechte, zorgzame band. Laten we zoveel mogelijk dingen gezamenlijk vieren!

Lieve Friedo, wij reizen al een heel aantal jaren samen op. Mijn wetenschapsstage in 1989 op jouw afdeling is achteraf gezien een zeer belangrijk moment in mijn leven geweest. Deze stage was niet alleen de basis voor mijn wetenschappelijke carrière, maar was ook de start van onze relatie en dus de basis van ons gezin.

Lieve Merel, lieve Doortje en lieve Gijs. Ik ben heel erg trots op jullie, en geniet iedere dag van jullie gezelligheid en inspiratie. Opgroeien is een spannende ontdekkingsreis, ik reis graag nog heel lang met jullie mee.

Nu is het saaie stuk van mamma's professorfeest bijna voorbij. Tot slot, speciaal voor alle kinderen die hier zijn, een gedichtje geschreven door Willem Wilmink.

Oude mensen

*Ze hebben honderd rimpels,
En ze hebben grijze haren
En ouderwetse dingen
Die ze altijd maar bewaren.
Oude mensen, oude mensen.*

*Ze hebben snoepjes bij zich
Om aan kinderen te geven,
Daar moeten ze naar zoeken,
Dus dan wacht je nog maar even.
Oude mensen, oude mensen.*

*Ze slapen nog maar kort, hoor,
Dus worden ze heel vroeg wakker.
Ze gaan een praatje maken
met de slager en de bakker.
Oude mensen, oude mensen.*

*Ze willen graag vertellen,
Over heel erg lang geleden,
Toen het nog zo koud was in de winter
Toen er nog weinig auto's reden.
Oude mensen, oude mensen.*

*Kinderen, weet je wat zo gek is
aan dit grappige verhaal?
Over dertigduizend nachtjes,
dan zijn jullie allemaal,
Oude mensen, oude mensen.*

Klaar, ik heb gezegd.

PROF.DR. JACOBIJN GUSSEKLOO



- 1991 Artsexamen, Universiteit Leiden
- 1994 Huisarts, Academisch Ziekenhuis Leiden
- 2000 Promotie Universiteit Leiden. Titel proefschrift 'Determinants of cognitive decline in the oldest old', promotor prof.dr DL Knook
- Vanaf 2005 Coördinator wetenschappelijk onderzoek Eerstelijns geneeskunde van de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC
- 2008 Hoogleraar, Universiteit Leiden. Leerstoel 'Eerstelijns geneeskunde, de wetenschappelijke onderbouwing van de klinische praktijk'

De samenleving vergrijsst. De komende jaren zal steeds meer aandacht nodig zijn voor de medische zorg voor ouderen. Medische zorg die voor patiënten van middelbare leeftijd optimaal is, is namelijk niet altijd de beste voor ouderen. Hiervoor zijn een aantal redenen aan te geven. Er zijn grote individuele verschillen in gezondheid, functioneren en vitaliteit tussen ouderen, welke losstaan van de kalenderleeftijd. Ouderen hebben vaak meerdere ziekten en kwalen tegelijkertijd, dit leidt in ons systeem eenvoudig tot versnippering van medische zorg. Daarnaast zijn er in de afgelopen jaren een aantal fascinerende voorbeelden beschreven die aangeven dat de epidemiologie van ziekten mogelijk verandert bij het ouder worden. Helaas is hierover nog weinig kennis voorhanden, dit omdat ouderen meestal niet worden geïnccludeerd in de wetenschappelijke studies.

De komende jaren zal ik proberen om op een aantal belangrijke ziektebeelden verder uit te zoeken hoe de epidemiologie bij ouderen in elkaar zit, om hiermee een wetenschappelijk onderbouwde behandeling te kunnen beschrijven. De organisatie van zorg heeft hierbij nadrukkelijk aandacht. Kortom, ook voor het wetenschappelijk onderzoek binnen de eerstelijns geneeskunde biedt de aankomende vergrijzing nog vele uitdagingen.

