



Hogeschool van Utrecht

Ouder worden
Blijvend in balans
Een dagelijkse zorg
dr. M.J. Schuurmans
prof. dr. M.S.H. Duijnstee

auteur Marieke Schuurmans en Mia Duijnstee
redactie Bureau Communicatie FG
uitgave Hogeschool van Utrecht
ontwerp Dietwee, Utrecht (www.dietwee.nl)

L.S. is een reeks publicaties van HvU-lectoren

- L.S. 1.** Daar hebben we toch communicatie voor. Roelf Middel 2002
- L.S. 2.** Integraal Ontwerpen, een nieuwe verleiding voor techniek. Tim Zaal, 2000
- L.S. 3.** Product Design & Engineering, van vuistbijl tot mobieltje. Wim Poelman, 2002
- L.S. 4.** Tussen illusie en werkelijkheid. Jean Pierre Wilken, 2002
- L.S. 5.** New Education, de achterkant van het Digitale Wonderland. Tom van Weert, 2003
- L.S. 6.** Resultaten uit het verleden bieden garanties voor de toekomst. Pim Brinkman, 2003
- L.S. 7.** Ouder worden. Marieke Schuurmans, Mia Duijnstee, 2003
- L.S. 8.** De spin in het web. Joop de Jong, 2003
- L.S. 9.** Kleurrijke Gesprekken. Maaïke Hajer, 2003
- L.S.10.** Redelijke sociale verhoudingen, redelijk sociaal gedrag. Hans van Ewijk, 2003
- L.S.11.** Met het oog op de meester. Kees van der Wolf, 2003
- L.S.12.** Door leefstijl naar gezondheid. De mythe van het bewegen. Luc Vanhees, 2003
- L.S.13.** Betekenisvolle integratie: de ontwikkeling van een competentielandschap voor opleiders in pedagogisch perspectief. Hans Jansen, 2003

Hogeschool
van Utrecht

		Inhoudsopgave			Een kwestie van kijken
Wat ouder worden betekent				Blijvend in balans	
De rol van zorgverleners	Kunnen of willen: een dagelijkse zorg			Een betere pasvorm gevraagd	
Hiaten en ambivalenties in de opleiding		De vraag om harde bewijzen		De missie van het lectoraat	
Twee lijnen in het onderzoek		Aandacht voor de overdracht		Tot besluit	
	Verwijzingen			Curricula Vitae	

Ouder won

De balans in het dagelijks leven van chronisch zieke ouderen en hun familie en de rol daarin van verpleegkundigen en paramedici.

"Ik begrijp dat er nu genoten moet worden. Tal van folders, advertenties, artikelen die zich richten op degenen die de ouderdom, ook wel de derde levensfase genoemd, zijn ingegaan zeggen het me en de daarbij afgebeelde leeftijdsgenoten doen het me voor".

"Ik zie ze bezig, die stralende leeftijdsgenoten van me, maar ik ken mijn pappenheimers en vertrouw ze dus voor geen cent. Ik wil nog wel geloven dat ze hun eigen tanden en kiezen hebben, dat hun eetlust niet te wensen overlaat evenmin als hun stoelgang, zelfs wil ik geloven dat ze na veertig lange jaren bijeenzijn nog altijd de behoefte gevoelen elkanders hand vast te houden, de blik diep in de ogen van de ander genesteld, gedurende de rit met het spoor naar de Apenheul. Ik wil het, zij het met moeite, allemaal wel geloven, maar wat me stoort is de eenzijdige belichting van één en ander."

Dames, heren, zeer gewaardeerde vakgenoten, collega's, bestuurders, vrienden, familie en andere geïnteresseerden, deze woorden zijn afkomstig van Cri Stellweg, bij velen beter bekend onder de naam Saartje Burgerhart. Onder dit pseudoniem schreef zij ruim vijftig jaar columns voor de Volkskrant. Tegenwoordig schrijft zij over haar leven op leeftijd onder titels als 'Ontbijten in je eentje' en 'Iedereen is tegenwoordig jonger dan ik'. Zij beklaagt zich over de wel heel positieve beeldvorming van oud worden in de commerciële media. Kijken we naar het gangbare beeld dat jongeren van ouderen hebben, dan verandert die roze bril meteen van kleur. Iedereen wil oud worden, maar niemand wil oud zijn. De voorspelde forse groei van het aantal ouderen is misschien interessant voor commerciële instellingen, maar de collectieve sector ziet deze groei als een bedreiging onder de naam 'de grijze golf'.

erden is een

Een economisch onevenwichtige bevolkingsopbouw zal leiden tot een forse kostenstijging in het kader van de Algemene Ouderdoms Wet (AOW) en tot een nog grotere druk op de zorgvoorzieningen.

Een kwestie van kijken

Op dit moment is 13% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder en is 3% 85 jaar of ouder. De gemiddelde levensverwachting voor mannen ligt op 77 jaar en voor vrouwen op 81 jaar. Voorspeld wordt dat de zogeheten vergrijzing rond 2040 zijn hoogtepunt bereikt. In dat jaar hoop ik mijn vijfenzeventigste verjaardag te vieren en zullen velen van u misschien wel tot de 85-plussers behoren. In dat jaar zal naar verwachting 23,5% van de bevolking 65-plus zijn. Daarvan zal het percentage 85-plussers een groter aandeel uitmaken dan nu.

Al vanaf de oudheid bestaat er een tweeslachtige houding ten opzichte van ouderen: “De ogen van de geest zien pas scherp als de ogen van het lichaam hun scherpste verliezen,” schreef Cicero in de vierde eeuw voor Christus. “Wanneer de rozen zijn afgefallen, veracht men de doornen,” schreef Ovidius rond het begin van de christelijke jaartelling. Is de ouderdom nu een periode van achteruitgang, aftakeling, ziekte en verval? Of is het toch een periode van plezier, inzicht, macht en wijsheid? Hoe in een bepaalde periode naar ouderen wordt gekeken, is ook bepalend voor het Nederlandse overheidsbeleid. Tot de jaren zeventig van de vorige eeuw was dit beleid gericht op bescherming. Ouderen waren bejaarden voor wie gezorgd moest worden. Met het oog op meer samenhang in het zorgstelsel en op kostenbeheersing verschoof

de aandacht vervolgens naar preventie en stimulering van zorg in eigen kring. Sinds de jaren negentig staat het beleid in het teken van het bevorderen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen. Het beeld van ouderen is nu dat van een kritische consument die zelf keuzes en kostenafwegingen kan maken (Huijsman & De Klerk, 1997).

De vraag is of dat ook aansluit bij de realiteit van mensen met een chronische ziekte. Binnen het Lectoraat *Verpleegkundige en paramedische zorg voor mensen met een chronische aandoening* richten we ons op oudere chronisch zieken. Niet alleen omdat deze groep, zoals we u zullen laten zien, in kwantitatieve zin het grootste is maar ook omdat de zorg voor deze groep in kwalitatieve zin vaak ernstige hiaten vertoont. In deze openbare les willen wij pleiten voor een herbezinning op de professionele zorg voor chronisch zieke ouderen.

Wat ouder worden betekent

De meeste ouderen (zowel die met als zonder chronische aandoeningen) menen dat een goede lichamelijke gezondheid het belangrijkste is in hun leven. Belangrijker dan hun huwelijk, hun gezin, huisvesting, inkomen, geloof, vrienden en kennissen of een zinvolle tijdsbesteding. Ruim 60% van de ouderen tussen de 65 en 74 jaar heeft echter minstens één chronische ziekte. Van de ouderen tussen de 75 en 85 jaar is dit ruim 70%. Ongeveer 25% van de ouderen tussen de 65 en 74 jaar heeft zelfs twee of méér chronische aandoeningen tegelijk. Bij de ouderen tussen de 75 en 85 jaar is dit ongeveer 40% (Deeg, 2002).

n nieuwe f

In de tabel ziet u de top tien van meest voorkomende chronische aandoeningen die verwacht worden in 2010, vergeleken met de stand van zaken in 1990. Ook wordt de prevalentie aangegeven, per duizend personen en per leeftijdscategorie (Ruwaard en Kamers, 1993). In de laatste kolom ziet u de verwachte toename in 2015 ten opzichte van 1994 (Van den Berg Jeths, 1997).

Chronische aandoening	Prevalentie 1990 Totaal Absoluut	Prevalentie per 1000 personen (1990)		
		25-64 jr	65-74 jr	75+
Gewrichtsslijtage	773.900	84	420	561
Astma/COPD	543.300	62	176	277
Slechthorendheid	475.600	43	220	498
Constitutioneel eczeem	378.100	36	28	25
Depressie	292.400	54	59	89
Hartinfarct	255.500	29	178	188
Diabetes Mellitus	245.200	34	126	143
Staar	142.700	5	84	275
CVA	147.800	8	91	179
Dementie	102.600	-	27	205

Uit deze tabel komt duidelijk naar voren dat deze chronische aandoeningen, met uitzondering van het constitutioneel eczeem, verhoudingsgewijs veel voorkomen bij mensen van 65 jaar en ouder en in het bijzonder bij mensen van 75 jaar en ouder. Kijken we naar de prognoses, dan zien we dat de voorspelde toename fors is: bij zeven van de tien aandoeningen meer dan 30%. Bovendien moet dit percentage in de loop van de jaren steeds verder naar boven worden bijgesteld.

Chronische aandoening	Verwachte Prevalentie 2010 Totaal absoluut	Verwachte Stijging 1990-2010 in %	Verwachte Stijging 1994-2015 in %
Gewrichtsslijtage	1045.600	35%	37%
Astma/COPD	666.900	23%	25%
Slechthorendheid	637.800	34%	35%
Constitutioneel eczeem	397.300	5%	11%
Depressie	364.300	25%	25%
Hartinfarct	354.800	39%	43%
Diabetes Mellitus	322.400	32%	37%
Staar	181.700	34%	38%
CVA	199.400	35%	43%
Dementie	142.400	39%	39%

Fase in het

Niet alleen neemt het aantal ouderen, met of zonder chronische aandoeningen, de komende jaren toe, ook de plaats van ouderen in de samenleving zal veranderen. De huidige groep ouderen behoort tot de zogeheten 'vooroorlogse generatie' die geboren is tussen 1910 en 1929, of de 'stille generatie', die geboren is tussen 1930 en 1945 (Becker, 1994). In de zorg worden zij ook wel vertegenwoordigers van de 'dank-je-wel'-generatie genoemd. De toekomstige ouderen, de huidige dertig-, veertig- en vijftigplussers behoren tot de zogeheten 'protestgeneratie' als ze geboren zijn tussen 1946 en 1954, en tot de 'verloren generatie' als zij geboren zijn tussen 1955 en 1969. Zij zijn opgegroeid in grote welvaart, met een hoger opleidingsniveau en meer ruimte voor het individu. De veronderstelling is dat zij andere verwachtingen hebben en hogere eisen stellen dan vorige generaties en dat ook op leeftijd zullen blijven doen. De oudere van de toekomst zal zijn stem laten horen en de behoefte aan zorg zal eerder toe- dan afnemen. Dat is niet alleen het gevolg van toegenomen verwachtingen of van de medische vooruitgang. Ook de veranderende gezins- en bevolkingssamenstelling speelt hierin een rol. Het percentage alleenstaande ouderen, in het bijzonder het percentage alleenstaande mannen, en het percentage allochtone ouderen nemen de komende twintig jaar toe. Bekend is dat de gezondheid van alleenstaanden, mensen met een lage sociaal economische status en van grotestads-bewoners over het algemeen minder goed is (Deeg, 2002).

Blijvend in balans

“Een ‘mooie oude dag’ komt nooit vanzelf: het is de vrucht van steeds opnieuw bevochten overwinningen en van steeds opnieuw beginnen na een nederlaag” concludeerde Simone de Beauvoir. Veel ouderen ervaren beperkingen in zelfredzaamheid en mobiliteit als een onvermijdelijk gegeven bij het ouder worden. Wanneer je niet ziek wordt en geen beperkingen krijgt, heb je geluk. Ouderen zelf beschrijven de kunst van het ouder worden als het omgaan met ziekten en beperkingen op zo'n manier dat je sociale contacten kunt blijven onderhouden en daaraan een gevoel van welbevinden kunt onttelen (Von Faber, 2002). Uit onderzoek, onder andere van Verplegingswetenschap Utrecht, is bekend dat voor mensen met chronische aandoeningen niet het gezondheidsperspectief maar het levensperspectief centraal staat. Ouderen willen niet leven om ziek te zijn, maar willen zo goed mogelijk met hun ziekte leven, de dingen doen die voor hen belangrijk zijn.

Ouderen met één of meerdere chronische aandoeningen en hun naasten staan voor de opgave om leven en ziekte met elkaar in evenwicht te brengen. Ze zijn steeds bezig zich aan te passen aan veranderende omstandigheden en balanceren tussen willen en kunnen, draagkracht en draaglast, belasting en belastbaarheid. Deze groep ouderen is vaak kwetsbaar. Hiervoor wordt ook wel de Engelse term 'frailty' gebruikt. Tot voor kort was er in de gezondheidszorg weinig aandacht voor deze groep ouderen. Ouderdom werd gezien als een niet te vermijden proces van aftakeling. Begin jaren tachtig van de vorige eeuw kwam de aandacht voor dit balanceren in Nederland daadwerkelijk op gang met de erkenning van het specialisme Geriatrie (Sipsma, 2002, in Schroots 2002).

t leven me

Professor Sipsma, hier vanmiddag aanwezig, beschreef midden jaren tachtig van de vorige eeuw een systeemtheoretisch model dat hij 'het wankel evenwicht' noemde. In dat model wordt de handhaving of verstoring van het evenwicht verklaard uit de interactie tussen het psychosociale gedrag en de zelfzorg van de oudere enerzijds, en de interactie tussen het psychosociale gedrag en de zorg van anderen anderzijds. Dit model gaat uit van de onlosmakelijke samenhang tussen psychische en somatische functies en de sociale context.

Van der Plaats (1994) drukt dit dynamische evenwicht uit met de term 'homeostase'. In de biologie betekent dat: een onophoudelijk streven naar het herstel van een toestand van beweeglijk evenwicht van het lichaam, met als doel het leven te behouden in wisselende omstandigheden. Voor chronisch zieke ouderen is een biologische opvatting van dit evenwicht te eng omdat de mens niet alleen leeft, maar in samenhang met anderen. Voor het handhaven van de homeostase is meer nodig dan een bijstelling op het niveau van de fysiologie en functionaliteit. Ook interacties op psychosociaal niveau hebben effect op de homeostase. Van der Plaats bepleit een benadering waarin homeostase duidt op een intensief samenspel van menselijke activiteiten op lichamelijk, psychisch en sociaal niveau.

Ook op hoge leeftijd en met eventuele beperkingen wil je blijven wie je bent. Een mens zal altijd blijven streven naar zelfrespect en tevredenheid en veel energie steken in het behoud van eigen mogelijkheden en het voorkomen van verlies. Is verlies onvermijdelijk, dan zal iemand zoeken naar regulatie. In dit proces kunnen volgens Baltes en Baltes (1990) drie componenten onderscheiden worden: selecteren, optimaliseren en compenseren. Selecteren heeft betrekking op de aanpassing van

doelen en verwachtingen. Optimaliseren betekent de zeilen bijzetten om de gekozen doelen te bereiken. Compenseren houdt in, het zoeken naar alternatieven of ondersteuning als mogelijkheden verloren gaan. Ouder worden is een nieuwe fase in het leven met eigen uitdagingen, kansen en verantwoordelijkheden en niet een afwijking ten opzichte van de middelbare leeftijd. Deze constatering vraagt om een herbezinning van professionals (Fulmer & Abraham, 1998).

De rol van zorgverleners

Hoe bereik je die balans in het leven van alledag? Dat is niet alleen een vraag voor de oudere zelf. Ook verpleegkundigen en paramedici zullen zich daar bij het ondersteunen van ouderen met chronische aandoeningen en hun familie voortdurend bewust van moeten zijn. Zorgverleners hebben vanuit hun deskundigheid, maar ook vanuit hun eigen waarde- en normenpatroon, duidelijke ideeën over hoe die ondersteuning zou moeten (Nieuwstraten, Mercken, Duijnsteek en Ros, 2000). In het dagelijks leven komen veel handelingen voor die vroeger vanzelf gingen, maar nu veel inspanning, overleg en organisatie vragen. Ouderen ervaren deze dagelijkse kleine ergernissen vaak als meer belastend dan de grote levensvragen.

Grypdonck (1996) noemt als een van de opdrachten in de professionele zorg voor chronisch zieken 'het vergemakkelijken van de strijd voor het dagelijks leven'. Schröck (1988, 1996) ziet het leven van alledag als uitgangspunt voor zorgverlening. Zij stelt dat zorgverlening zich primair richt op het bijstaan van anderen in de opgaven van alledag. Opgaven die zij binnen hun cultuur normaal gesproken zelfstandig,

et eigenen uit

onafhankelijk en op competente wijze kunnen uitvoeren. Het gaat hierbij om sociale, psychische, spirituele en fysieke componenten van het bestaan. Schröck stelt dat de zorg zich in deze context moet richten op de vraag hoe deze normale alledag er vroeger uitzag en wat daarvan de moeite waard is om na te streven voor de nieuwe situatie die voor kortere of langere termijn ontstaan is door een of meer aandoeningen. Dat de bestudering en de behandeling van ziekten en aandoeningen niet los staan van de individuele achtergrond, de omgeving en de deelname aan het maatschappelijke leven, zien we ook in de door de WHO uitgegeven International Classification of Functioning (ICF) (2001).

In de lijn van de genoemde theoretici zien we binnen het Lectoraat de balans in het leven van oudere chronisch zieken als een samenspel van lichamelijke, functionele, psychische, spirituele en sociale factoren. Het spreekt daarmee voor zich dat dé balans, net als dé oudere chronisch zieke, niet bestaat.

Kunnen of willen: een dagelijkse zorg

Wat stelt u zich voor bij het dagelijks leven op leeftijd? In de zorgverlening wordt het dagelijks leven vaak vertaald in termen als ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen), BDL (basale dagelijkse levensverrichtingen), HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) en IADL (instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen). Over de exacte uitwerking van deze begrippen is geen internationale consensus. Voor elk van deze begrippen worden internationaal meetinstrumenten gehanteerd

waarin functionele vaardigheden worden gemeten. Deze termen worden vaak toegepast vanuit een deficit benadering: er zijn beperkingen die moeten worden opgeheven, want het streven is dat ieder mens zoveel mogelijk zelfstandig kan zorgen voor de activiteiten die dagelijks terugkeren.

Uit onderzoek onder fysiotherapeuten in de eerste lijn blijkt dat ze bij oudere patiënten relatief veel aandacht besteden aan het verminderen van de beperkingen in verplaatsing. Ze werken echter nauwelijks aan het verbeteren van de lichaamsbeheersing, waaronder het bewaren van het evenwicht. Bewegingstherapie en massage worden veel toegepast, instructies en advisering echter nauwelijks (Roebroek et al., 1997).

Door het vaststellen van de beperkingen probeert de professional deze vanuit zijn of haar deskundigheid op te heffen. De ADL-onderzoekstraditie gaat vaak uit van een beschrijving van het vermogen tot het uitvoeren van specifieke taken en wordt eveneens vaak gekarakteriseerd door een beschrijving in termen van aantasting en afname van dat vermogen. ADL-meetinstrumenten worden vaak gebruikt om fysieke en functionele onafhankelijkheid te meten. De vraag is echter hoe relevant deze definiëring van onafhankelijkheid is voor ouderen in hun dagelijks leven (Jones Porter, 1995). Voor de meeste mensen bestaat het leven uit meer dan wassen, aankleden, eten enzovoort. In de ADL-benadering wordt vaak voorbijgegaan aan het eerdergenoemde levensperspectief van mensen met chronische aandoeningen. Niet voor iedereen is fysieke zelfstandigheid het hoogste goed. Daarnaast is zelfstandigheid niet voor iedereen haalbaar. Dat laatste heeft in de jaren negentig van de vorige eeuw geleid tot de ontwikkeling van het begrip PDL: passiviteiten van het dagelijks leven.

tdaggingen

Deze term wordt gebruikt om aan te geven dat mensen hun ADL-functies geheel of gedeeltelijk hebben moeten laten overnemen door zorgverleners.

Maar ook bij mensen die deze functies wel zelf zouden kunnen uitvoeren, is het de vraag of zij dat wenselijk vinden. Misschien willen ouderen hun energie wel aan iets anders besteden. Wat zou u zelf willen? Een eerste vereiste om te werken aan herstel van vaardigheden en handhaving van functionele status is dat de oudere hier zelf belang aan hecht en zich kan en wil committeren aan deze zorg voor zichzelf (Fulmer & Abraham, 1998).

In een studie bij 599 Nederlandse 85-plussers werden grote verschillen gevonden tussen het kunnen verrichten van ADL, in het bijzonder IADL, en het daadwerkelijk doen van deze activiteiten. Deze verschillen kwamen voort uit rolverdeling, omstandigheden en persoonlijke voorkeuren (Bootsma 2002). Vele andere studies laten zien dat behoud en herstel van activiteiten van het dagelijks leven bij ouderen samenhangt met een range van somatische en psychosociale factoren. Leeftijd, geslacht, sociaal economische status, leefstijl, ervaren gezondheid, sociale interacties en steun, cognitieve functies, stemming, mobiliteit en voedingstatus spelen hierbij zeker een rol (Deeg & Hoeymans, 1997, Gill et al., 1997, Kivela et al., 2001, Lee, 2000, Penninx et al., 1998, Seeman et al., 1995, 2002, Unger et al., 1999). Deze factoren verklaren mede de heterogeniteit in de relatie tussen ziekte en beperkingen. De eerder genoemde modellen van Sipsma en Van der Plaats worden hiermee keer op keer bevestigd. De wijze waarop ouderen zelf naar hun veroudering kijken, heeft in belangrijke mate invloed op hun functionele status. Positieve zelfperceptie werkt. Het lijkt in verband te staan met een betere functionele status over langere termijn (Levy et al., 2002).

Een betere pasvorm gevraagd

Het is de vraag in hoeverre de samenhang tussen somatische, functionele, psychische, spirituele en sociale factoren ook tot uitdrukking komt in de dagelijkse zorgverlening.

Uit een studie van Thóra Hafsteinsdóttir naar de revalidatie van CVA-patiënten blijkt dat 51% bij ontslag uit het ziekenhuis een depressie had. Tijdens de ziekenhuisopname was veel aandacht besteed aan het opstarten van de revalidatie teneinde de prognose van de patiënten gunstig te beïnvloeden. Het signaleren en behandelen van de depressie speelde hierin geen rol. De meeste depressies werden dan ook niet gezien en niet behandeld (Hafsteinsdóttir, 2003).

Een meta-analyse van Hein Beijer, docent aan de Faculteit Gezondheidszorg, en de Blaey (2002) haalde vorig jaar de voorpagina van het NRC Handelsblad onder de titel 'Veel 65-plussers onnodig in het ziekenhuis'. Hun analyse toonde aan dat er per dag ongeveer 200 mensen, overwegend ouderen, in het ziekenhuis worden opgenomen door verkeerd gebruik van medicijnen. De medicijnen worden voorgeschreven, maar niemand kijkt of de persoon wel in staat is ze te nemen en of er eventuele problemen optreden.

Zowel onderzoek als de praktijk laten zien dat het inzicht in de samenhang van factoren slechts beperkt vertaald wordt in de hedendaagse gezondheidszorg. Generaties 'holistisch' opgeleide professionals ten spijt. Wetenschappelijke kennis vindt maar mondjesmaat zijn weg naar de klinische praktijk en er wordt nog weinig

, kansen en e

onderzoek gedaan naar interventies die ingrijpen op de verschillende factoren (Broese van Groenou et al., 2002).

Het is duidelijk dat de huidige 'one-size-fits-all-ages'- benadering in de gezondheidszorg, met een eenzijdige somatische focus, niet volstaat. In de zorg voor ouderen overheerst het beeld van de 'functionele basiszorg'. De complexiteit van de problematiek wordt vaak niet gezien. Daardoor worden problemen niet echt opgelost, laat staan dat door preventieve maatregelen de voorspelbare problemen van chronisch zieke ouderen worden voorkomen.

Het aantal ouderen dat dagelijks met professionele zorg te maken heeft, is overigens niet zo groot als de meeste mensen denken. Van de 65-plussers ontvangt ongeveer 15% thuiszorg, woont ruim 5% in een verzorgingshuis en ongeveer 2,5% in een verpleeghuis. Toch zijn de dagelijkse inspanningen van verpleegkundigen en paramedici grotendeels gericht op ouderen met chronische aandoeningen. Een groot deel van de gezondheidszorg kan daarom rustig gedefinieerd worden als ouderenzorg. Van de cliënten van de thuiszorg is 80% ouder dan 65 jaar. Van alle patiënten die door de huisarts verwezen worden naar de fysiotherapeut is 45% ouder dan 65 jaar. Bijna de helft van het aantal ligdagen in ziekenhuizen komt voor rekening van 65-plussers. Verpleeg- en verzorgingshuizen worden bijna uitsluitend bewoond door ouderen.

Hiaten en ambivalenties in de opleiding

Verpleegkundigen en paramedici worden in hun opleiding in beperkte mate voorbereid op de zorg voor ouderen met chronische aandoeningen. De opleidingen voor verpleegkundigen niveau 4 en 5 kennen geen differentiatie specifiek gericht op ouderenzorg. Op niveau 5 bestaan twee verplichte deelkwalificaties die samen slechts een beperkt deel van het totale aantal studiebelastingsuren (SBU) vertegenwoordigen. Op niveau 4 worden de studenten in een verplichte deelkwalificatie, 6% van het totale aantal SBU, voorbereid op de specifieke vragen van ouderen. Voor paramedici is dit beeld iets gunstiger. Binnen de fysiotherapie is zelfs sprake van de ontwikkeling van een masteropleiding gericht op de ouderenzorg (Engelsman & Molenaar, 2002). In de opleidingen wordt de zorg voor ouderen overwegend geplaatst in de context van de langdurige zorgverlening, in het bijzonder de verpleeghuiszorg. Gezien de huidige en toekomstige ziekenhuispopulatie achten wij het noodzakelijk ook binnen de zogeheten acute zorg aandacht aan ouderen te besteden. Zeker ook wanneer je weet dat een ziekenhuisopname bepalend kan zijn voor de prognose van chronisch zieke ouderen, ongeacht de opnamereden (Sands et al., 2002, Schuurmans, 2003). Veel ouderen krijgen door de ziekenhuisopname te maken met functieverlies ook al zijn de problemen waarvoor ze werden opgenomen opgelost. Zoals een oudere patiënt het in een Amerikaans onderzoek verwoordde: "Well, everybody loses their independence when they come to the hospital". Uit deze studie bleek duidelijk dat oudere patiënten bang zijn voor wat er mis kan gaan in een ziekenhuis en de gevolgen die dit vaak voor hun toekomst heeft (Huckstadt, 2002).

en verantwoord

Uit casusbeschrijvingen en verhalen van ouderen blijkt ook dat veel ouderen onacceptabel, niet invoelend en niet respectvol, worden benaderd door professionals. Hun waardigheid als mens komt in het gedrang door negatieve interactie met professionals in de gezondheidszorg, door een gebrek aan privacy en door een algemeen gevoel dat de gezondheidszorg niet is ingesteld op hun behoeften en wensen. De autonomie van ouderen wordt vaak bedreigd omdat zij onvoldoende informatie hebben en daardoor niet in staat zijn de problemen volledig te overzien en berekenende keuzes te maken (Minichiello et al., 2000). Een aanzienlijk deel van de professionals heeft een negatieve kijk op ouderen en velen houden er stereotiepe beelden op na (Lothian & Philp, 2001).

Zweedse studies (Fagerberg & Ekman 1997, 1998, Fagerberg et al., 1999) laten zien dat verpleegkundigen in opleiding positieve ervaringen opdoen in de zorg voor ouderen. Toch twijfelen ze over de vraag om na de opleiding met ouderen te gaan werken. Als mogelijke verklaring worden de tegenstrijdigheden in hun opleiding gegeven. In een enquête onder ziekenhuisverpleegkundigen (Schuurmans, 2000) gaf 98% aan dat er meer training nodig is om goed voorbereid te zijn op de zorgverlening aan ouderen.

Ook in de VS is geconstateerd dat de opleidingen achterblijven bij de klinische ontwikkelingen op het terrein van de ouderenzorg. Als redenen om ouderenzorg maar beperkt aan bod te laten komen in de opleiding werden gegeven: een te zwaar belast curriculum, gebrek aan rolmodellen in de klinische praktijk, slechte aansluiting bij de structuur van het curriculum, geen interesse bij studenten en geen interesse bij docenten (Rosenfeld et al., 1999).

De vraag om harde bewijzen

De huidige trend om het onderwijs met Evidence Based Practice te onderbouwen zou op termijn garant moeten staan voor een curriculum dat meer op wetenschappelijke bevindingen is gebaseerd. Evidence Based Practice (EBP) is het beslissen, behandelen en begeleiden op basis van het beste bewijs. Dit bewijs wordt vaak geordend volgens een bepaalde hiërarchie waarbij resultaten uit gerandomiseerde klinische trials gelden als de hoogste vorm van bewijs. Onderaan in die hiërarchie staan de individuele ervaringen van patiënten en professionals, de expertkennis. De vraag is of dit terecht is. Wil je vooruitgang boeken en tot nieuwe inzichten komen, dan is expertkennis, bijvoorbeeld in de vorm van goede case studies, onontbeerlijk (Rolfe, 1998, Vandenbroucke, 1999).

Bij EBP gaat het om het implementeren van wetenschappelijke kennis in het handelen van professionals en wat dat betreft valt er nog veel te bereiken als het gaat om de zorg voor ouderen. Veel wetenschappelijke kennis over de samenhang tussen problemen bij ouderen vindt nog geen weg naar de opleiding en de klinische praktijk. Omdat EBP een procesmatige manier van werken inhoudt, gaat het bij de onderbouwing van curricula om meer dan alleen het gebruik van wetenschappelijk verantwoorde literatuur. Studenten moet een andere manier van denken en werken worden bijgebracht (Van Herwaarden, 2003). Anderzijds worden veel ouderen nog steeds uitgesloten bij onderzoek (Tonks, 1999). U begrijpt, ook op dit terrein ligt er werk voor het Lectoraat.

Voordelĳkh

Hoe studenten en professionals denken en werken komt mede voort uit hun beroepshouding. De EBP-besliskunde, die onder meer tot uitdrukking komt in de promotie van behandelprotocollen, veronderstelt dat mensen logische beslissers zijn, maar feitelijk zijn mensen minder vatbaar voor rationele argumenten dan we graag willen geloven (Leijssen, in Graste & Bauduin, 2000). Standaarden en protocollen zijn gebaseerd op rationele argumenten. Net als de logisch opgebouwde beroepscode geven zij aan wat een professionele verpleegkundige of paramedicus in bepaalde omstandigheden moet doen en hoe hij of zij zich moet gedragen. Toch levert het uitvoeren van deze richtlijnen niet zonder meer de kwaliteit van de zorg op die verwacht mag worden. De professional ontleent zijn of haar specifieke identiteit niet alleen aan het door hem of haar uitgevoerde takenpakket, maar ook aan de wijze waarop hij of zij zich als persoon engageert in het zorgproces (Jansen, 2003). Effectonderzoek naar hulpverleningsprocessen toont aan dat specifieke factoren, zoals authenticiteit en eerlijkheid (de 'existentiële dimensie') onontbeerlijk zijn naast specifieke factoren zoals theoretische kennis en vaardigheden (de 'functionele dimensie'). Morele deugdelijkheid bepaalt de aard van de beroepshouding en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening. Vanzelfsprekend kan een morele deugdelijkheid zonder vakbekwaamheid niet leiden tot goede zorg (Jansen, 2003). Normatieve professionals gebruiken hun gezond verstand, wat wil zeggen dat zij een visie hebben en in staat zijn in concrete situaties praktische afwegingen te maken (Baart, 2001). Het zijn zorgverleners die een verband leggen tussen de existentiële kwaliteit van hun eigen leven, de inhoud van hun werk en de maatschappelijke context waarbinnen zij dat doen (Graste & Bauduin, 2000).

Uit onderzoek blijkt dat professionals in de gezondheidszorg extra vatbaar zijn voor een negatieve kijk op ouderen omdat ze vooral contact hebben met zieke en afhankelijke ouderen (Lookinland & Anson, 1995). Dit wordt versterkt door de manier waarop in de samenleving naar ouderen wordt gekeken.

Uit onderzoek onder verpleegkundigen blijkt dat ze op zich niet zozeer een negatief beeld hebben van ouderen, maar dat de hoge mate van afhankelijkheid van oudere patiënten een grote werkdruk veroorzaakt in een organisatie die gericht is op routine (Pursey & Luker, 1995). Het zorgen voor oude patiënten roept onmacht op wanneer problemen zich opstapelen en de professional niet ziet hoe ze opgelost kunnen worden. Bovendien worden veel problemen geplaatst in een ethische context. Het omgaan met deze werksituatie vraagt van professionals dat ze niet alleen doen, maar juist ook denken, dat ze situaties kunnen beschrijven en analyseren en dat ze in staat zijn hun beelden aan te scherpen en bij te stellen (Jansen, 2003).

De missie van het lectoraat

"De tragedie van de ouderdom is niet, dat men oud is, doch dat men jong is", schreef Oscar Wilde.

Ouderen geven aan dat er een verschil bestaat tussen je oud voelen en oud zijn. Dat verschil heeft enerzijds te maken met de mate waarin je in staat bent je doelen te realiseren of bij te stellen en anderzijds met hoe anderen met je omgaan. De focus van het Lectoraat is gericht op de balans in het leven van ouderen met één of meerdere chronische aandoening(en) die in het dagelijks leven hulp vragen

mededen en n

en krijgen van familie en professionele zorgverleners. Ouderenzorg en familie­zorg gaan hierbij hand in hand. Verpleegkundigen en paramedici maken in de behandeling en de zorg vele malen per dag keuzes die van invloed zijn op die balans. Verstoringen van de balans kunnen zelfs rechtstreeks te herleiden zijn tot het niet of onvoldoende onderkennen van problemen door professionals. Zonder dat verpleegkundigen en paramedici zich ervan bewust zijn, kunnen zij de prognose van de oudere chronisch zieken in sterke mate beïnvloeden door middel van primaire en secundaire preventie. Dat wil zeggen dat ze door het voorkomen of tijdig herkennen van een verstoring van de balans de toekomst van de oudere kunnen beïnvloeden. Het primaat van de medische discipline ten aanzien van de prognose geldt niet bij chronisch zieke ouderen. De belangrijke rol die verpleegkundigen en paramedici spelen in de balans van het dagelijks leven van deze groeiende groep patiënten, wordt slechts beperkt onderkend en nog onvoldoende gerealiseerd.

Lectoraten binnen de Hogeschool hebben een opdracht in termen van praktijkgericht onderzoek, onderwijsinnovatie en vernieuwing van zorg. De noodzakelijke herbe­zinning van professionals vindt idealiter plaats binnen het HBO, waar de professionals gevormd worden. Het Lectoraat biedt hiertoe gelegenheid als onderzoeks- en kennis­centrum waarvan de resultaten terugkomen in onderwijs en praktijk; als vliegwiel voor verandering. In de visie van het Lectoraat op de bijdrage van professionals wordt een aantal factoren als bepalend gezien en zowel binnen het onderzoek als binnen de overdracht als ijkpunten neergezet. Het gaat om:

- de invloed van de beroepshouding op de zorg
- het multidisciplinaire karakter van de zorg

- de rol van de opleiding in de zorg
- de samenwerking tussen praktijk, opleiding en onderzoek
- de samenhang van de problematiek op somatisch, functioneel, psychisch, spiritueel en sociaal terrein
- de onderkenning van complexiteit in ogenschijnlijk eenvoudige problematiek waardoor preventie de aandacht krijgt die het verdient

Twee lijnen in het onderzoek

Eerder stelden we vast dat alleen vakkennis niet voldoende is voor professionele herbe­zinning. Het Lectoraat kent om die reden twee onderzoekslijnen: één gericht op beroepshouding en één gericht op beroepsinhoud. In twee projecten wordt inge­gaan op voor oudere chronisch zieken relevante en voor studenten en professionals tastbare elementen van beroepshouding. Michel Jansen kijkt vanuit diverse weten­schappelijke benaderingen zoals de psychologie en de filosofie naar het begrip beroepshouding en de operationalisering van deze kennis in de praktijk. Marlou de Kuiper onderzoekt of reflectie van invloed is op de klinische besluitvorming in de zorg voor chronisch zieke ouderen. Reflectie, zowel op kennis- als op ervaringsniveau, wordt gezien als een essentieel onderdeel van een professionele beroepshouding omdat de individuele zorgverlener daardoor de validiteit van zijn handelen in ogen­schouw neemt. De vraag is in hoeverre dit onderbouwd kan worden ter verbetering van de patiëntenzorg.

Met betrekking tot de beroepsinhoud nemen we als uitgangspunt: de momenten

niet een af

waarop de balans van chronisch zieke ouderen bedreigd wordt en waarop verpleegkundigen en paramedici in beeld komen. Deze bedreigingen komen voort uit het ontstaan of de progressie van een chronische aandoening, transitimomenten in de zorg en managementproblemen op individueel niveau.

Thóra Haffsteinsdóttir en Marijke Rensink richten hun onderzoeksactiviteiten op revalidatie van patiënten met een beroerte, in vervolg op eerder promotieonderzoek. Het onderzoek richt zich op drie thema's: depressieve symptomen, ondervoeding en revalidatie. Het onderzoek wordt opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met de divisie Hersenen van het UMC Utrecht en de Neurodivisie van het Universitair Ziekenhuis in IJsland.

Jita Hoogerduijn kijkt naar de complicaties van ziekenhuisopname van ouderen, voortbouwend op de bestaande kennis over de functionele achteruitgang die oudere chronisch zieken ervaren en die niet direct het gevolg is van de reden voor opname. Dit promotietraject wordt opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met de divisie Interne Geneeskunde van het UMC Utrecht en Verplegingswetenschap UMC Utrecht.

Marjolein van Vliet richt zich op het voorkomen van problemen met medicatie in de thuissituatie, in vervolg op de eerdergenoemde meta-analyse van Beijer en de Blaey, waaruit blijkt dat één op de zes ziekenhuisopnamen van ouderen gerelateerd is aan fouten met geneesmiddelen. De verwachting is dat een deel van die opnames is terug te dringen door tijdige en adequate interventies vanuit de thuiszorg. De bedoeling is dit project vorm te geven in samenwerking met huisartsen en thuiszorg.

Het onderzoek van het Lectoraat komt tot stand in nauwe samenwerking met praktijk en onderwijs. Dit betekent dat de praktijk een belangrijke rol heeft in het

ontwerpen en uitvoeren van het onderzoek. Binnen ieder onderzoek worden ook zogeheten 'studentenlijnen' uitgezet. Dat zijn deelprojecten waarin studenten op bachelor- en masterniveau participeren en waarvan zij inhoudelijk en onderzoekstechnisch iets leren.

Aandacht voor de overdracht

Het Lectoraat committeert zich aan overdracht van uit onderzoek verkregen kennis aan patiënten en hun familie, professionals in de zorg, managers en opleiders. Ook stimuleren we de doelgerichte implementatie. In de zorg voor ouderen met chronische aandoeningen moet dit zichtbaar worden in de attitude van zorgverleners en leiden tot bewustwording, evidence based innovaties en zorgvernieuwend maatregelen.

Daarbij hebben wij twee uitgangspunten. De eerste is dat de kennis die we overdragen moet aansluiten bij de - vaak impliciete - kennis en bij de vragen van mensen die dag in dag uit met chronische aandoeningen te maken hebben, zowel patiënten als familie en professionals.

Ons tweede uitgangspunt is dat praktijkonderzoek niet bedreven kan worden zonder een wisselwerking met het veld waarop het onderzoek betrekking heeft. Dit betekent dat we via verschillende netwerken zullen bevorderen dat er nauwe contacten ontstaan tussen onderzoekers en mensen die de zorg van alledag ontvangen en bieden zodat het onderzoek goed kan aansluiten bij de kennis en de behoeften van de mensen in de zorg (De Jong, 2003).

wijking te

De overdrachtslijn is gericht op innovatie van het onderwijs en op innovatie van de beroepsuitoefening. Centraal ijkpunt is of de patiënt er beter van wordt.

Het Lectoraat vervult haar overdrachtsfunctie zowel voor de faculteit als voor externe partners. Zowel in- als extern wordt gewerkt aan het delen en verspreiden van kennis en het participeren in de ontwikkeling daarvan. Met het oog daarop zullen rond het Lectoraat zowel kringen van vakdocenten als van praktijkprofessionals worden gevormd. De deelnemers aan beide kringen ontvangen vanuit het Lectoraat inspiratie en onderzoekskennis. Daarnaast zijn de inhoudelijke uitwisseling en de onderlinge stimulans tot verandering belangrijke functies. Binnen de faculteit zal het Lectoraat zich tevens bezighouden met het verder ontwikkelen van het evidence based karakter van het onderwijs.

Anneke de Jong werkt binnen de overdrachtslijn aan de ontwikkeling van de verschillende overdrachtvormen, waaronder een - virtueel - kennisloket. Hans van Herwaarde houdt zich bezig met de EBP in het onderwijs, waaronder het ontwikkelen van criteria en het ontwerpen van een plan voor scholing van docenten. Joanne Kruijswijk Jansen draagt zorg voor de communicatieplannen en heeft een stimulerende rol ten aanzien van het publiceren. Case studies zullen hierin een belangrijke rol gaan vervullen, naast andere vormen van wetenschappelijke en praktijkartikelen.

Tot besluit

Dames en heren, in deze openbare les hebben we u deelgenoot gemaakt van onze opvattingen en plannen. We gaan er vanuit dat deze leiden tot een gezondheidszorg die is toegesneden op oudere patiënten met chronische aandoeningen en tot professionals die daar voor staan. Beste studenten, docenten, professionals, patiënten en familieleden we zullen onze uiterste best doen om samen met u deze uitdaging aan te gaan. We zijn het College van Bestuur van de Hogeschool van Utrecht en de directie van de Faculteit Gezondheidszorg zeer dankbaar dat zij ons het vertrouwen hebben gegeven en ons steunen deze idealen verder vorm te geven. Binnen de Faculteit Gezondheidszorg ervaren we dagelijks de positieve samenwerking met afdelingsdirecties en medewerkers. Dit geeft ons alle vertrouwen in de toekomstige ontwikkelingen. De leden van de kenniskring willen we zeker danken in het vertrouwen dat zij in ons hebben gesteld. De eerste maanden waren niet voor iedereen even makkelijk; het starten van iets nieuws, het werken met gedreven mensen, het werken aan resultaten en het voldoen aan hoge verwachtingen. Met elkaar hebben we de basis gelegd die wij vandaag toegelicht hebben. Wij hebben er zin in om het Lectoraat samen met jullie de komende jaren tot een succes te maken. We zijn de divisieleidingen van de divisie Hersenen en de divisie Interne Geneeskunde en de leiding van de zorg eenheid Geriatrie van het UMC Utrecht zeer erkentelijk voor het feit dat zij vol enthousiasme de samenwerking aangaan met een onderzoeksgroep buiten de universitaire onderzoekswereld die zij kennen.

De samenwerking met alle partijen binnen de Academie Gezondheidszorg Utrecht, in het bijzonder met Verplegingswetenschap, is stimulerend en ook hen danken wij

n opzichte

voor hun openheid en enthousiasme voor het Lectoraat. Dat samenwerking verder reikt dan het eigen vakgebied blijkt uit de eerste initiatieven tot samenwerking met andere Lectoraten, in vakgebieden buiten de gezondheidszorg, die veelbelovend zijn en daadwerkelijke vernieuwing bieden. Deze samenwerking ervaren we als inspirerend. Het feit dat onze ideeën in discussies met buitenlandse collega's herkend en erkend worden, ervaren we eveneens als zeer positief. We gaan ervan uit dat onze eerste internationale projecten niet lang op zich zullen laten wachten.

Bovenal danken we alle patiënten, verpleegkundigen, paramedici en andere professionals die hun ervaringen met ons gedeeld hebben. Die ervaringen vormen uiteindelijk de basis van onze ideeën en plannen. Onze partners, families en vrienden danken we voor hun onvoorwaardelijke steun, begrip en stimulans. Het leven met een gedreven vrouw met een passie voor haar werk is niet voor iedereen vanzelfsprekend, maar voor jullie wel, anders hadden wij hier niet zo gestaan.

Ik heb, namens ons beiden, gezegd.

Verwijzingen

Baart, A. (2001). Een theorie van de presentatie. Utrecht, Lemma.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on succesful aging: The model of selective optimalization with compensation. In: P.B.Baltes & M. M. Baltes (Eds.), Succesful aging: Perspectives from the behavioral sciences (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

Becker, H. A. (1994). Cohorten van generaties ouderen jongeren. Werkdocument studiedag 16 september 1994. Amsterdam: Vrije Universiteit, werkgroep sociale gerontologie.

Berg Jeths van den, A. (1997). Volksgezondheid en Toekomst Verkenning 1997, Gezondheid en zorg in de toekomst. Bilthoven RIVM, Maarssen Elsevier/De Tijdstroom.

Beijer, H.J.M. & Blaey de, C.J. (2002). Hospitalisation caused by adverse drug reactions, a meta-analysis of observational studies. Pharmacy World & Science, 24(2), 52-60.

Bootsma-van der Wiel, A. (2002). Disability in the oldest old. Proefschrift Universiteit Leiden. Rotterdam, Optima Grafische Communicatie.

Broese van Groenou, M.I., Horn, L.M. (red), Klinkenberg, M., Penninx, B.W.J.H., & Stel, V.I. (2002). Welke kansen krijgen ouderen in de toekomst? Symposium over LASA-onderzoekresultaten. Amsterdam, LASA.

Deeg, D.J.H. (2002). Ouder worden, een kwetsbaar succes. Oratie Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam, LASA.

e van de m

Deeg, D.H.J. & Hoeymans, N. (1997). Succesvol of gebrekkig oud worden?

Een literatuurstudie naar determinanten en gevolgen van functionele beperkingen.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 75, 397-405.

Engelsman, B. & Moolenaar, H. (2002). Masteropleidingen voor de geriatrische Fysiotherapeut. Vakblad NVFG, oktober, 5-13.

Faber von, M. (2002). Maten van succes bij ouderen. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Rotterdam, Optima Grafische Communicatie.

Fagerberg, I., Ekman, S. L., & Heyman, I. (1999). Nursing students' reasoning about two fictitious elderly patient cases. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 13, 247-253.

Fagerberg, I. & Ekman, S. L. (1998). Swedish nursing students' transition into nursing during education. Western Journal of Nursing Research, 20(5), 602-620.

Fagerberg, I. & Ekman, S. L. (1997). First-year Swedish nursing students' experiences with elderly patients. Western Journal of Nursing Research, 19(2), 177-189.

Fulmer, T. & Abraham, I. L. (1998). Rethinking geriatric nursing. Nursing Clinincs of North America, 33(3), 387-394.

Gill, T. M., Robison, J. T., & Tinetti, M. E. (1997). Predictors of recovery in activities of daily living among disabled older persons living in the community. Journal of General Internal Medicine, 12, 757-762.

Graste, J. & Bauduin, D. (red) (2000). Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum.

Grypdonck, M. H. G. (1996). Het leven boven de ziekte uitillen. Oratie Universiteit Utrecht. Leiden: Spruyt, Mantgem & de Does BV.

Hafsteinsdóttir, T.B. (2003). Neurodevelopmental treatment in the early stage of stroke. Proefschrift Universiteit Utrecht. Utrecht, Labor Grasi Media BV.

Herwaarde van, H. (2003). Onderzoek in het HGZO, volstaat het invoeren van Evidence Based Practice?. Ter publicatie aangeboden.

Huckstadt, A. A. (2002). The experience of hospitalized elderly patients. Journal of Gerontological Nursing, 28(9), 25-29.

Huijsman, R. & Klerk de, M. (1997). Succesvolle zorgverlening aan ouderen in Nederland; een overzicht van de beleidsontwikkelingen en onderzoeksinzichten. Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg, 75, 406-416.

Jansen, M. (2003). Beroepshouding. Basisdocument Lectoraat.

Jansen, M. (2003). Reflectie of Reflexie? Ter publicatie aangeboden.

Jones Porter, E. (1995). A phenomenological alternative to the 'ADL research tradition'. Journal of Aging and Health, 7(1), 24-45.

Jong de, A. (2003). Overdracht. Basisdocument Lectoraat.

Kivelä, S. L. & Pahkala, K. (2001). Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. Journal of the American Geriatric Society, 49(3), 290-296.

Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. Journal of Epidemiology and Community Health, 54, 123-129.

Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57B (5), P409-P417.

Leijssen, M. (2000). Het ethos van de hulpverlener. In: Graste, J. & Bauduin, D. (red). Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Assen, Van Gorcum.

middelebare

Lookinland, S. & Anson, K. (1995). Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: implications for elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 47-56.

Lothian, K. & Philp, I. (2001). Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *British Medical Journal*, 322, 668-670.

Minichiello, V., Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*, 20, 253-278.

Nieuwstraten, A., Mercken, C., Duijnste, M. & Ros, W. (2000). Samen zorgen, wijkverpleging in relatie tot patiënt en mantelzorg. Baarn, Uitgeverij Intro

Penninx, B.W.J.H., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Simonsick, E.M., Deeg, D.J.H., & Wallace, R.B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA*, 279(21), 1720-1726.

Plaats van der, A. (1994). Geriatrie, een spel van evenwicht. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.

Pursey, A. & Luker K. (1995). Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 547-555.

Roebroek, M.E., Dekker, J., Oostendorp R.A.B., & Bosveld, W. (1997). Fysiotherapie bij ouderen in de eerste lijn, een inventariserend onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 5, 134-141.

Rolfe, G. (1998). The theory-practice gap in nursing: from research-based practice to practitioner-based research. *Journal of Advanced Nursing*, 28(30), 672-679.

Rosenfeld, P., Bottrell, M., Fulmer, T., & Mezey, M. (1999). Gerontological nursing content in baccalaureate Nursing Programs: Findings from a national Survey. *Journal of Professional Nursing*, 15(2), 84-94.

Ruwaard, D. & Kramers, P. (red) (1993). Volksgezondheid Toekomstverkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag, SDU/RIVM.

Sands, L.P., Yaffe, K., Lui, L.-Y., Stewart, A., Eng, C., & Covinsky, K. (2002). The effects of acute illness on ADL decline over 1 year in frail older adults with and without cognitive impairment. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A(7), M449-M454.

Schröck, R. (1988). Forschung in der Krankenpflege: methodologische Probleme. *Pflege*, 1(2), 84-93.

Schröck, R. (1996). Menschliches miteinander in pflegerischen Beziehungen. *Pflege Aktuell*, 11, 724-729.

Schuurmans, M.J. (2003). Preventie van complicaties van ziekenhuisopname, state of the art studie. ZON/LEW

Schuurmans, M.J. (2000). Attitude van ziekenhuisverpleegkundigen ten opzichte van oudere patiënten. Niet gepubliceerde studie.

Seeman, T. E., Berkman, L. F., Charpentier, P. A., Blazer, D. G., Albert, M. S., & Tinetti, M. E. (1995). Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 50A(4), M177-M183.

Seeman, T.E. & Chen, X. (2002). Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B(3), S135-S144.

leeftijd.

Sipsma, D. H. (2002). Gezondheidszorg voor ouderen. In J.J.F.Schroots (Ed.), Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling en Veroudering. Assen, Koninklijke Van Gorcum, 455-492.

Sipsma, D. H. (1986). Sociale geriatrie in theorie en praktijk. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Almere, Promedia.

Stellweg, C. (2001). Iedereen is tegenwoordig jonger dan ik. Amsterdam, Ambo/Anthos.

Tonks, A. (1999). Medicine must change to serve an ageing society. Eradicate age discrimination and increase resources. British Medical Journal, 319, 1450-1451.

Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L., & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. Journal of Gerontology: Social Sciences, 54B(5), S245-S251.

Vandenbroucke, J. P. (1999). Case reports in an evidence-based world. Journal of the Royal Society of Medicine, 92(4), 159-163.

WHO (2001). ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health Organization.

Curriculum Vitae

Marieke Schuurmans (1965) studeerde Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Verplegingswetenschap, aan de Universiteit Maastricht. Aansluitend doorliep zij een verkorte opleiding tot verpleegkundige aan de Hogeschool Nijmegen. Sinds 1990 is zij werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht waar zij diverse functies vervulde als verpleegkundige, verpleegkundig specialist en leidinggevende geriatrie, onderzoeker en docent Verplegingswetenschap. Zij vervulde een belangrijke rol bij de ontwikkeling van de verpleegkundige zorg binnen de klinische geriatrie in het UMC Utrecht en daarbuiten. In 2001 promoveerde zij op een onderzoek naar herkenning van het delirium door verpleegkundigen. Zij publiceert geregeld over aspecten van de zorg van ouderen, ook verzorgde ze vele lezingen en lessen, nationaal en internationaal, op dit terrein. Sinds september 2002 is zij benoemd als lector 'Verpleegkundige en Paramedische zorg voor mensen met chronische aandoeningen' aan de Faculteit Gezondheidszorg van de Hogeschool van Utrecht.

Curriculum Vitae

Mia Duijnstee (1952) volgde de opleiding tot verpleegkundige A in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Leiderdorp en tot verpleegkundige in de maatschappelijk gezondheidszorg aan de Haagse Sociale Academie. Vervolgens studeerde zij arbeids- en organisatiepsychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden. In 1984 begon ze als beleidsmedewerker bij de afdeling Zorgverlening van de Nationale Kruisvereniging te Bunnik. In 1989 stapte ze over naar het Nederland Instituut voor Zorg en Welzijn waar ze in 2001 afscheid nam als manager van het cluster Zorgen en Verplegen. Zij promoveerde in 1991 op een onderzoek naar de belasting van familieleden van dementerenden aan de Universiteit van Nijmegen. In 1993 werd zij benoemd als bijzonder hoogleraar bij de disciplinegroep Verplegingswetenschap bij het UMC Utrecht. Binnen deze leerstoel vanwege de LSBK had familie zorg haar speciale aandacht. Zij schreef een groot aantal boeken en artikelen over dit onderwerp. Vervolgens is zij per 2001 aangesteld als directeur van de Academie Gezondheidszorg Utrecht en sinds september 2002 als lector 'Verpleegkundige en Paramedische zorg voor mensen met chronische aandoeningen' aan de Faculteit Gezondheidszorg van de Hogeschool van Utrecht. In 2003 volgde een benoeming als hoogleraar Gezondheidswetenschappen bij de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Utrecht.

**De tragedie van de
ouderdom is niet,
dat men oud is, doch
dat men jong is.
Oscar Wilde**

