

University of Groningen

Over oude mensen en een jong specialisme

Slaets, Joris P.J.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1999

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Slaets, J. P. J. (1999). *Over oude mensen en een jong specialisme*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders

Het eerste deel van mijn oratie geef ik de titel mee: Van oude mensen, de dingen die komen...

De levensverwachting bij de geboorte is de laatste 100 jaar ongeveer verdubbeld. De verlenging van de gemiddelde levensduur tot 80,2 jaar voor vrouwen en 74,3 jaar voor mannen is niet in de eerste plaats veroorzaakt doordat de sterfterisico's op hogere leeftijd zoveel kleiner zijn geworden. Veel meer effect heeft de sterke daling van de sterfterisico's in de eerste levensjaren gehad. Hoe is het perspectief voor de oude mensen in onze samenleving veranderd? Wat hebben we in de geneeskunde in de laatste 25 jaar bereikt? De levensverwachting is ook voor mensen van 65 jaar wat toegenomen. In totale levensverwachting lopen de mannen hun achterstand ten dele in op de vrouwen. Volgens de middenvariant van de bevolkingsprognose zal in 2050 de levensverwachting 83 jaar zijn voor vrouwen en 80 jaar voor mannen. Dit is ongetwijfeld winst vanuit het perspectief van de pasgeborene maar wat betekent deze ontwikkeling voor ouderen?

Belangrijker dan een lichte toename van levensverwachting boven 65 jaar is de kwaliteit van het leven. Kwaliteit van leven is op bevolkingsniveau niet makkelijk te meten. De gegevens van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu zoals ze terug te vinden zijn in de rapporten Volksgezondheid Toekomst Verkenning en de bevolkingsonderzoeken onder ouderen, LASA, ERGO, GLAS en het Leids 85-plus onderzoek geven daar informatie over. Belangrijke indicatoren van de gezondheidstoestand van ouderen worden daarin beschreven en onderzocht. We hebben goed zicht op de incidentie en prevalentie van de meest voorkomende ziekten. We weten ook iets over het functioneren in termen van beperkingen en zelfredzaamheid, en over de kwaliteit van leven, in termen van ervaren gezondheid. Op grond van dergelijke gegevens worden gezondheidsmaten samengesteld zoals de Gezonde Levensverwachting, Quality Adjusted Life Years, Disability-Adjusted life Years. Het op latere leeftijd overlijden heeft niet geleid tot een evenredige toename in het aantal gezonde levensjaren. In tegendeel, bij oude mensen leidt dit tot een relatieve toename van ziekte. Naarmate de leeftijd toeneemt zijn er minder mensen gezond. Van de totale levensverwachting van 80,2 jaar voor vrouwen is 60,3 in goed ervaren gezondheid. Echter, mannen hebben vrijwel evenveel gezonde levensverwachting bij een kortere totale levensverwachting van 74,3 jaar. Het percentage van de levensverwachting dat in ongezondheid wordt doorgebracht is de laatste 15 jaar niet veel veranderd. Wat we op hoge leeftijd hebben gewonnen aan levensverwachting is hoofdzakelijk ongezonde levensverwachting. De waargenomen toename van het aantal ongezonde jaren komt vooral voor rekening van de lichte ongezondheid met een daling van het aantal jaren in matige ongezondheid. In de leeftijdsklasse van 75-84 jaar beoordeelt 66% van de mannen en 54% van de vrouwen de eigen gezondheid als goed of zeer goed. De ongezonde levensverwachting wordt vooral veroorzaakt door chronische lichamelijke aandoeningen en psychische stoornissen en minder door kanker of een hartinfarct. Maar voelt de heer Peters van 78 jaar met suikerziekte, een versleten heup en een verminderd gehoor zich dus "ongezond"? Dat hoeft zeker niet. Er is een complexe relatie tussen lichamelijke aandoeningen, lichamelijke beperkingen en ervaren gezondheid. Het is belangrijk om te onderkennen dat er grote verschillen zijn in de mate waarin een lichamelijke aandoening een beperking veroorzaakt en in meer of mindere mate de ervaren gezondheid beïnvloedt. Meer dan de helft van de mensen met één of meer chronische aandoeningen beoordeelt de eigen gezondheid als goed of zeer goed. Omgekeerd kan een belangrijk deel (35%) van de ervaren ongezondheid

niet verklaard worden door lichamelijke aandoeningen. Het ligt voor de hand dat hier psychische problematiek een belangrijke rol speelt.

Welke ziektes zijn voor mijn vakgebied het belangrijkste?

Het model van Brody en Schneider maakt een inzichtelijk onderscheid. Er zijn ziektes die maximaal voorkomen in een bepaalde leeftijdsklasse en er zijn ziektes die steeds vaker voorkomen naarmate mensen ouder zijn. Geriaters hebben vooral te maken met deze laatste groep, de leeftijdsafhankelijke ziektes. Deze ziektes lijken direct gekoppeld te zijn aan veroudering. Voorbeelden zijn hartfalen, cerebrovasculaire ziektes, de ziekte van Alzheimer, maculadegeneratie, staar, gehoorsvermindering, artrose, suikerziekte, Ziekte van Parkinson, en ontkalking van de botten. Op grond van de demografische ontwikkelingen zal het aantal patiënten met dergelijke ziektes in Nederland de komende 20 jaar fors toenemen. Dat zijn percentages waar u en ik van schrikken: afhankelijk van de ziekte tussen de 30% en 60%. Het aantal ouderen met meerdere ziektes tegelijk zal eveneens fors toenemen. Een klein aantal mensen kunnen oud worden zonder tekenen van leeftijdsafhankelijke ziektes. Dat wordt ook wel eens de optimale veroudering genoemd. Dat is echter een minderheid en het relatieve aantal mensen zonder ziekte of beperkingen daalt scherp na het 65e levensjaar. Op de leeftijd van 75 jaar is minder dan 30% zonder beperkingen en op 85 jaar is dat ongeveer 10%.

Waarom veroudert de mens?

Biologische veroudering is een complex verschijnsel. Vanuit vele disciplines wordt getracht hierover theorieën te formuleren: de evolutieër, de moleculaire genetica, de celbiologie, de epidemiologie en dichterbij huis de gerontologie. De toename van de kwetsbaarheid, ook wel frailty genoemd, is nauw verbonden met het verouderingsproces. Het antwoord op de vraag waarom we verouderen is niet makkelijk te geven. Er wordt een interactie verondersteld tussen genetische factoren en milieufactoren. Het onderscheid tussen veroudering en leeftijdsafhankelijke ziekten blijkt soms filterdun te zijn. Wanneer noemen we een achteruitgang in de geheugenfuncties bij een 82 jarige “normale veroudering” en wanneer ziekte? Deze vraag is echter relevant voor de gezondheidszorg: ouderen zoeken eerder hulp voor iets dat als ziekte wordt beleefd dan voor iets dat als veroudering wordt beleefd. In de kliniek kijken we als geriater dan ook bij voorkeur naar de functionele gevolgen. De reservecapaciteit van onze orgaansystemen om onder stress voldoende compensatiemogelijkheden te hebben neemt lineair af met de leeftijd. Wij zien dat in ons vak terug als de kwetsbare ouderen. Zij hebben een verhoogde sterftekans, een verhoogde kans op complicaties en een verhoogde kans op blijvende beperkingen. Naast evolutionaire mechanismen spelen ook reparatiefuncties op cellulair niveau een rol. Onze cellen hebben als het ware een ingebouwde monteur die cellen kan vernieuwen, repareren of laten afsterven. Die monteur doet zijn werk niet perfect en dat leidt dus tot slijtage en een verhoogde kans op mankementen. Verschillende mechanismen en verschillende soorten genen kunnen hierbij samen werken. De leeftijdsafhankelijke achteruitgang geldt niet voor iedereen in gelijke mate. Over de cellulaire mechanismen die veroudering mediëren weten we ook nog niet zo veel. Het is interessant om op te merken dat het kankeronderzoek en het verouderingsonderzoek in deze dicht bij elkaar komen. De regulatie van celdood en celdeling spelen in beide gebieden een belangrijke rol. Vandaar de gemeenschappelijke belangstelling voor de geprogrammeerde celdood, apoptosis genaamd, en de telomeren. Telomeren zijn stukjes DNA waarmee cellen het aantal delingen dat zij kunnen maken reguleren. Ik verwacht dat voortschrijdend inzicht in de cellulaire mechanismen van veroudering nieuwe interventiemogelijkheden zal opleveren

voor leeftijdsgebonden ziekten. De onderzoekslijnen in de immunologie en de vasculaire pathologie van onze disciplinegroep bieden uitstekende kansen om de biologische mechanismen bij veroudering verder te exploreren.

Van de cellen van oude mensen wil ik u meenemen naar de beleving van oude mensen. Wat zijn de determinanten van welbevinden, van succesvol ouder worden?

Het verlagen van de sterftkans door de gezondheidszorg en de welzijnszorg confronteert ons in toenemende mate met de gevolgen van veroudering. Daar waar het accent vroeger in de eerste plaats lag op het reduceren van sterfte komt het nu steeds meer te liggen op het succesvol verouderen. De afwezigheid van een ziekte, of van een lichamelijke beperking is belangrijk maar zeker niet de enige, laat staan noodzakelijke voorwaarde voor een hoge mate van welbevinden op hoge leeftijd. Hoe passen mensen zich bijvoorbeeld aan wanneer ze bij veroudering met verlies geconfronteerd worden? Welke factoren bepalen of deze aanpassing succesvol gebeurt of niet? Het antwoord op de vraag naar de psychologische en sociale determinanten van succesvol ouder worden van een individu is minstens zo belangrijk als de vraag naar biologische mechanismen van veroudering. De visie van van den Hoofdakker op de verschillende vormen van psychiatrie kan ik vertalen naar mijn visie op de geriatrie. Ik citeer hem “Sociaal psychiaters, psychotherapeuten en biologisch psychiaters werken niet aan verschillende taartpunten, maar op verschillende niveaus van verklaring. Gedrags- en ervaringsafwijkingen zijn nooit eigenlijk sociaal, eigenlijk psychisch of eigenlijk biologisch bepaald, ze zijn het vruchtbaarst op te vatten als uitdrukking van gestoorde regelmechanismen” einde citaat. Zo ook staan in de geriatrie gestoorde regelmechanismen op verschillende niveaus centraal. De psychosociale wetenschap gaan uit van een continu proces van aanpassing. De mogelijkheden en omstandigheden van een mens veranderen voortdurend tijdens het leven. Succesvol leven betekent op het goede ogenblik in de goede dingen investeren. Zo is opleiding een belangrijke factor voor vele dingen in het verdere leven. Het geeft meer kans op een betere baan, op meer waardering en op meer materieel comfort. De sociaal-economische status is, na leeftijd, de belangrijkste factor om in onze bevolking gezondheidsverschillen te verklaren. Een laag opleidingsniveau is een belangrijke risicofactor voor het krijgen van langdurige beperkingen en het optreden van chronische aandoeningen, psychiatrische stoornissen en zelfs dementie. Personen met een lage opleiding brengen bijna 12 jaar minder door in goede gezondheid dan hoger opgeleiden. De ouderen in onze bevolking zijn nog steeds lager opgeleid in vergelijking met jongere volwassenen. Hoger opgeleide ouderen blijven langer zelfstandig wonen. Driekwart van de bewoners van onze verpleeg- en verzorgingshuizen hebben niet meer dan lager onderwijs gevolgd. Het komende cohort ouderen is beter opgeleid en heeft een betere sociaal-economische status. Dit zal zeker een gunstig effect op de gezondheidstoestand van de ouderen hebben. Hier zitten ook kansen voor beleid. En dus ook als geriater gaat het mij ter harte dat Nederland op dit ogenblik in toenemende mate problemen heeft met de kwaliteit van het basis en voortgezet onderwijs.

Om succesvol te verouderen moeten wij voor onze pensionering actief onze eigen ontwikkeling richting geven en proberen om zoveel mogelijk zelf ‘in controle’ te blijven. Het meest eenvoudige advies dat ik u hierbij kan geven is: ‘blijf in beweging’. Adaptief gedrag en doelgericht gedrag vormen de basis van de sociale productiefunctie theorie zoals deze door Lindenberg en Ormel als een theoretisch model voor succesvol ouder worden is ontwikkeld. In deze theorie wordt de samenhang beschreven van dingen als lichamelijke gezondheid en een comfortabel huis, en psychische stimulatie en een affectieve relatie. Het iets betekenen voor een ander en daarin bevestigd worden kan ook een belangrijke factor zijn om het leven boeiend te blijven vinden. Het interessante is dat wij niet in al deze domeinen maximaal moeten scoren om gelukkig te zijn. Er

zijn mogelijkheden tot variatie en compensatie. Mensen verschillen van elkaar in hoe ze welbevinden bereiken, met andere woorden ze hebben verschillende productiefuncties. Ook binnen een individu zullen bij veroudering de productiefuncties veranderen. Het belangrijkste onderdeel is echter affectie. Dit kan veel compenseren en is, wanneer het ontbreekt, zeer moeilijk te compenseren door andere doelen. Het wegvallen van een geliefde partner of kinderen is een van de meest ingrijpende verliezen die in de loop van veroudering kunnen optreden. Chronische ziektes, lichamelijke beperkingen, verlies aan sociale status hoeven een hoge mate van welbevinden niet in de weg te staan indien er bijvoorbeeld een warme relatie is, bevestiging en een minimum aan comfort. Op grond van deze theorie zal ik met de hulp van collega Buunk van de psychologie, Lindenberg van de sociologie en Ormel van de sociale psychiatrie, interventiestudies uitvoeren. Om zo zelfstandig en onafhankelijk mogelijk te kunnen blijven leven ondanks toenemende kwetsbaarheid zijn een aantal vaardigheden nodig. Wij gaan er van uit dat het mogelijk is om oudere mensen gericht te helpen en te trainen in deze vaardigheden. Voor kwetsbare oude mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis zal een gespecialiseerd verpleegkundige deze training starten in het ziekenhuis en voortzetten in de thuissituatie tijdens de eerste weken na ontslag. Wij zullen kijken of dergelijke interventies kunnen leiden tot een verbetering van het gevoel van controle, lichamelijk functioneren, psychisch functioneren en de kwaliteit van leven. Wij hopen ook dat wij de mensen kunnen helpen om optimaler gebruik te maken van de vele mogelijkheden in onze gezondheidszorg.

Het combineren van theoretische inzichten uit verschillende vakgebieden geeft dus aanknopingspunten voor het ontwikkelen van nieuwe interventies met het oog op succesvol ouder worden. Het succes van een medische interventie hangt bij oude mensen niet alleen af van overleven maar nog meer van de kwaliteit van leven. Daarom moet de geriatrie interesse tonen in de verschillende determinanten van kwaliteit van leven bij ouderen. Daardoor wordt het scala aan mogelijke interventies breder maar worden de grenzen van mijn vakgebied onduidelijker. Wij mogen dit probleem niet uit de weg gaan en daar wil ik in het tweede deel van mijn oratie verder over uitweiden.

Van een jong specialisme naar een volwassen geriatrie.

Het moge duidelijk zijn dat geriatrie een veelzijdig en boeiend vakgebied is. Ik kan geen ander vak bedenken dat zoveel raakvlakken en overlap heeft met andere vakgebieden. Factoren die direct of indirect het welbevinden op hoge leeftijd bepalen zijn zeer divers. Dat maakt het vakgebied van de geriatrie breed en onoverzichtelijk. Het goede nieuws hierbij is dat de mogelijkheden om iets nuttigs te doen voor de kwaliteit van leven van oude mensen dus even divers zijn. U hoort van mij geen doemscenario's over de dubbele vergrijzing. Wij moeten al onze creativiteit aanwenden om kennis in het domein van de geriatrie maximaal te ontwikkelen en te benutten. Wat dat betreft zijn er nog veel kansen onbenut en is monomaan denken dodelijk.

Het centrale thema van de geriatrie is kwetsbaarheid of frailty. Oud worden gaat op zichzelf gepaard met een verhoogde kwetsbaarheid. Bij meer dan driekwart van de mensen ouder dan 75 jaar wordt die kwetsbaarheid versterkt door de aanwezigheid van een of meerdere chronische ziekten. In het klinisch denken van gerieters bij de behandeling van ouderen neemt de evaluatie van de algemene toestand van de patiënt een prominente plaats in. Bij deze evaluatie wordt niet alleen gebruik gemaakt van diagnostische gegevens gericht op orgaansystemen, maar wordt ook met een >timmermansoog= impliciet het begrip frailty meegewogen. De uitkomst van een interventie is voor onze patiënten vaak meer afhankelijk van hun draagkracht of kwetsbaarheid dan van de directe relatie tussen de interventie en de

diagnose. De prognose van een patiënt met een bepaalde medische diagnose krijgt pas gestalte wanneer zij ingekaderd wordt in het kwetsbaarheidsconcept. De reservecapaciteit is afgenomen waardoor relatief kleine veranderingen in het lichaam of de omgeving grote gevolgen hebben voor het lichamelijk en geestelijk functioneren. Campbell gebruikt hiervoor de term “unstable disability”. Mevrouw Ypenburg kon thuis nog net zelfstandig lopen en was niet verward maar is ten gevolge van één extra geneesmiddel plots verward, ze valt en ze eet en drinkt niet meer. In een dergelijke situatie ontstaat zeer snel functieverlies en is spoedig en adequaat optreden geboden.

Het beloop voorspellen en daarmee de optimale behandeling vaststellen, is voor een oudere patiënt moeilijker dan voor een jongere volwassene. Dit wordt in de eerste plaats veroorzaakt door een toename van de verschillen tussen mensen op hoge leeftijd. Daarnaast spelen andere factoren dan de kenmerken van de te behandelen ziekte een doorslaggevende rol in het beloop. Zo is de kans om na een heupfractuur weer te kunnen lopen of om na 6 maanden nog te overleven niet in de eerste plaats afhankelijk van de kenmerken van de fractuur. De mobiliteit voorafgaand aan de fractuur en de aanwezigheid van een dementiesyndroom zijn veel betere voorspellers van hoe het de patiënt zal vergaan. Bij ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid is het behandelen van de primaire ziekte alleen niet voldoende om hun lichamelijk en geestelijk functioneren op peil te houden of weer te verbeteren. Indien wij het hartfalen bij mijnheer van Zanten goed behandelen maar de immobiliteit en pijn ten gevolge van een heupartrose en de daarmee samengaande stemmingsstoornis niet behandelen zal zijn functioneren en kwaliteit van leven nauwelijks verbeteren.

Het is opvallend hoe mobiliteit een centrale plaats inneemt als voorspellende variabele in allerlei onderzoek in de geriatrie. De bewegingswetenschap van de RUG heeft wat dat betreft belangwekkend onderzoek gedaan. Een betere lichamelijke activiteit of mobiliteit is altijd gecorreleerd met een betere uitkomst. Echter, ook psychische factoren zijn relevante determinanten bij het voorspellen van het beloop en zijn tot op heden onderbelicht gebleven in het kwetsbaarheidsconcept. Hoewel het kwetsbaarheidsconcept niet weg te denken is uit de geneeskunde voor ouderen is het opvallend dat hier op onderzoeksgebied nog weinig aan is gedaan. Het ontbreekt veelal aan prospectief onderzoek waarin kwetsbaarheidsvariabelen op een consistente wijze worden benaderd. Uit mijn eigen onderzoek is gebleken dat zowel de doelmatigheid van de zorg (bijvoorbeeld opnameduur) als de uitkomst voor de patiënten (bijvoorbeeld hun zelfredzaamheid) verbeterd kunnen worden door het toepassen van specifieke geriatrische interventies bij ouderen in het ziekenhuis. De mate waarin deze interventie bijdraagt aan de gezondheidstoestand is sterk afhankelijk van kwetsbaarheidsvariabelen. Definiëren en meten van kwetsbaarheid zal helpen om risicogroepen te identificeren die baat hebben bij een geriatrische interventie, zowel preventief als curatief. Bovendien zal het helpen om de verwijzingspatronen in onze gezondheidszorg beter te sturen. De bouwstenen van het begrip “kwetsbare oudere” worden zichtbaar. Het gaat hierbij over de mogelijkheid tot lichamelijke activiteit, cognitieve functies, psychisch functioneren, het aantal chronische ziektes en de voedingstoestand. Wij zullen in Groningen verder onderzoek doen naar de ontwikkeling van een eenvoudig, in de dagelijkse praktijk toepasbaar screeningsinstrument. In dit verband kunnen wij ook wat leren van de ziekenhuispsychiatrie. Ik verwijs naar het werk van dr. F.J. Huyse van de Vrije Universiteit van Amsterdam en de daaraan verbonden internationale onderzoeksgroep waarin ik sinds vele jaren mag participeren. Deze onderzoekslijn heeft belangrijke inzichten opgeleverd waarmee wij complexe patiënten in de belangrijke dimensies biologisch, psychisch, sociaal en zorg, kunnen beschrijven. Het empirisch onderzoek om dit model te onderbouwen is in volle gang en levert boeiende resultaten op.

Slechts een kleine minderheid van de mensen kan oud worden zonder duidelijk verhoogde kwetsbaarheid. Dat is een intrigerende populatie. Zij kunnen natuurlijk wel ziek worden maar hebben dan een beloop dat vergelijkbaar is met jongere volwassenen. Dat betekent dat zij bij een vergelijkbare behandeling een zelfde respons vertonen. Ze verdragen dezelfde medicatie in dezelfde dosering en reageren met hetzelfde responspercentage. We moeten ons vooral blijven realiseren dat dit soort hoogbejaarden bestaat. De chronologische leeftijd speelt voor deze mensen geen rol. Beter gezegd, zou dus ook geen rol mogen spelen in de medische besluitvorming. Leeftijd alleen is dus nooit een criterium om medisch handelen te sturen. Ik vind het erg boeiend om af en toe eens een optimaal verouderde 98 jarige tegen te komen maar wil daar verder als geriater eigenlijk niets mee te maken hebben. De meerderheid van de ouderen worden echter wel toenemend kwetsbaar bij het ouder worden. Tegen beter weten in laten we ons medisch handelen nog meer dan verantwoord is door de leeftijd alleen beïnvloeden. Op grond van leeftijd lopen mensen het risico een minder goede behandeling te krijgen. Dat is niet acceptabel. Het is ook een paradox binnen onze gezondheidszorg. Hoe ouder, en meestal dus hoe complexer, hoe kleiner de kans op “top” geneeskunde. Ik vind geriatrische patiënten eersterangs patiënten voor wie ik eersterangs geneeskunde wil. Dat kan overigens ook betekenen om af te zien van bepaalde behandelingen. Het gaat er om met welke argumenten die beslissing genomen wordt. Hier wreekt zich het lokettensysteem in onze gezondheidszorg. Zeker de hooggespecialiseerde geneeskunde is verspreid over vele kleine loketten die voor oude mensen slecht toegankelijk zijn. Er is veel deskundigheid op kleine eilandjes zonder bruggen. Dat leidt tot sub-optimale geneeskunde voor de 80 jarige patiënt met 3 chronische ziekten en 9 verschillende geneesmiddelen. Is dan het antwoord om er nog maar een klein loket bij te maken? Uit mijn mond is dit een retorische vraag. Geriatrie is op zijn best wanneer geriater, internist, psychiater, neuroloog, psycholoog en verpleegkundigen hun kennis en creativiteit bij elkaar brengen om de problemen van complexe patiënten zo goed mogelijk te behandelen.

Een nieuwe oriëntatie op de verschillende vakgebieden en opleidingen binnen de geneeskunde voor ouderen dient zich in Nederland en in de andere Europese landen aan. Wij hebben nu los van elkaar staande opleidingen voor artsen die actief zijn op het gebied van de geriatrie: de klinische geriatrie, de algemene interne geneeskunde, de sociale geriatrie en de verpleeghuisartsgeneeskunde. Deze verzuiling is naar mijn mening niet de meest wenselijke situatie. Mede door het beleid van de overheid is gedurende 15 jaar veel strijd gevoerd over “de bedden” voor oudere patiënten in ziekenhuizen. Dat heeft niet geleid tot de gewenste situatie.

Graag vertel ik u nu wat over mijn visie op de verschillende domeinen in de gezondheidszorg voor ouderen.

Het eerste domein dat ik wil bespreken is dat van de acute geriatrie. Vele oudere patiënten worden op grond van een acute ziekte of acute verslechtering van een chronische ziekte opgenomen in het ziekenhuis. Afhankelijk van de leeftijd en de mate van veroudering is een belangrijk deel van deze mensen erg kwetsbaar om naar aanleiding van dit acute incident sterk achteruit te gaan in lichamelijk en geestelijk functioneren. Deze mensen lopen juist daardoor het risico sub-optimale zorg te krijgen. Indien wij ons verplaatsen in de mogelijkheden en belevingswereld van deze patiënten dan is het soms verbijsterend wat wij hun aandoen tijdens een ziekenhuisopname. Wanneer we naar de inhoud van de pathologie kijken dan gaat het heel vaak over interne geneeskunde. Ik laat de acute opnames voor de

heelkunde buiten beschouwing omdat daarbij geen discussie is over het verwijzingskanaal. De acuut opgenomen geriatrische patiënt heeft veelal complexe stoornissen op het gebied van de interne geneeskunde door de co-morbiditeit, polyfarmacie en problemen in allerlei andere domeinen. De symptomen kunnen specifiek zijn, de marges voor behandeling beperkt. Het gaat echter niet alleen om internistische problemen. In een prospectief onderzoek vond ik dat 30% van de patiënten ouder dan 75 een psychiatrische diagnose hebben. Het gaat daarbij met name om de diagnoses depressie, angststoornis, delier en dementie. Het is de taak van de geriater om er voor te zorgen dat ook geriatrische patiënten die acuut worden opgenomen in een ziekenhuis optimaal behandeld worden. Dat kan naar mijn mening niet door dit hele gebied te isoleren van de interne geneeskunde maar vraagt om integrale en multidisciplinaire geneeskunde waarbij ook de psychiater en de neuroloog regelmatig een belangrijke inbreng in het geheel zullen hebben. Een gevolg van mijn standpunt is dat wij tevens internisten die bijgeschoold zijn in de geriatrie nodig hebben. Eigenlijk denk ik dat iedere internist in opleiding enkele maanden geriatrie zou moeten doen. Trouwens, iedere dokter, of het nu een huisarts, chirurg of neuroloog is zal in toenemende mate betrokken worden bij geneeskunde voor ouderen met complexe pathologie. In het verleden heeft zowel de interne geneeskunde in Nederland de geriatrie links laten liggen en heeft de klinische geriatrie de interne geneeskunde niet bepaald omarmd.

Internisten kunnen geriateren als bedreigend beleven omdat zij een patiëntencategorie vertegenwoordigen die het “normale” werk op een interne afdeling langzaam maar zeker onmogelijk maakt. De zorgzwaarte van deze patiënten is hoog en daar is de verpleegkundige staf niet op berekend. De opnameduur is langer en daar zijn de productieafspraken niet op berekend. De wachttijden voor verpleeghuizen zijn lang waardoor bedden geblokkeerd blijven en de gewenste doorstroming van de afdeling in het geding komt. Deze argumenten zijn zeker reëel maar oplosbaar en zouden in de discussie over de organisatie van de acute geriatrie secundair moeten zijn aan argumenten die direct te maken hebben met de kwaliteit van de geneeskunde. In de algemene ziekenhuizen werken ongeveer 2000 internisten tegenover 50 geriateren. De internisten en afdelingen interne geneeskunde zullen een belangrijke rol in de behandeling van geriatrische patiënten blijven spelen. Het belang van geriatrische expertise in de zorg van oudere patiënten is een glijdende schaal. Er zijn patiënten waar we maar heel weinig aan de kwaliteit van de zorg kunnen toevoegen ten opzichte van een standaard behandeling en er zijn patiënten waarvoor van optimale geneeskunde niet veel terecht komt in afwezigheid van geriatrische expertise. Goede geriatrie is dus meer dan goede interne geneeskunde. In empirisch onderzoek, waaronder mijn eigen interventiestudie, is aangetoond dat het toevoegen van geriatrische expertise de geneeskunde voor ouderen op een interne afdeling aanzienlijk kan verbeteren. Ieder algemeen ziekenhuis moet in een of andere vorm over een team met geriatrische expertise kunnen beschikken. Of dat nu wel of niet op een klassieke geriatrische afdeling, de zogenaamde GAAZ, gerealiseerd wordt is van ondergeschikt belang. In het Academisch Ziekenhuis Groningen is de geriatrie bewust bij de afdeling algemene interne geneeskunde ondergebracht. Internisten en geriateren werken hand in hand op de klinische afdeling, de polikliniek, een dagopname faciliteit en in een consultatieve dienst. De participatie van de psychiatrie, de neurologie en de (neuro-)psychologie is niet weg te denken in onze manier van werken.

De medische mogelijkheden, die vaak juist voor oudere patiënten relevant zijn, nemen zo snel toe dat dat voor de klinisch geriater alleen niet te overzien is. Wij moeten er voor waken dat de uitstekende zorg en bejegening met aandacht voor zelfredzaamheid en kwaliteit van leven in de geriatrie niet ten koste gaat van het niveau van de medisch-specialistische geneeskunde in engere zin. De geriater zou de eerste moeten zijn om in te zien dat er bruggen moeten

worden gebouwd ten dienste van onze patiënten. De gerieters hebben wel, veel beter dan de internisten, geleerd om samen te werken met andere niet-medische disciplines. Iedere geriatrische afdeling heeft een goed functionerend multidisciplinair overleg.

De tijd dat medisch specialisten hun status afmaten aan het aantal klinische bedden is gelukkig voorbij. Beide vakken hebben zowel overlap en gebieden waar ze elkaar synergetisch kunnen aanvullen ten dienste van een optimale patiëntenzorg. Dat vergt een andere wijze van denken over de organisatie en de samenwerking tussen de interne geneeskunde en de geriatrie. Medisch specialisten hebben nog wat te leren daar waar het gaat over echt multidisciplinair werken. Niet alleen onder elkaar maar ook in de samenwerking met verpleegkundigen en paramedici die we veelal opdrachten geven in plaats van er echt mee samen te werken. Door de vergrijzing zal het aantal complexe oudere patiënten in de ziekenhuisbedden toenemen en daarmee ook de behoefte aan multidisciplinaire behandelingen. Hoe vroeger in het traject we in staat zijn om de patiënten te vinden die baat hebben bij een multidisciplinaire geriatrische behandeling hoe doelmatiger de geneeskunde wordt. Gerieters zien patiënten meestal te laat. Dat kost heel veel extra tijd en inspanning en soms gaan er ook kansen om patiënten een betere kwaliteit van leven te geven voorgoed verloren.

Het gaat in de geriatrie niet alleen om acute problematiek maar tevens om een behandeltraject waar de interne geneeskunde minder affiniteit mee heeft. Het is de revalidatieperiode na de acute fase. Kwetsbare ouderen hebben na een acuut internistisch, heelkundig of neurologisch incident een bijzondere vorm van geneeskunde nodig. Het risico op blijvend functieverlies is bij deze categorie immers groot. De opnameduur in een ziekenhuis is gemiddeld gedaald tot ruim 9 dagen. U kunt zich voorstellen dat een 82 jarige dame met een diabetes, een hartfalen, en een artrose van de heup nog niet naar huis kan nadat ze gedurende zeven dagen antibiotica kreeg wegens een longontsteking en in die tijd ook bedlegerig was. Als het een beetje tegenzit heeft deze dame ontregelde bloedsuikers, is ze functioneel incontinent voor urine en kan ze niet meer zelfstandig lopen. Bovendien is ze ook enkele dagen verward geweest. Voor deze patiënten is de huidige ziekenhuisinfrastructuur ongeschikt, het tempo is veel te hoog en het is onnodig duur. Afgezien van de specifieke geriatrische afdelingen leveren wij in de ziekenhuizen slechte zorg voor deze patiënten. Twee mogelijke oplossingen liggen hierbij voor de hand. Aangezien de geriatrische afdelingen hier goed in zijn, en dat is ook empirisch vele malen aangetoond, kunnen wij dit expliciet tot het domein van de klinische geriatrie in de ziekenhuizen gaan beschouwen. Dan moeten er wel veel meer geriatrische bedden komen in de algemene ziekenhuizen. De tweede mogelijkheid is om te denken dat deze vorm van geneeskunde in het verpleeghuis dient te gebeuren. In toenemende mate worden tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen bilaterale afspraken gemaakt over snelle overplaatsingen van bijvoorbeeld CVA patiënten of patiënten die geopereerd werden na een heupfractuur. Verpleeghuizen gaan ook rechtstreeks van uit de eerste lijn over tot opname van oudere patiënten ter observatie en kortdurende revalidatie. Er wordt ziekenhuiscapaciteit onder gebracht in de verpleeghuizen maar die hebben daar geen extra productiecapaciteit voor gekregen. Er zijn in Nederland te weinig verpleeghuisbedden. Het is overigens jammer en ongeloofwaardig dat daar geen goed wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is, maar de praktijk van alle dag laat daar geen misverstand over bestaan. Een tweede probleem van het verplaatsen van de ziekenhuiscapaciteit naar locatie verpleeghuis is van inhoudelijke aard. Het gaat hierbij immers over kwetsbare ouderen in een medisch vaak moeilijke fase van revalidatie. Aangezien de medisch-specialistische kennis die bij deze revalidatie nodig kan zijn steeds groter wordt ontstaat er in het verpleeghuis voor deze categorie een kennisachterstand. De samenwerking tussen ziekenhuis en verpleeghuis dient dus meer in te

houden dan een “productie afspraak”. Er zal ook een inhoudelijke samenwerking tot stand moeten komen. Geen medisch specialist is beter geplaatst om deze brug te slaan dan de klinisch geriater. Bovendien valt er op dit gebied ook nog veel onderzoek te doen. We weten erg weinig over de samenstelling van een optimale revalidatie voor deze categorie. De “intermediate care” zoals ik deze groep noem, moet in onze gezondheidszorg als zodanig benoemd en gefinancierd worden. Naar mijn mening zal deze vorm van geriatrie in de toekomst in verpleeghuisbedden worden uitgevoerd. In Groningen hebben we de bijzondere constructie waarbij de interne geneeskunde gebruik maakt van het revalidatiecentrum Beatrixoord. Het is mijn wens om daar ook iets voor de ouderen in te organiseren. Met het verplaatsten van ziekenhuiszorg richting verpleeghuis leggen wij een extra claim op een al te krappe verpleeghuiscapaciteit. Dat wordt pijnlijk zichtbaar in de verzorgingshuizen en in de thuissituatie maar bovendien ook op de afdelingen interne geneeskunde daar die meestal niet profiteren van bilaterale afspraken tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen. Wanneer de intermediate care naar de verpleeghuizen zou gaan dan zal de rol van de geriater en de verpleeghuisarts in deze constructie heroverwogen moeten worden. Overigens zouden geriateren die dat werk willen doen meer van de revalidatiegeneeskunde moeten weten. Toen ik vijftien jaar geleden in het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor geriatrie zitting nam heb ik het openlijk betreurd dat de geriatrie in Nederland zo versnipperd werd. Ik ben nog steeds van mening dat we er goed aan zouden doen om naar één basis medisch-specialistische opleiding voor de geriatrie te streven met mogelijkheden tot differentiatie.

Net zoals de medisch specialisten voor een specifieke deel van hun oudere patiënten baat hebben wanneer geriatrie expertise en behandelmogelijkheden aan hun pakket worden toegevoegd, zo denk ik ook dat de huisarts hulp op dit front kan gebruiken. Ouderen gaan sneller naar huis na een ziekenhuisopname en het aantal ouderen dat in tehuizen woont daalt. In 1995 woonde 17% van de mannen en 28% van de vrouwen ouder dan 80 jaar in een tehuis. Dat betekent dat de druk op de huisarts, de thuiszorg en de informele zorg toeneemt. Het aantal oude patiënten dat complexe zorg behoeft zal verder toenemen op grond van de demografische ontwikkelingen en omdat het beleid in de gezondheidszorg en de verwachting van de mensen zelf er meer op gericht is om thuis te blijven wonen. Dit dreigt nu al mis te gaan. Er liggen veel kansen voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen, zowel in de preventieve als in de curatieve sfeer. Ik denk hierbij aan eenvoudige interventies die tot doel hebben de voeding te verbeteren en voldoende lichaamsbeweging te handhaven. Bij secundaire preventie is het zinvol om aandacht te schenken aan het tijdig opsporen en behandelen van hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, suikerziekte en een te hoog vetgehalte in het bloed. De toegankelijkheid van de zorg voor thuiswonende ouderen dient veel beter te worden. Een groot gedeelte van de thuis wonende dementerenden en hun partners ontvangen geen enkele vorm van professionele zorg. Dit heeft niet alleen gevolgen voor deze patiënten, maar ook voor de gezondheid en de kwaliteit van leven voor de familieleden die de informele zorg leveren. Stemningsstoornissen worden in de eerste lijn, in de verzorgingshuizen en in de algemene ziekenhuizen bij oude mensen sporadisch adequaat behandeld. Wij weten evenwel dat niet alleen de depressie in engere zin, maar ook andere stemningsstoornissen die bij ouderen veel meer voorkomen, een negatief effect hebben op de kwaliteit van leven, op de mortaliteit en op de morbiditeit ten gevolge van somatische ziekten. In de classificatie van ‘disability-adjusted life years’ (DALY’s) is depressie belangrijker voor de volksgezondheid dan ischemische hartziekten en cerebrovasculaire ziekten. Wanneer steeds meer oude mensen met een complexe zorgvraag thuis blijven wonen dan zal de vraag naar een deskundig case management toenemen. Hiertoe opgeleide verpleegkundigen kunnen in samenwerking met de huisarts, de verschillende takken van de geriatrie en de psychiatrie een belangrijke functie krijgen in het verlichten van het takenpakket van dokters. Wij zullen vanuit de

ziekenhuizen een veel betere service aan de huisartsen moeten leveren, vooral in het traject voorafgaand aan een ziekenhuisopname. Een intensieve samenwerking tussen de psychiatrie, de sociale geriatrie en de klinische geriatrie is hierbij onontbeerlijk. Daar wordt op vele plaatsen aan gewerkt in de vorm van multidisciplinaire poliklinieken, geriatische dagobservatiecentra en in de vorm van consultatiebureaus voor ouderen.

Het is denkbaar dat voor de geriatrie in het ziekenhuis, de ambulante sector en de “intermediate care” één basis medisch specialistische opleiding wordt ontwikkeld met een aantal differentiaties. De care in het verpleeghuis, de dagopname van het verpleeghuis en het nu sterk onderbelichte werkveld in het verzorgingshuis zal naar mijn mening het terrein van de verpleeghuisarts blijven. Dat is in Nederland veel beter ontwikkeld in vergelijking met de ons omringende landen. Voor de acute geriatrie in het ziekenhuis is het wenselijk dat de geriater en de internist samen werken of dat er specialisten werken met de dubbele aantekening. De knop moet op een aantal punten om. Het is een illusie om te denken dat het handje vol geriateren dat probleem wel zullen oplossen. Iedereen zal daar een bijdrage aan moeten leveren en dat stelt hoge eisen aan multidisciplinair werken, ook in het wetenschappelijk onderzoek. Indien we winst willen boeken op het gebied van de kwaliteit van leven en het welbevinden dan komen ook de psychische en sociale domeinen nadrukkelijk in beeld. Alle dokters die met oudere patiënten te maken hebben zullen beter moeten leren om alle dimensies mee te laten wegen in het samenstellen van interventies “op maat”. De klinische geriatrie heeft daar een belangrijke rol in te vervullen: het vermeerderen van de kennis op dit gebied, het overdragen van kennis en het helpen om de verworven inzichten te implementeren.

Het woord “uitbreiden” is ons door de beleidsmakers, ziekenhuisdirecties en financiers sterk afgeraden om in de mond te nemen. Het resultaat hiervan is dat wanneer de overheid geld zal vrij maken om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen wij onvoldoende infrastructuur, plannen en personeel hebben om daar iets zinvol mee te doen. Wij mogen ons niet langer laten misleiden en moeten uitgaan van een flinke volume-groei die voornamelijk zal ontstaan door oudere patiënten met leeftijdsgebonden ziekten en een vraag naar een betere kwaliteit van leven voor ouderen. Het primaire probleem van de vergrijzing voor de gezondheidszorg is niet het geld. Nederland is een rijk land met een lange traditie om de zwakkeren in de maatschappij te beschermen. Het percentage van het Bruto Binnenlands Product dat omgaat in de gezondheidszorg is de laatste jaren eerder gedaald naar ongeveer 9% in 1998. Ook in een internationaal perspectief mag de gezondheidszorg in Nederland best wat meer kosten.

Over mij wetenschappelijke interesses heb ik u in de loop van dit verhaal al een en ander verteld. Als leerstoelhouder geriatrie heb ik echter ook een onderwijsverplichting. Kort na mijn benoeming heb ik de omvangrijke onderwijstaak van trimester coördinator op mij genomen. Ik wil de faculteit en het onderwijsinstituut feliciteren met de wijze waarop het curriculum 2000 in Groningen werkt. Het kostte moeite om mij als buitenstaander in te leven in de structuur en regelmechanismen van het onderwijssysteem. Nu ik er eenmaal in zit zie ik de kwaliteit van het huidige onderwijs en de grote mogelijkheden om mijn visie op de geriatrie, die goed aansluit bij de visie die het curriculum op de geneeskunde heeft, uit te dragen. Ik beschouw het als mijn taak om onze studenten te laten zien dat het gedachtegoed van de geriatrie niet meer weg te denken is uit de hedendaagse geneeskunde en dat het bovendien een fantastisch vak is. Negatieve attitudes ten aanzien van de geneeskunde voor ouderen dienen, voor zover ze nu nog bestaan, tot het verleden te behoren.

Dames en heren, een woord van dank.

Het doet mij veel genoegen dat u de moeite heeft genomen om naar mij te komen luisteren. De verscheidenheid aan vakgebieden die u vertegenwoordigd is een mooie afspiegeling van de noodzakelijke samenwerking waarover ik u in mijn oratie heb verteld.

Ik dank de leden van het College van Bestuur van deze Universiteit en de leden van het Bestuur van Faculteit der Medische Wetenschappen voor mijn benoeming. De visie van de Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis was cruciaal voor mijn komst naar Groningen. Mijn dank gaat met name uit naar Hr. J. Hamel die zich gedurende vele jaren heeft ingespannen om mijn benoeming mogelijk te maken.

Vele mensen hebben ertoe bijgedragen dat ik mij nu mag verheugen in deze benoeming. Een aantal mensen wil ik in het bijzonder noemen.

De weledelgeleerde van der Vijver, beste Carel. Je was een bijzondere opleider en later steeds bereid om je grote deskundigheid ter beschikking te stellen ten dienste van mijn ingewikkelde patiënten. Bovenal was je, samen met je collegae internisten, bereid om mij een gecontroleerde interventiestudie binnen de interne geneeskunde te laten uitvoeren. Het resultaat, mijn promotieonderzoek, was een mijlpaal in mijn carrière en sterkte mij in mijn visie op het vakgebied.

De weledelgeleerde van Woerkom, beste Theo. Je was een inspirerend leermeester over de neurologie van de hogere cerebrale functies en altijd bereid tot experimenteren met samenwerkingsverbanden tussen onze vakgebieden. De weledelgeleerde Stam, beste Cees. Gedurende vele jaren was je mijn steun en toeverlaat voor de neurologische problemen bij onze patiënten en ook in wetenschappelijk opzicht konden wij elkaar, rondom het thema klinische neurofysiologie bij neurodegeneratieve ziektes, goed vinden.

De hooggeleerde Nolen, beste Willem. Als voorzitter van de Stichting B.K.O.P. wil ik met jou ook de hooggeleerde van Kempen, beste Godfried, en de hooggeleerde van den Brink, beste Wim, als opeenvolgende voorzitters van de “Corsendonk cursus” danken voor 13 jaar inspirerende samenwerking. Hiermee wil ik ook de andere bestuursleden en docenten van deze cursus danken en ik wens jullie veel succes met de voortgang van de unieke cursus patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek.

Met veel genoegen wil ik alle collegae die ik als arts-assistent tijdens hun opleiding heb mogen begeleiden danken voor de arbeidsvreugde en inspiratie die zij mij gaven. Dat geldt zeker ook voor de promovendi Brent Opmeer en Peter de Jonge.

Hooggeleerde Ormel, beste Hans, hooggeleerde Lindenberg, beste Sigi en hooggeleerde Buunk, beste Bram, dank zij jullie kunnen wij in Groningen starten met een NWO programma-onderzoek in het kader van Succesvol Ouder Worden. Het is een feest om als kersverse hoogleraar met zoveel deskundigheid uit verschillende faculteiten te kunnen samenwerken. Beste Sigi, dank zij jou hebben wij niet alleen een mooi huis gevonden maar bovendien ook goede burens.

Hooggeleerde van der Hem, beste Gjalt. Jij was al 10 jaar voor mijn komst bezig om binnen het AZG een plaats voor de geriatrie voor te bereiden. Ik ben je dankbaar voor de warme en

stimulerende wijze waarop je mij geholpen hebt om het adviesrapport geriatrie voor het AZG te schrijven. Bovendien wil ik je samen met je vrouw feliciteren met jullie trouwdag en wens jullie nog veel gelukkige jaren toe.

Hooggeleerde Gans, beste Rijk. Jij bent nu de drijvende kracht achter onze disciplinegroep. Je hebt lef, visie en veel energie. Je geeft mij de ruimte om mijn vak uit te bouwen in een academisch bolwerk van 100 internisten. Dat heeft in Nederland nog nooit iemand vertoond. Het beloven nog boeiende jaren te worden. Internistisch Nederland is bij deze gewaarschuwd! Met jouw wil ik ook de stafinternisten van de algemene interne geneeskunde danken voor hun prettige en constructieve opstelling. In wederzijdse waardering en respect voor elkaars vakgebied kunnen wij de geneeskunde voor ouderen een stap verder helpen. Daar zullen ook onze studenten en arts-assistenten ongetwijfeld veel van kunnen leren.

Het kleine maar cruciale groepje enthousiaste mensen die nu met mij de geriatrie in het AZG gestalte geven wil ik noemen: Mieke Boelens, Lien Sluiter, Iris Schmidt, Aileen Keyser en Fraukje Ubels. Slechts dank zij jullie grote inzet kan ik mijn ideeën in praktijk brengen. De aangename sfeer die jullie in ons team gecreëerd hebben draagt in hoge mate bij tot mijn arbeidvreugde en de kwaliteit van ons werk.

Mijn dank gaat uit naar het gezin waarin ik opgegroeid ben. Mijn moeder die als geen ander de basis heeft gelegd voor alle mooie dingen die mij in het leven ten deel vallen heeft te kort geleefd. Dat is voor ons allen en in het bijzonder voor vader nog steeds een onvervangbaar verlies. Ondanks de grote afstanden waarover ons gezin verspreid is geraakt zijn jullie, familie en schoonfamilie, ruim vertegenwoordigd. Daar ben ik bijzonder door vereerd. En over succesvol ouder worden gesproken: de oudste gast vandaag, mijn schoonmoeder, is 82 en zij heeft verst moeten reizen van u allemaal. Ik dank haar bijzonder voor haar komst.

Lieve Lutgarde en Annemarijn, voor jullie het laatste woord van dank. De wissel op ons gezinsleven is de afgelopen tijd door mijn verhuis naar het Hoge Noorden groot geweest. Ik mis jullie en het was erg ongezellig om elkaar zo weinig te zien. Gelukkig hebben wij uitzicht op betere tijden. Bekijk het van de positieve kant: binnenkort krijgen jullie een bijgeschoolde versie van mij terug: ik ben inmiddels het stadium van de afhaalchinees ruimschoots ontgroeid, ik weet wat er in de schappen van de Albert Heijn staat en begin inzicht te krijgen in het gebruik van de stofzuiger. Annemarijn, jij staat aan de vooravond van een spannende tijd in je leven en ik heb er alle vertrouwen in dat het je goed zal gaan. De wijze waarop jij uitbundig kan genieten van je leven is hartverwarmend. Lutgarde, jouw intense betrokkenheid bij wat mensen beweegt is niet alleen een bron van mijn persoonlijk geluk maar heeft een enorme invloed op mijn denken en handelen en brengt mij steeds terug bij datgene wat de geneeskunde moet zijn: een humane wetenschap. Lutgarde aan jou en aan Annemarijn draag ik deze oratie dan ook gaarne op.

Ik heb gezegd.