inholland hogeschool

Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen

Op weg naar interventies die er werkelijk toe doen!

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 24 mei 2017

Robbert Gobbens

colofon:

© Dr. R. Gobbens, 2017

Hogeschool Inholland

Domein Gezondheid, Welzijn en Sport

Omslagbeeld en foto's: Esther van Vliet (esthervanvliet.com)

Ontwerp: Carann.nu Reclamemakers, Amsterdam

Productie: Muller Visual, Amsterdam

Inhoud

Inleiding **5**
Op de Puch naar Princenhage 5
Van wijkverpleging naar onderwijs 5
Lectoraat bij Hogeschool Inholland 6

1 - Van multimorbiditeit naar Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen **7**
Positieve gezondheid 8

2 - De Gezonde Samenleving **9**
Mens staat centraal 9
Bijdragen aan kwaliteit van leven 9

3 - Kwetsbaarheid **11**
Lichamelijke kwetsbaarheid 11
Een integrale benadering van kwetsbaarheid 12
Een integraal conceptueel model van kwetsbaarheid 14
Interveniëren bij kwetsbare ouderen 15

4 - Kwaliteit van leven **16**
Een subjectief begrip 16
Belangrijke dingen in het leven 17

5 - Interventies **19**
Interveniëren op determinanten 19
Leefstijl 21
Interveniëren op gevolgen van kwetsbaarheid 21
Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) 23
Balansmodel 25
Proactieve integrale ouderenzorg 26

6 - Interprofessionele samenwerking **27**
Belangrijke rol voor wijkverpleegkundige 27
Regie bij kwetsbare oudere 28

7 - Verpleeghuiszorg **29**
Waardigheid en trots 29
Dialoog 30
Mensen met dementie 31
Geriatrische revalidanten en sarcopenie 32

8 - Leer- en InnovatieNetwerk (LIN) **34**
Krachtige leeromgeving voor medewerkers en studenten 34
Practice development 34
Brede interesse in de LIN's 36

9 - Hooggekwalificeerd personeel in de ouderenzorg **37**
Ouderenzorg niet in trek 37
Inzetten van hbo-verpleegkundigen 38
Inzetten van verpleegkundig specialisten 39
Verantwoordelijkheid van ouderenzorginstellingen 40
Verantwoordelijkheid van hogescholen 41
Interprofessioneel leren 42

Tips voor gezond oud worden **44**

Dankwoord **45**

Referenties **47**

Curriculum vitae **53**

Inleiding

Op de Puch naar Princenhage

Geachte aanwezigen, laat ik mijn lectorale rede beginnen bij het begin. Nee, niet bij mijn geboorte, maar bij de start van mijn professionele carrière. Na het vervullen van mijn dienstplicht bij het Militair Revalidatie Centrum in Doorn, ging ik in 1986 aan de slag als wijkverpleegkundige in Breda. Daar kwam ik uitgebreid in contact met de doelgroep van mijn lectoraat, namelijk kwetsbare ouderen. Het kenmerkende van de wijkverpleging en de zorg voor ouderen boeiden mij meteen, in tegenstelling tot veel andere toenmalige en ook huidige studenten. Twee dingen trokken mij vooral aan: ten eerste dat je in de wijkverpleging sterk wordt aangesproken op je zelfstandigheid en creativiteit, en daarnaast dat je mensen ontmoet in hun eigen huis en sociale omgeving. Het eerste jaar reed ik op mijn Puchje naar allerlei mensen, van bewoners van mooie statige huizen in het centrum van Princenhage tot mensen wonend in boerderijen in het buitengebied. De beelden van de mensen waar ik toen voor zorgde en gesprekken die ik met ze had, blijven mij altijd bij. Zoals de heer Jansen, een oudere man met de Ziekte van Bechterew, die regelmatig tegen mij zei 'Robbert, de boog kan niet altijd gespannen zijn'. Of de heer Visser, die aan mondschilderen deed. Of mevrouw Pieters met multiple sclerose die, gezeten in haar rolstoel, Marianne en mij kwam feliciteren op onze bruiloft. Ik kwam er zodoende al snel achter dat 'de oudere' niet bestaat.

Van wijkverpleging naar onderwijs

Na ongeveer tien jaar met veel plezier als wijkverpleegkundige gewerkt te hebben, stapte ik over naar het onderwijs. Dit gaf mij de mogelijkheid mijn kennis en ervaring op het gebied van de ouderenzorg te delen met studenten en collega's. Toen Ria Wijnen (destijds lector bij Avans Hogeschool) mij vroeg om lid te worden van haar lectoraat Gerontologie, kreeg ik de mogelijkheid mijn onderzoeksambities te realiseren. In 2005 mocht ik een lezing geven na haar lectorale rede 'Van oude lieden en beelden die voorbijgaan…' (Wijnen-Sponselee, 2005). De titel van mijn lezing was 'Empowerment van ouderen met een chronische ziekte', en ik besloot deze lezing met de vraag 'Welke preventieve activiteiten kunnen hulpverleners ondernemen om de kwaliteit van leven bij chronisch zieke ouderen, waarbij sprake is van comorbiditeit, te verbeteren?' (Gobbens, 2005). Kort daarna vroeg Ria of ik interesse had om een promotietraject in te gaan: dat besluit was snel genomen. In een gesprek met promotor Jos Schols en copromotor Katrien Luijkx van de Universiteit van Tilburg werd in gezamenlijkheid bepaald dat ik mij zou richten op het definiëren en meten van kwetsbaarheid bij ouderen en in 2010 promoveerde ik.

Lectoraat bij Hogeschool Inholland

Toen verscheen er, eind 2014, een vacature voor een associate lector multimorbiditeit. Ik heb goed en lang nagedacht of ik zou solliciteren. Ik had immers een leuke baan bij Hogeschool Rotterdam en woonde al mijn hele leven in Brabant; verhuizen was geen optie. Bij de Hogeschool Rotterdam was ik senior onderzoeker ouderenzorg en coördinator van de opleiding tot verpleegkundig specialist. Maar het onderwerp, de doelgroep en de mogelijkheid onderzoekslijnen uit te kunnen zetten - waarbij nadrukkelijk de verbinding wordt gelegd tussen onderwijs, praktijk en onderzoek - spraken mij zodanig aan dat ik solliciteerde.

Ik werd aangenomen en in februari 2015 ging ik als associate lector aan de slag bij Hogeschool Inholland en de Zonnehuisgroep Amstelland – waar ik nog steeds werk. Beide instellingen dragen samen het lectoraat en dat mag bijzonder worden genoemd. De opdracht die ik meekreeg luidde: praktijkgericht onderzoek doen onder cliënten, hun familieleden en medewerkers naar de gevolgen van multimorbiditeit voor het functioneren en de invloed ervan op kwaliteit van leven van ouderen.

1 Van multimorbiditeit naar Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen

Vandaag de dag, ruim twee jaar verder, zijn we aangekomen op het moment waarop ik mijn lectorale rede mag uitspreken. Het zal u mogelijk niet zijn ontgaan dat mijn lectoraat inmiddels een naamswijziging heeft ondergaan: van 'Multimorbiditeit' naar 'Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen'. Dit is meer dan alleen een naamswijziging. Van meet af aan vond ik de oorspronkelijke titel 'Multimorbiditeit' niet zo goed gekozen en ook niet zo goed bij mij passen. Ik zal u hieronder uitleggen waarom ik 'Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen' beter geschikt vind.

Van multimorbiditeit wordt gesproken als minimaal twee chronische ziekten aanwezig zijn bij één persoon (Pel-Littel, Vlek, & Driessen, 2012). Dat kan gaan om meerdere somatische ziekten, maar ook om een combinatie van somatische en psychische ziekten. Multimorbiditeit heeft dus vanzelfsprekend een sterke associatie met ziekten. De opdracht van het lectoraat

was juist om te focussen op de gevolgen van ziekten, bijvoorbeeld op de manier waarop men omgaat met ziekten. In mijn visie kan kwetsbaarheid, in lichamelijk, psychisch en/of sociaal opzicht, een gevolg zijn van multimorbiditeit. Ook wordt het integraal functioneren van mensen meer benadrukt door de term kwetsbaarheid te gebruiken. Dit sluit optimaal aan bij mijn achtergrond als verpleegkundige, waarin een holistisch mensbeeld het uitgangspunt vormt. Het beroepsprofiel van de verpleegkundige van 1988, uitgebracht door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, maakte al duidelijk dat verplegen betrekking heeft op het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu (Bakker & le Grand-van den Bogaard, 1988). Het profiel duidt er vervolgens op dat verpleegkundig handelen zich richt op het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid.

Positieve gezondheid

Vanaf 1948 definieert de Wereldgezondheidsorganisatie gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek. Anno 2017 hebben velen de definitie van Huber (2014) omarmd. Volgens Huber is gezondheid het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. We hebben het dan over positieve gezondheid. Daarbij horen termen als veerkracht, functioneren en participatie. Gezondheid is geen doel op zich, maar een middel zodat mensen datgene kunnen doen wat hun leven zin geeft. In de titel van mijn lectoraat wilde ik tot uiting brengen dat het niet alleen om gezondheid, maar juist ook om welzijn van kwetsbare ouderen gaat.

2 De Gezonde Samenleving

Mens staat centraal

Voor het lectoraat staat het beantwoorden van de volgende vraag centraal: hoe kunnen professionals, werkzaam in de praktijk, de gezondheid en het welzijn van kwetsbare ouderen bevorderen? Door antwoorden te zoeken op deze vraag draagt het lectoraat bij aan een gezonde samenleving, een profilerend thema voor Hogeschool Inholland dat richting geeft aan de inrichting van het onderwijs en onderzoek. De Gezonde Samenleving verwijst naar een integrale benadering van zorg en welzijn, waarin de mens zelf centraal staat en niet de afzonderlijke problemen waar hij of zij tegenaan loopt (Hogeschool Inholland, 2015). In dit thema komen de ontwikkelingen binnen gezondheid, welzijn en sport samen en ontstaan kansen om nieuwe, betere oplossingen te bieden voor mensen. In het streven naar de Gezonde Samenleving geeft Hogeschool Inholland zichzelf drie opdrachten. Ten eerste, het opleiden van professionals die bijdragen aan empowerment en zelfmanagement. Het ontwikkelen en behouden van zoveel mogelijk eigen regie en verantwoordelijkheid bij het vormgeven aan het dagelijks leven van mensen is in de Gezonde Samenleving een centrale opgave. Ten tweede, studenten leren interprofessioneel samen te werken vanuit een integrale benadering van burgers in hun omgeving. Dit vraagt om samenwerking over de verschillende specialismen heen en een stevige eigen basis. Ten derde, optimaal gebruik maken van technologische ontwikkelingen.

Bijdragen aan kwaliteit van leven

Mijns inziens is dit een goed moment om kort uiteen te zetten hoe mijn lectoraat aansluit op De Gezonde Samenleving en op welke thema's ik precies in zal gaan in het vervolg van mijn lectorale rede. Over kwetsbaarheid heb ik inmiddels al het nodige geschreven; ik zal beknopt vertellen hoe ik kwetsbaarheid van ouderen definieer en wat de gevolgen van kwetsbaarheid kunnen zijn. Eén van deze gevolgen is een lagere kwaliteit van leven. Door middel van het ontwikkelen en implementeren van interventies, waarbij integraal functioneren en zelfmanagement sleutelbegrippen zijn, wil het lectoraat bijdragen aan een hogere kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen, in het bijzonder aan zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, geriatrische revalidanten en mensen met dementie. In dit kader zijn proactieve integrale ouderenzorg en interprofessionele samenwerking van groot belang. Het lectoraat zal zich met name richten op de samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals. Dit krijgt onder meer gestalte in Leer- en InnovatieNetwerken, die gestart zijn op initiatief van het lectoraat en worden gezien als het middel om onderwijs, praktijk en onderzoek met elkaar te verbinden. Zoals u zal merken is een goed functionerend Leer-en InnovatieNetwerk niet van vandaag op morgen gerealiseerd, dat heeft tijd nodig. In het laatste deel van mijn rede houd ik een pleidooi voor het inzetten van meer hbo-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de ouderenzorg. De zorg aan kwetsbare ouderen is per definitie complex en daarom zijn deze professionals hard nodig. Dat vraagt echter inspanningen van ouderenzorginstellingen en hogescholen. Ik eindig mijn lectorale rede met knoflook, broccoli en walnoten.

3 Kwetsbaarheid

Lichamelijke kwetsbaarheid

Het lectoraat heeft als doelgroep kwetsbare ouderen. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau neem het aantal kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder in Nederland tussen 2010 en 2030 toe met ruim 300.000, van bijna 700.000 naar meer dan 1 miljoen (Van Campen, Ras, & Den Draak, 2011). De prevalentie van kwetsbaarheid hangt samen met leeftijd. In zijn algemeenheid kan worden gesteld: hoe ouder, hoe kwetsbaarder. Van zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder is ongeveer de helft kwetsbaar (Gobbens, Van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010a); voor ouderen die in woonzorgcentra verblijven was dit percentage ongeveer 75% (Gobbens, Krans, De Rooij, & Van Assen, 2015). Ik heb kwetsbaarheid nooit gemeten bij bewoners van verpleeghuizen, maar ik vermoed dat zij bijna allemaal kwetsbaar zijn.

Nu heb ik al een aantal keren de woorden kwetsbaar en kwetsbaarheid gebruikt, maar ik heb nog niet uitgelegd wat ik daaronder versta. Tijdens mijn promotieonderzoek ontdekte ik dat 'frailty', dat is de Engelse term voor kwetsbaarheid, van oorsprong een medisch concept is. Dit verklaart waarom de eerste definities van kwetsbaarheid vooral inzoomen op lichamelijke problemen die ouderen kunnen hebben. Een voorbeeld van een dergelijke definitie is de definitie van de Amerikaanse arts Linda Fried en collega's. In hun visie is kwetsbaarheid een biologisch syndroom waarbij sprake is van een verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van dalingen van diverse fysiologische systemen (Fried et al., 2001). Deze conceptuele definitie hebben zij vertaald naar een operationele definitie, genaamd 'a phenotype of frailty'. Een operationele definitie omschrijft een concept in termen van waarneembare gegevens, dus hoe we een concept kunnen vaststellen. De operationele definitie van Fried en collega's bevat vijf criteria: onbedoeld gewichtsverlies, verminderd uithoudingsvermogen, inactiviteit, verminderde loopsnelheid en zwakte. In hun ogen is iemand kwetsbaar indien drie of meer van deze criteria bij hem of haar aanwezig zijn. Al deze criteria hebben echter betrekking op het lichamelijk functioneren van ouderen. Tijdens een expertmeeting in Dallas in 2006 had ik het genoegen met dr. Fried te spreken en zij vertelde me dat ze snel kan zien of iemand kwetsbaar is. En inderdaad, als je bij kwetsbaarheid alleen maar aandacht hebt voor lichamelijke problemen van ouderen, dan is dat vast heel goed mogelijk. Echter als kwetsbaarheid zo smal wordt gedefinieerd, dan zal bij de identificatie van kwetsbare ouderen alleen worden gefocust op lichamelijke verliezen en niet op hun psychische en sociale verliezen. Dit kan leiden tot fragmentatie van zorg, met een gebrek aan aandacht voor de gehele persoon (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010a; Markle-Reid & Browne, 2003).

Een integrale benadering van kwetsbaarheid

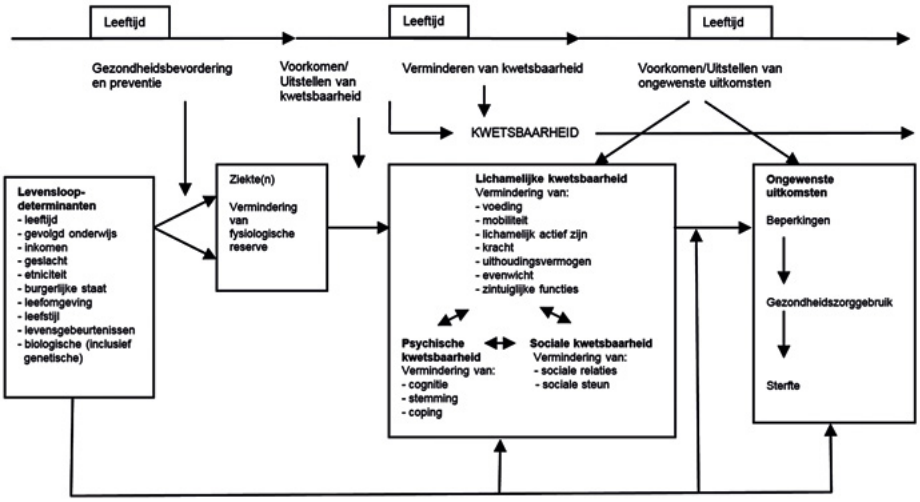
Het 'phenotype of frailty' van Fried en collega's kent veel aanhangers en is de meest geciteerde definitie van kwetsbaarheid in de wetenschappelijke literatuur. Gelukkig bekritiseren steeds meer onderzoekers deze eenzijdige focus op lichamelijke kwetsbaarheid. Op basis van literatuuronderzoek en het raadplegen van experts op het gebied van kwetsbaarheid, stelden wij deze definitie van kwetsbaarheid voor: 'Kwetsbaarheid is een dynamische toestand waarin een individu verkeert die tekorten heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal), die onder invloed van een diversiteit aan variabelen wordt veroorzaakt en die de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten vergroot.' (Gobbens, Luijkx, et al., 2010a).

Zo selecteerden we ook lichamelijke, psychische en sociale componenten van kwetsbaarheid. Componenten die verwijzen naar lichamelijke kwetsbaarheid zijn: onverklaarbaar gewichtsverlies, slecht lopen, weinig kracht in de handen, lichamelijke vermoeidheid, lichamelijke ongezondheid, gezichts- en gehoorproblemen en slecht evenwicht. Psychische kwetsbaarheid bestaat uit de componenten geheugenklachten, somberheid, nervositeit of angst en slecht omgaan met problemen (coping); sociale kwetsbaarheid omvat alleenwonend, eenzaamheid en onvoldoende sociale steun. Deze vijftien componenten vormen de kern van de Tilburg Frailty Indicator (TFI), een gevalideerde vragenlijst bedoeld om ouderen te screenen op kwetsbaarheid en die door ouderen zelf ingevuld kan worden. Recent verscheen een systematische review naar de validiteit en betrouwbaarheid van 38 frailty-instrumenten (Sutton et al., 2016). Daaruit bleek dat voor de TFI het meest robuuste bewijs beschikbaar is. De TFI is inmiddels in meerdere talen beschikbaar zoals Engels, Deens, Italiaans, Pools en Portugees (Andreasen, Sorensen, Gobbens, Lund, & Aadahl, 2014; Coelho, Santos, Paul, Gobbens, & Fernandes, 2014; Gobbens, Van Assen, et al., 2010b; Mulasso, Roppolo, Gobbens, & Rabaglietti, 2015; Santiago, Luz, Mattos, Gobbens, & Van Assen, 2013; Uchmanowicz et al., 2014). Samen met Marcel van Assen van Tilburg University werk ik nog aan diverse TFI-studies, waarin de focus wordt verschoven van het identificeren van kwetsbare ouderen naar het interveniëren bij kwetsbare ouderen. Ook het veelbelovende, internationale Sunfrail project, waar ik als adviseur bij betrokken ben, richt zich niet uitsluitend op het vaststellen van kwetsbaarheid, maar eveneens op proactieve interventies (www.sunfrail.eu).

Een integraal conceptueel model van kwetsbaarheid

De vijftien componenten van kwetsbaarheid die ik zojuist opsomde, vormen niet alleen de kern van de TFI, maar ook van het integraal conceptueel model van kwetsbaarheid (zie figuur 1) (Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010b)

Figuur 1. Een integraal conceptueel model van kwetsbaarheid (Gobbens et al., 2010b)



Het model is een specificering van het model 'A working framework in development', ontwikkeld door een groep Canadese onderzoekers (Bergman et al., 2004). Het integrale model schetst het traject van kwetsbaarheid naar ongewenste uitkomsten van kwetsbaarheid. Links in het model staan tien levensloopdeterminanten: leeftijd, gevolgd onderwijs, inkomen, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, leefomgeving, leefstijl, levens-gebeurtenissen en biologische (inclusief genetische) determinanten. Ze beïnvloeden het verloop van het verouderingsproces van de mens en of deze wordt getroffen door ziekte. Ziekte heeft een prominente plaats in het integraal model, omdat uit meerdere studies is gebleken dat verschillende ziekten zoals hartfalen, anemie en diabetes mellitus kunnen leiden tot kwetsbaarheid (Bortz, 2002; Fried et al., 2001; Morley, Haren, Rolland, & Kim, 2006; Van Oostrom & Spijkerman, 2016).

Ook van multimorbiditeit is bekend dat het samenhangt met kwetsbaarheid (Gobbens, Van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010b). Bij twee derde van Amerikaanse ouderen die fysiek kwetsbaar zijn, is ook sprake van multimorbiditeit (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, & Anderson, 2004). Echter het exacte verband tussen combinaties van chronische ziekten en het voorkomen van kwetsbaarheid is nog onvoldoende duidelijk (Bergman et al., 2007; Rodriguez-Manas et al., 2013). Centraal in het integraal model staat de lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid met de bijbehorende componenten. Tussen deze drie

domeinen van kwetsbaarheid staan pijlen. Hiermee willen we duidelijk maken dat lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid weliswaar te onderscheiden zijn, maar niet te scheiden zijn van elkaar. De aandacht moet namelijk op de gehele mens worden gericht. De drie domeinen hangen met elkaar samen, waarbij overigens de samenhang het sterkste is tussen lichamelijke kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid (Gobbens, Van Assen, et al., 2010a).

Uiterst rechts in het model staan drie ongewenste uitkomsten van kwetsbaarheid: beperkingen, gezondheidszorggebruik en sterfte. Beperkingen (in het Engels 'disability') verwijst naar het beperkt zijn in het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL). ADL-activiteiten zijn essentieel voor de directe zelfzorg van het individu, bijvoorbeeld zich volledig wassen, aan- en uitkleden en gebruik maken van het toilet. IADL-activiteiten hebben betrekking op het onafhankelijk van anderen kunnen functioneren, bijvoorbeeld een warme maaltijd klaarmaken en boodschappen doen.

> *"Interveniëren bij kwetsbare ouderen vind ik een cruciaal punt. Daar gaat het uiteindelijk om."*

Interveniëren bij kwetsbare ouderen

Met dit integraal conceptueel model van kwetsbaarheid wordt een aantal zaken beoogd. Ten eerste dient het model als basis voor het doen van wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek kan zich richten op de samenhang, en in het bijzonder de voorspellende waarde, van de levensloopdeterminanten op de brede operationele definitie van kwetsbaarheid. Ook kan onderzoek ingaan op de samenhang en voorspellende waarde van kwetsbaarheid op de genoemde ongewenste uitkomsten ervan. Ten tweede bevat het model aangrijpingspunten waarop zowel zorgprofessionals (zoals huisartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten) en welzijnsprofessionals kunnen interveniëren. De verticale pijltjes in het model duiden op de momenten dat professionals kunnen interveniëren. Met gezondheidsbevordering en preventie wordt beoogd kwetsbaarheid te voorkomen of uit te stellen. Interveniëren is ook mogelijk indien mensen al kwetsbaar zijn. Na te streven doelen zijn dan het verminderen van kwetsbaarheid en het voorkomen of uitstellen van de ongewenste uitkomsten zoals beperkingen in ADL. Interveniëren bij kwetsbare ouderen vind ik een cruciaal punt. Daar gaat het uiteindelijk om.

Later in deze rede ga ik daar nog nader op in. Maar voordat ik dat doe, wil ik stilstaan bij een ongewenste uitkomst van kwetsbaarheid die naar mijn mening niet mag ontbreken in het integraal model van kwetsbaarheid dat ik zojuist presenteerde. Ik doel op een lagere kwaliteit van leven.

4 Kwaliteit van leven

Een subjectief begrip

In tegenstelling tot kwetsbaarheid dat als begrip afkomstig is uit de medische wetenschappen, kent kwaliteit van leven zijn oorsprong in de sociale wetenschappen. Evenals bij kwetsbaarheid zijn er veel definities van. De veelvuldig geciteerde definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie luidt als volgt: kwaliteit van leven is de perceptie van een individu ten aanzien van zijn/haar positie in het leven, binnen de context van de cultuur en de waardensystemen waarin hij/zij leeft, en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses (The WHOQOL Group, 1995).

Deze definitie maakt duidelijk dat kwaliteit van leven een subjectief begrip is, waarin de evaluatie door mensen zelf van diverse domeinen van het leven centraal staat. Wanneer kwaliteit van leven in onderzoek wordt meegenomen gaat het dus om het perspectief van de doelgroep, in dit geval ouderen. De vraag is dan hoe zij zelf verschillende aspecten van hun situatie ervaren. Dit kan worden bepaald door gebruik te maken van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Voor het kwantitatief vaststellen van kwaliteit van leven van ouderen zijn diverse meetinstrumenten beschikbaar, zoals de onlangs in Nederland gevalideerde WHOQOL-OLD (Gobbens & Van Assen, 2016). Dit instrument heeft als voordeel ten opzichte van andere instrumenten die kwaliteit van leven meten, dat het specifieke domeinen bevat die voor ouderen erg relevant zijn. Denk hierbij aan autonomie, sociale participaties, activiteiten in het verleden, heden en toekomst, en dood en doodgaan. Eerdere studies toonden een samenhang aan tussen kwetsbaarheid en een lagere kwaliteit van leven van ouderen (Bilotta et al., 2010; Chang en Ottenbacher, 2009; Masel, Ostir, & Ottenbacher, 2010). Masel, Graham, Reistetter, Markides, and Ottenbacher (2009) concluderen dat de kans dat kwetsbare ouderen een lage kwaliteit van leven ervaren, tien keer groter is dan voor niet-kwetsbare ouderen.

In twee recente Nederlandse studies bleek dit niet alleen te gelden voor lichamelijke kwetsbaarheid, maar ook voor psychische en sociale kwetsbaarheid. Een cross-sectionele studie onder mensen van 65 jaar en ouder liet zien dat het verklaren van hun kwaliteit van leven verbeterde door het toevoegen van psychische en sociale kwetsbaarheid aan een model met daarin lichamelijke kwetsbaarheid, socio-demografische kenmerken en multimorbiditeit. Ouderen die aangaven te kampen met gevoelens van somberheid, scoorden significant lager op alle vier de domeinen van kwaliteit van leven: lichamelijke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en omgeving (Gobbens, Luijkx, & Van Assen, 2013). Uit een longitudinale studie onder zelfstandig wonende 75-plussers bleek ook dat somberheid en het ervaren van onvoldoende sociale steun een lagere kwaliteit van leven voorspelden, twee en vier jaar later (Gobbens & Van Assen, 2014).

Belangrijke dingen in het leven

Voor zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen (67-90 jaar) omvat kwaliteit van leven aspecten als een goede gezondheid, zich goed voelen (welzijn), sociale relaties hebben, andere mensen helpen, actief zijn en in een fijn huis in een goede buurt wonen.
Zij vinden gezondheid, welzijn en sociale contacten daarvan het belangrijkste. De focus van kwaliteit van leven verandert als mensen kwetsbaarder worden; niet-kwetsbare ouderen vinden gezondheid het belangrijkste en kwetsbare ouderen vinden sociale contacten het belangrijkste (Puts et al., 2007). Uit gesprekken die het Sociaal en Cultureel Planbureau met 21 ouderen voerde, in de leeftijd tussen 70 en 91 jaar, bleek dat ouderen het woord 'kwetsbaarheid' niet snel op zichzelf betrekken (Verhoeven, Kooiker, & Van Campen, 2011). In deze gesprekken viel verder op dat respondenten soms vertelden over dat 'ene ding waar hun leven om draait' en dat hun leven zou instorten als ze dat ene ding zouden kwijtraken. Toen de interviewer aan de heer H. de vraag stelde: wat is belangrijk in uw leven? kreeg zij het antwoord 'mijn boot':

De heer H. woont met zijn vrouw op een prachtige locatie net buiten Amsterdam: "En ik heb het daar reuze naar de zin. Als je het Noordzeekanaal hebt en je gaat daarop dan ga je de tunnel onderdoor en dan ga je nog meer naar het Noordzeekanaal en daar lig ik. Je ligt in de natuur. Schitterend. We hebben een water tegenover ons dat – geloof ik – achttien meter diep is."

Opvallend is dat de ouderen, in de gesprekken, de term kwetsbaarheid nooit noemden om hun fysieke situatie te beschrijven; wel relateerden zij kwetsbaarheid aan hun relaties met andere mensen. Eén van de ouderen zei: 'In de loop der jaren gaat je moeder dood. Je vader gaat dood. Die gaat dood. Weet je wel. Kennissen allemaal om me heen. Die wordt ziek. Die wordt ziek. En de vreugde van het leven kan ik dan niet zo goed meer zien'.

In de ogen van ouderen zijn verlies van de partner en van sociale contacten, de verharde maatschappij en het afhankelijk zijn van anderen belangrijke oorzaken van kwetsbaarheid (Verhoeven et al., 2011). Zij kijken dus anders naar kwetsbaarheid dan dat de meeste wetenschappers doen en hun aandacht gaat vooral uit naar kwaliteit van leven.

En een andere geïnterviewde, een meneer van 94 jaar, zei: "Ik voel me pas kwetsbaar als de dood nadert. Wel is het soms naar dat je minder contacten hebt dan vroeger. Ik had vroeger veel vrienden en zat overal bij. Veel mensen zijn dood, die heb ik allemaal overleefd. Weinig contacten maakt je misschien ook wel wat kwetsbaarder."

5 Interventies

Interveniëren op determinanten

De aandacht voor kwetsbare ouderen is terecht. Uit meerdere studies is namelijk gebleken dat kwetsbare ouderen een verhoogd risico lopen op beperkingen in het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen. Zij hebben een hogere kans op een ziekenhuis- of verpleeghuisopname, een vergrote kans op vroegtijdig overlijden en een lagere kwaliteit van leven. De vraag is nu wel: wat kunnen we doen aan kwetsbaarheid? Anders geformuleerd, welke interventies zijn bewezen effectief om kwetsbaarheid te voorkomen, te verminderen of ongewenste uitkomsten uit te stellen? Een spreekwoord luidt: voorkomen is beter dan genezen. Dit is zeker ook van toepassing op kwetsbaarheid. Als we kwetsbaarheid bij ouderen willen voorkomen, dan dienen we inzicht te hebben in de determinanten van kwetsbaarheid.

"Welke interventies zijn bewezen effectief om kwetsbaarheid te voorkomen, te verminderen of ongewenste uitkomsten uit te stellen?"

In het integraal conceptueel model van kwetsbaarheid presenteerde ik tien levensloopdeterminanten. Van een aantal determinanten is bekend dat ze samenhangen met kwetsbaarheid. Een hoge leeftijd hangt samen met meer kwetsbaarheid (Fried et al., 2001; Gale, Cooper, & Sayer, 2015; Song, Mitnitski, & Rockwood, 2010); vrouwen zijn vaker kwetsbaar dan mannen (Collard, Boter, Schoevers, & Oude Voshaar, 2012) en verweduwde ouderen zijn vaker kwetsbaar dan gehuwde ouderen (Runzer-Colmenares et al., 2014). Ook hangen lager onderwijs en lager maandinkomen, meestal uitgedrukt in sociaal-economische status, samen met meer kwetsbaarheid (Den Draak & Van Campen, 2011; Fried et al., 2001; Hoogendijk et al., 2014). In een recente studie toonden wij aan dat etniciteit gerelateerd is aan kwetsbaarheid (Van Assen, Pallast, Fakiri, & Gobbens, 2016). Autochtone ouderen waren minder kwetsbaar dan allochtone ouderen; Turkse ouderen hadden de hoogste score op kwetsbaarheid, gevolgd door Marokkaanse en Surinaamse ouderen. Surinaamse ouderen bleken echter wel het meest sociaal kwetsbaar te zijn. Zij ervoeren dus meer gevoelens van eenzaamheid en minder sociale steun. In het kader van preventie beoogt het lectoraat de komende tijd cultuursensitieve interventies te ontwikkelen voor zelfstandig wonende kwetsbare allochtone ouderen.

Ook ontevredenheid over de woonomgeving is gerelateerd aan kwetsbaarheid. We verzamelden data met de Senioren Barometer, een initiatief van Tranzo, Tilburg University. Vijf leefomgevingsfactoren bleken significant samen te hangen met lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid. Dit waren: tevredenheid over de woning, de bewoners van de buurt, de inrichting van de buurt, het verkeer en overlast (Gobbens & Van Assen, 2017a). Het wekt geen verbazing dat ontevredenheid van ouderen over de woonomgeving ook

gerelateerd is aan het ervaren van een lagere kwaliteit van leven (Gobbens & Van Assen, 2017b). De woning dient zo ingericht te worden dat ouderen er, ondanks hun lichamelijke kwetsbaarheid, zelfstandig kunnen blijven wonen. Een woning is bijvoorbeeld meer geschikt voor ouderen als elementaire woonfuncties zich op dezelfde verdieping bevinden. De leefomgeving van ouderen moet ook voldoende mogelijkheden bieden om sociale contacten te kunnen onderhouden, zodat sociaal isolement kan worden voorkomen. Ook moeten ouderen zich veilig kunnen voelen in de buurt waarin zij wonen. Op het terrein van interventies is de Age Friendly Communitiesbeweging vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie in opkomst. Hierin wordt getracht om een infrastructuur en voorzieningen te ontwikkelen die bijdragen aan actieve participatie, steun en waardering voor ouderen. De Gemeente Amsterdam maakt deel uit van het daaraan gerelateerde netwerk (Fitzgerald & Caro, 2014).

Leefstijl

De determinant van kwetsbaarheid die ik bewust als laatste voor het voetlicht wil brengen, is leefstijl. Leefstijl bevat namelijk, in tegenstelling tot een aantal andere determinanten van kwetsbaarheid (denk aan geslacht, leeftijd, gevolgd onderwijs), concrete punten waarop professionals preventief kunnen interveniëren. In meerdere studies is gewezen op het belang van een gezonde leefstijl om kwetsbaarheid te voorkomen (Bortz, 2002; Morley et al., 2006). Een longitudinale studie toonde bijvoorbeeld aan dat roken en overmatig alcoholgebruik kwetsbaarheid voorspelden (Strawbridge, Shema, Balfour, Higby, & Kaplan, 1998). Een andere studie liet zien dat de leefstijl van 55-64-jarige Nederlanders in 2002/2003 minder gezond was dan in 1992/1993; ze dronken en rookten meer en bewogen te weinig (Visser, Pluijm, Van der Horst, Poppelaars, & Deeg, 2005). Anno 2017 is dit beeld mogelijk anders; volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) roken de ouderen van straks minder dan de ouderen van nu, maar bewegen ze ook minder (Van Oostrom et al., 2015). Om te anticiperen op de verschillen tussen de generatie ouderen van nu en de ouderen van de toekomst, wordt generatiebewust beleid aanbevolen. Omdat bewegen samenhangt met alle domeinen van kwetsbaarheid (lichamelijk, psychisch, sociaal), wordt gemeenten ook aanbevolen om beweeginterventies voor ouderen standaard in het gemeentelijk aanbod van interventies op te nemen (Van Oostrom et al., 2015). De onderzoeksresultaten die ik zojuist de revue heb laten passeren, geven richting aan het screenen en identificeren van groepen ouderen die een verhoogd risico lopen op kwetsbaarheid en verschaffen een basis voor interventies gericht op primaire preventie. Ook zetten de resultaten aan tot het ontwikkelen van interventieprogramma's op het gebied van 'healthy ageing', die vaak al op vroegere leeftijd beginnen. Mijn lectoraat wil zich daar graag voor inspannen, in samenwerking met het lectoraat Kracht van Sport.

Interveniëren op gevolgen van kwetsbaarheid

In de afgelopen decennia zijn er wereldwijd al diverse studies uitgevoerd naar de effecten van interventies die de potentie hebben om de ongewenste uitkomsten van kwetsbaarheid te verminderen. Deze interventies richten zich op vermindering van de gevolgen van kwetsbaarheid, zoals beperkingen in ADL, afhankelijkheid van zorg, verlaging van kwaliteit van leven, en sterfte. Een gedetailleerd beeld geven van de resultaten van al deze studies is ondoenlijk. Wel zal ik de grote lijnen schetsen. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen monofactoriële interventies, dit zijn interventies die zich slechts richten op één component van kwetsbaarheid, en multifactoriële interventies. Monofactoriële interventies richten zich bijvoorbeeld uitsluitend op kracht, voeding, somberheid of eenzaamheid. Literatuuronderzoek wees uit dat bij de uitkomstmaat 'beperkingen in ADL en IADL' de interventies kunnen worden onderverdeeld in beweeginterventies, voedingsinterventies

en interventies gericht op het gebruik van hulpmiddelen, woningaanpassingen en technologieën (Daniëls, Metzelthin, Van Rossum, De Witte, & Van Den Heuvel, 2010). Beweeginterventies worden vooral aangeboden door een fysiotherapeut en kennen een grote variatie qua inhoud, duur en intensiteit. Voedingsinterventies zijn bedoeld voor ouderen met een suboptimale voedingsstatus. Ze beogen de opname van macronutriënten zoals eiwitten en koolhydraten of micronutriënten zoals vitamines en mineralen, te optimaliseren.

Zoals eerder gezegd, is gebruik maken van technologie één van de opdrachten die Hogeschool Inholland zichzelf heeft gegeven in het streven naar De Gezonde Samenleving. Bij interventies gericht op het gebruik van technologieën door ouderen, kan gedacht worden aan een bewegingsmelder of robots die ouderen helpen bij het uitvoeren van dagelijkse taken. Zo wordt bij de Zonnehuisgroep Amstelland de zorgrobot Zora ingezet bij mensen met dementie in een verpleeghuis. Acceptatie van technologie door ouderen gaat niet altijd vanzelf. Aan de hand van een model dat is ontwikkeld door Peek et al. (2016) kan er per oudere gekeken worden welke stimulerende en belemmerende factoren aanwezig zijn, om vervolgens te kijken wat je daar aan zou kunnen doen. Mijns inziens kunnen kwetsbare ouderen veel profijt hebben van informatie- en communicatietechnologie. Aangezien kwetsbaarheid een negatieve samenhang heeft met het gebruik van ICT, is het evident dat bij kwetsbare ouderen zelf moet worden nagegaan wat zij hun wensen en behoeften zijn op het gebied van ICT (Keranen et al., 2017).

Multifactoriële interventies worden meestal voorafgegaan door een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Dit is een diagnostisch proces met als doel de lichamelijke, psychische, functionele en sociale capaciteiten en problemen van een kwetsbare oudere in kaart te brengen. Het is een multidisciplinair onderzoek dat wordt uitgevoerd door een klinisch geriater, maar ook andere disciplines leveren een bijdrage. Dat zijn bijvoorbeeld een geriatrie-verpleegkundige, een maatschappelijk werker en een psycholoog. Op basis van hun bevindingen wordt een behandelplan opgesteld (Rubenstein, Siu, & Wieland, 1989). De focus van de behandeling kan sterk variëren: van interventies die zich richten op polyfarmacie en mobiliteit tot hulp bij financiële problemen en mantelzorgondersteuning.

Een preventief huisbezoek kan gezien worden als een multifactoriële interventie. Dit huisbezoek wordt vaak uitgevoerd door een verpleegkundige en bestaat, naast het inventariseren van problemen, ook uit het geven van adviezen en het doorverwijzen naar andere disciplines. In meerdere studies is gekeken naar de effecten van preventieve huisbezoeken op beperkingen in ADL en IADL, kwaliteit van leven, ziekenhuisopname en mortaliteit. De effecten bleken inconsistent te zijn en indien er effecten waren, dan waren deze klein (Elkan et al., 2001; Mayo-Wilson et al., 2014; Stuck, Egger, Hammer, Minder, & Beck, 2002).

Multifactoriële interventies passen goed bij de brede benadering van kwetsbaarheid zoals ik die eerder beschreef, omdat er wordt gekeken naar een opeenstapeling van tekorten in verschillende domeinen van het menselijk functioneren.

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)

In Nederland startte in 2008 het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) dat doorliep tot eind 2016. Het voorkómen van de negatieve gevolgen van kwetsbaarheid vormde, naast het opsporen ervan, een belangrijk thema binnen dat programma. Ruim 650 partijen op het gebied van wonen, welzijn en zorg werkten samen met ouderen in acht regionale netwerken. Het beschikbare budget was 89 miljoen euro. Het NPO is inmiddels overgedragen aan het consortium BeterOud en in 2017 is BeterOud met verschillende partijen aan de slag gegaan om de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren. Binnen het consortium zetten ouderen, professionals en organisaties zoals Movisie, Sociaal Werk Nederland en Vilans, zich samen in voor het ontwikkelen, verspreiden en toepassen van innovatieve toepassingen voor ouderen. Vanuit het NPO is hard gewerkt om een ontwikkeling in gang te zetten naar een meer proactieve ouderenzorg, waarin het accent ligt op 'ageing in place'. Dat wil zeggen dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, zelfs als ze kwetsbaar zijn. Dit is ook de wens van veel ouderen zelf (De Witte et al., 2012). Zij dienen dan ten eerste wel omgeven te worden door een goed informeel zorgnetwerk en ten tweede door een - met name ondersteunende en niet overnemende - formele community care, in de vorm van een doelmatig werkende multidisciplinaire eerstelijnszorg (Schols, 2016). Volgens Schols krijgt de zorginstelling voor langdurig verblijf in dit model enerzijds een functie op het gebied van geriatrische revalidatie en anderzijds een functie als 'last resort'.

"Uit procesevaluaties blijkt dat interventies pas succesvol zijn als we ze niet uitsluitend richten op ouderen, maar ook op zorgverleners."

Helaas heeft het NPO niet gebracht wat we allemaal wilden. Er werden geen of nauwelijks effecten aangetoond van de vaak multifactoriële interventies op beperkingen in ADL en IADL, kwaliteit van leven, zorggebruik en kosten. Daar zijn meerdere verklaringen voor te vinden. Procesevaluaties van bijvoorbeeld Zorg uit Voorzorg (Metzelthin et al., 2013) en het Zorgprogramma voor Preventie en Herstel na ziekenhuisopname (Asmus-Szepesi et al., 2015) laten respectievelijk zien dat de implementatie van het protocol ontoereikend is geweest en dat de uitvoeringsgraad van de interventies door zorgverleners lager was dan 50%. Dit werd veroorzaakt door de hoge complexiteit van de interventie en een tekortschietend multidisciplinair overleg. Daaruit kun je opmaken dat interventies pas succesvol zijn als we ze niet uitsluitend richten op ouderen, maar ook op zorgverleners (Grol & Grimshaw, 2003). Het lectoraat geeft hier invulling aan met de Leer- en InnovatieNetwerken. Later vertel ik daar meer over. Ook de keuze voor de uitkomstmaten, zoals heropnamen, kwaliteit van leven en achteruitgang in beperkingen in ADL en IADL, en de daarmee samenhangende kwantitatieve metingen, die in vele NPO-studies zijn uitgevoerd, kan kritisch worden beschouwd. Mogelijk is een andere uitkomstmaat, zoals positieve gezondheid (Huber, 2014), adequater voor het bepalen van een zorg- en ondersteuningsaanbod aan zowel zelfstandig als in een verpleeghuis wonende kwetsbare ouderen. Er moet aandacht zijn voor het versterken van veerkracht, zelfregie en health literacy (basisgezondheidsvaardigheden). Professionals moeten daarom uitgaan van de mogelijkheden van kwetsbare ouderen en de beste ondersteuning bij het inzetten van die mogelijkheden. Dit dient niet uitsluitend te gebeuren vanuit het perspectief van de zorg, maar juist vanuit - en in samenhang met - andere domeinen zoals welzijn, wonen en sport (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016).

Balansmodel

Als we de mogelijkheden van kwetsbare ouderen als uitgangspunt nemen en niet de tekorten, dan volstaan de meeste modellen van kwetsbaarheid niet meer. Een balansmodel is dan beter geschikt, omdat daarin aandacht is voor zowel de draagkracht als de draaglast van kwetsbare ouderen. De draagkracht wordt bepaald door de externe en interne hulpbronnen die een kwetsbare oudere tot zijn/haar beschikking heeft. Een voorbeeld van een externe hulpbron is de aanwezigheid van informele zorg, zoals mantelzorg en vrijwilligers.
Interne hulpbronnen zijn vaardigheden waarmee mensen hun externe hulpbronnen managen, de zogeheten zelfmanagementvaardigheden (Steverink, 2009). Momenteel werkt een internationale onderzoeksgroep van Nederlandse en Belgische onderzoekers (D-SCOPE) aan een kwetsbaarheidsbalans (http://www.d-scope.be/nl/). Door in te zetten op het realiseren van een evenwicht in de kwetsbaarheidsbalans, wordt beoogd kwetsbare ouderen in staat te stellen om sociaal te blijven participeren in de samenleving. De volgende vraag heeft hier betrekking op en wil het lectoraat de komende tijd (bij voorkeur in de vorm van een promotietraject) beantwoord zien: hoe kunnen zelfmanagementvaardigheden van zelfstandig wonende kwetsbare ouderen worden vergroot zodat hun kwaliteit van leven toeneemt?

Proactieve integrale ouderenzorg

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door een reactief karakter, dat wil zeggen dat er pas actie ondernomen wordt op het moment dat iemand klachten heeft (Drewes, De Bruin, & Baan, 2016). Dit is terug te zien in het budget voor preventie, want de bereidheid tot de bekostiging van preventie is nog steeds te gering. De kosten van preventie en de daarop volgende kostenverhogende hogere levensverwachting, kunnen ruimschoots worden goedgemaakt door de waarde van gewonnen gezondheid en kwaliteit van leven (Vuyk, Vaartjes, & Balm, 2008). De individuele behoeften van de individuele zorgvrager moeten het uitgangspunt zijn, voor zowel de inhoud als de organisatie van de zorg ten behoeve van kwetsbare ouderen. Juist doordat kwetsbare ouderen een combinatie van problemen in het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren hebben, zijn vaak meerdere disciplines bij de zorg en ondersteuning betrokken. Het gevaar is dan aanwezig van een versnipperd aanbod dat ook onvoldoende aansluit op de vraag van de kwetsbare ouderen. Optimale communicatie, complementariteit, adequate coördinatie en continuïteit van zorg zijn belangrijke ingrediënten van proactieve integrale ouderenzorg. Ze zijn nodig om kwetsbare ouderen en hun informele systeem in de eigen kracht van optimaal zelfmanagement te laten of te zetten, waarbij op basis van wederkerigheid en shared decision making alleen de echt noodzakelijke integrale formele zorg en ondersteuning geboden wordt (Schols, 2016). Classificatiesystemen zoals de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (RIVM, 2002) en het OMAHA systeem (Koster & Harmsen, 2015) kunnen zorg- en hulpverleners helpen bij het identificeren en vastleggen van aandachtsgebieden, acties en metingen van en voor ouderen. Echter, ongeacht welk classificatiesysteem wordt gehanteerd, uiteindelijk gaat het met name om het tot stand brengen van een verbinding tussen zorg- en welzijnsprofessionals bij het leveren van formele integrale zorg. Hogeschool Inholland legt daar een basis voor door studenten van zorg- en welzijnsopleidingen met elkaar te verbinden en het interprofessioneel leren expliciet vorm te geven.

6 Interprofessionele samenwerking

Als de focus ligt op zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, dan kan de verbinding tussen zorg- en welzijnsprofessionals tot stand worden gebracht in een sociaal wijkteam. Movisie spreekt over een sociaal wijkteam als een 'interdisciplinair, ambulant en proactief team van beroepskrachten vanuit onder meer gemeente, politie, opbouwwerk, woningcorporaties, maatschappelijke dienstverlening en zorg, dat op wijk- en huishoudensniveau multiproblematiek signaleert en zorgt dat kwetsbare bewoners, waaronder kwetsbare ouderen, op een passende manier geholpen worden' (http://www.movisie.nl). Samen met informele zorg zoals mantelzorgers (familie, vrienden, buren etc.) vult dit sociaal wijkteam het zorgtraject voor de individuele cliënt c.q. de oudere in. De veelheid aan kennis en ervaring van de leden van een sociaal wijkteam zorgt ervoor dat de multiproblematiek vanuit verschillende invalshoeken wordt bekeken, wat een positief effect heeft op probleemoplossend vermogen en creativiteit. Ook vullen professionals vanuit verschillende disciplines elkaar in competenties aan en kunnen zij veel van elkaar leren.

Belangrijke rol voor wijkverpleegkundige

Interprofessionele samenwerking vereist zowel inzicht in de deskundigheid van de teamleden met een andere discipline als achtergrond, als de bereidheid om de eigen activiteiten ter discussie te laten stellen. In het wijkteam worden casussen ingebracht en wordt besloten wie het aanspreekpunt voor de cliënt wordt. Regelmatig is ook een wijkverpleegkundige vertegenwoordigd in een sociaal wijkteam. Dat is echter niet overal het geval. Elke gemeente kan namelijk zelf beslissen hoe ze het sociale wijkteam vorm wil geven. Ook de zorgverzekeraar oefent daar invloed op uit. Zeker als casussen van kwetsbare ouderen in het wijkteam worden besproken, dan kan een wijkverpleegkundige niet worden gemist. In mijn optiek kan de wijkverpleegkundige immers de schakel vormen tussen enerzijds het verpleegkundig en medisch domein en anderzijds het sociaal domein. Het is dus ook essentieel dat er structureel overleg is tussen een wijkverpleegkundige en een huisarts, maar jammer genoeg is dit niet overal het geval.

Op het gebied van zorg en welzijn kan interprofessionele samenwerking ook anders georganiseerd worden. Zo heeft een samenwerkingsverband in West-Brabant, waarin onder andere meerdere zorg- en welzijnsorganisaties en een seniorenraad participeerden, de werkwijze 'Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen en Opvolging' (VKO) ontwikkeld (Keij, 2016). In deze werkwijze vormt de huisartsenzorg de basis voor de zorg aan kwetsbare ouderen. De huisarts vervult de regierol in de zorg en behandeling van kwetsbare ouderen. Samen met de

praktijkondersteuner (POH), de Specialist Ouderengeneeskunde en de wijkverpleegkundige vormt de huisarts het kernteam. Dit kernteam wordt versterkt door disciplines vanuit zorg, behandeling, wonen en welzijn.

Regie bij kwetsbare oudere

Aan de hand van dit voorbeeld heb ik duidelijk willen maken dat meerdere organisatiemodellen goede invulling kunnen geven aan interprofessionele samenwerking. In ieder geval moet deze samenwerking uiteindelijk uitmonden in een zorg- en welzijnsarrangement, waarbij de regie bij de kwetsbare oudere ligt en als dit niet mogelijk is, bij zijn of haar sociale netwerk. Mocht dat ook niet mogelijk blijken, dan moet de regie bij één van de professionals komen te liggen. De voorkeur van de cliënt en de aard van de problematiek moeten hierbij leidend zijn. Interprofessionele samenwerking moet eraan bijdragen dat zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen minder gefragmenteerd zijn en op maat geleverd kunnen worden, wat de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen waarschijnlijk ten goede komt. We weten echter nog onvoldoende of dit daadwerkelijk zo is. Het lectoraat leidt hier een onderzoeksvraag uit af, die ze graag wil beantwoorden: in hoeverre draagt de samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals bij aan zorg op maat en kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen?

7 Verpleeghuiszorg

De focus van de overheid is gericht op extramuralisering, wat wil zeggen dat ouderen zo lang mogelijk thuis dienen te blijven wonen met ondersteuning van professionals in de eerste lijn, mantelzorgers en vrijwilligers. Ouderen die voorheen in aanmerking kwamen voor verhuizing naar een verzorgingshuis, hebben die mogelijkheid niet meer omdat zij geen aanspraak kunnen maken op de Wet langdurige zorg. Omdat veel kwetsbare ouderen (nog) zelfstandig wonen, vormen zij voor het lectoraat een belangrijke groep. Uit onderzoek weten we dat kwetsbaarheid gerelateerd is aan een opname in een verpleeghuis en het lectoraat richt zich eveneens op ouderen die in een verpleeghuis wonen. Dit is weliswaar een kleinere groep, maar het betreft wel mensen die onze bijzondere aandacht nodig hebben omdat zij meestal uiterst kwetsbaar zijn.

Waardigheid en trots

Op 11 februari 2015 lanceerde Staatssecretaris Van Rijn zijn plan 'Waardigheid en Trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen', een plan gericht op het verhogen van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen (Van Rijn, 2015). Daarin benadrukt hij dat de langdurige zorg steeds complexer wordt en dat we kwetsbare ouderen die langdurige zorg nodig hebben en die van ons afhankelijk zijn de best mogelijke zorg moeten bieden. Ik citeer Van Rijn: 'Ik wil in ieder Nederlands verpleeghuis liefdevolle zorg door trotse medewerkers die bijdraagt aan een waardige oude dag. We kennen allemaal de voorbeelden waar betrokken bestuurders,

zorgverleners en gewaardeerde mantelzorgers elkaar vinden binnen de muren van een verpleeghuis. Daar ontstaat kwaliteit van zorg en dus kwaliteit van leven.' Daarna zijn nog meer initiatieven ontplooid, allen met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en daarmee ook de kwaliteit van leven van mensen die in verpleeghuizen verblijven te verhogen. Ik noem in dit verband het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2017) dat onlangs is opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland, en het manifest Scherp op Ouderenzorg dat in 2016 door Hugo Borst en Carin Gaemers is opgesteld. Daarin wordt een oproep gedaan aan alle politieke partijen om hun verantwoordelijkheid te nemen om goede verpleeghuiszorg te waarborgen. Zij zijn er in geslaagd om de politieke partijen te verenigen in het oordeel dat het noodzakelijk is dat de ouderenzorg op korte termijn wordt verbeterd.

Dialoog

Evenals bij zelfstandig wonende ouderen, moeten ook in een verpleeghuis de wensen van een kwetsbare oudere en diens sociale netwerk leidend zijn voor de zorg die zij krijgen. In een dialoog tussen professionals, bewoners en hun familieleden moet het nastreven van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven van betrokkenen het gespreksonderwerp zijn. Het zorgleefplan dient zo opgesteld te worden dat het de interventies en doelen bevat die gerelateerd zijn aan kwaliteit van leven zoals dat door de individuele oudere wordt gezien. Dit vormt de basis voor het evalueren en zo nodig bijstellen van het zorgleefplan. De Zonnehuisgroep heeft dit gedachtegoed vastgelegd in de nieuwe missie 'Hart voor kwaliteit van leven'. Hart voor kwaliteit van leven geeft aan dat medewerkers vanuit hun hart gemotiveerd cliënten liefdevol en met aandacht zorg geven. Zij vragen cliënten wat voor hen belangrijk is en bieden van daaruit de cliënt en zijn netwerk keuzes over wat de cliënt nodig heeft (Zonnehuisgroep Amstelland, 2016).

Zorg in een verpleeghuis is veelal zorg in de laatste levensfase. Indien de palliatieve fase aangebroken is (over het algemeen het moment waarop duidelijk wordt dat genezing niet meer mogelijk is), dan is het van belang dat professionals weten welke voorkeuren mensen hebben ten aanzien van zorg en behandeling. Het gaat dan bijvoorbeeld over behandelingen die mensen niet meer willen ondergaan, omdat ze hun kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Een hulpmiddel om de communicatie rond het levenseinde te structureren is Advance Care Planning. Dit is een proces waarbij de patiënt met zijn behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren voor zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt. De patiënt doet dit vooruitlopend op het moment dat hij of zij zelf niet meer in staat is om beslissingen te nemen (Ott, Van Thiel, De Ruiter, & Van Delden, 2015).

Mensen met dementie

Zoals gezegd verblijven in een verpleeghuis veel kwetsbare ouderen. Vanaf de start van het lectoraat in februari 2015 (toen nog Multimorbiditeit geheten), zijn we ons specifiek gaan richten op twee groepen kwetsbare ouderen: mensen met dementie en geriatrische revalidanten. De zorg voor mensen met dementie is complex en er is ruimte voor verbetering. Uit literatuur blijkt dat persoonsgerichte zorg bij zowel cliënten als medewerkers verbeteringen kan opleveren (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008). Bij persoonsgerichte zorg ligt de focus op de individuele voorkeuren, behoeften en waarden van de cliënt. Om dit verder gestalte te geven, hebben verpleegkundestudenten van Hogeschool Inholland een onderzoeksproject uitgevoerd naar Dementia Care Mapping. Dit is een observatiemethode waarmee in kaart kan worden gebracht welke persoonlijke ervaringen en behoeften iemand met dementie heeft. Een 'mapper' observeert en noteert wat hij ziet en bespreekt de rapportage met het zorgteam. Het team maakt op basis daarvan zelf een actieplan dat vervolgens wordt uitgevoerd. Aan de hand van dit plan wordt een veranderingsproces in gang gezet dat mensen met dementie gelukkiger kan maken (http://www.dcmnederland.nl). De Zonnehuis-groep Amstelland hanteert Dementia Care Mapping al ruim twee jaar. Deze instelling heeft er bewust voor gekozen getrainde verzorgenden de observaties te laten verrichten en hun collega's te adviseren over verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met dementie. De verpleegkundestudenten analyseerden de verzamelde observatiegegevens en deden aanbevelingen aan de praktijk. Een van die aanbevelingen is ervoor te zorgen dat mensen met dementie meer lichaamsbeweging hebben. Beweging leidt tot een beter welzijn en minder geagiteerd gedrag (Eggermont & Scherder, 2006). De resultaten van de analyse worden binnenkort gepresenteerd in een artikel, met één van de studenten als eerste auteur.

Verpleegkundestudenten voerden ook metingen uit naar kwaliteit van leven van mensen met dementie. Daarvoor gebruikten zij de Qualidem, een gevalideerde vragenlijst die door twee verzorgenden ingevuld dient te worden (Ettema, Droes, De Lange, Mellenbergh, & Ribbe, 2007). In eerder onderzoek is aangetoond dat het gebruikmaken van kunst - zoals het bekijken van kunst op een touchscreen-tablet - het welbevinden van mensen met dementie positief kan beïnvloeden (Tyack, Camic, Heron, & Hulbert, 2015). Daarom wordt momenteel in een nauwe samenwerking met het VUmc en een kunstenaar gewerkt aan een subsidieaanvraag, waarin het uitvoeren van een foto-interventie bij mensen met dementie centraal staat. In dit project gebruiken we foto's die positieve emoties uitdrukken en zijn afgestemd op persoonlijke interesses van mensen met dementie. We willen nagaan of deze foto's de communicatie met mensen met dementie bevorderen, hun kwaliteit van leven vergroten, de stemming verbeteren en sociaal gedrag doen toenemen.

Geriatrische revalidanten en sarcopenie

Een tweede doelgroep van het lectoraat binnen de verpleeghuissetting wordt gevormd door geriatrische revalidanten. Geriatrische revalidatiezorg is kortdurende, multidisciplinaire, op herstel gerichte zorg voor kwetsbare ouderen, die veelal na een operatie voor revalidatie-behandeling in een verpleeghuis worden opgenomen. De zorg richt zich op herstel van functioneren, participatie en terugkeer naar de thuissituatie. Recent toonde een studie aan dat een hogere kwetsbaarheid van geriatrische revalidanten een lager ervaren kwaliteit van leven voorspelt op het lichamelijke, psychische, sociale en omgevingsdomein, een maand na ontslag uit het verpleeghuis (Nobbe-de Graaf, Van Balen, & Gobbens, 2016).

In opdracht van het lectoraat onderzochten verpleegkundestudenten de prevalentie van kwetsbaarheid, gemeten met de Tilburg Frailty Indicator, onder geriatrische revalidanten van de Zonnehuisgroep Amstelland. Van de 136 revalidanten bleek bij opname ongeveer 80 procent kwetsbaar te zijn. Het percentage revalidanten dat lichamelijk kwetsbaar is, bedroeg bijna 83 procent. Lichamelijke kwetsbaarheid vertoont overlap met sarcopenie.

Sarcopenie verwijst naar een leeftijdsgerelateerde afname van spiermassa en spierkracht. Ouderen met sarcopenie hebben niet alleen een hoger risico op beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, hun zorggebruik en mortaliteit is ook hoger (Hirani et al., 2015; Janssen, Shepard, Katzmarzyk, & Roubenoff, 2004; Morandi et al., 2015; Saka et al., 2016). Tevens hangt sarcopenie samen met een lage kwaliteit van leven (Beaudart et al., 2015). Voor veel zorgprofessionals is sarcopenie nog een onbekende aandoening. In het najaar van 2016 heeft het lectoraat Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen een consortium opgericht met ouderenzorginstellingen (Zonnehuisgroep Amstelland, Cordaan, Amstelring), VUmc, VU, University of Melbourne, Nutricia, en twee belangenorganisaties voor ouderen (Unie KBO en ANBO). Dit consortium heeft een projectaanvraag geschreven en ingediend met als doel te interveniëren op sarcopenie bij geriatrische revalidanten. Door het aanbieden van een combinatie van een bewegings- en voedingsinterventie kunnen de negatieve gevolgen van sarcopenie worden voorkomen, en de verblijfsduur op de geriatrische revalidatieafdeling wordt verkort. Het lectoraat Kracht van Sport van Hogeschool Inholland levert een bijdrage aan dit onderzoeksproject.

Daarnaast heeft het lectoraat Gezondheid en Welzijn van Kwetsbare ouderen meegeschreven aan een subsidieaanvraag waarvan de Hogeschool Rotterdam penvoerder is. In dit project willen we een transitie bewerkstelligen en cliënten en mantelzorgers een meer centrale positie helpen innemen. We maken ze eigenaar van hun revalidatieproces door ze in staat te stellen zelf het revalidatieproces te monitoren en te beoordelen. Professionals in de geriatrische revalidatiezorg hebben daar wel aanvullende competenties voor nodig. 'Goede zorg voor revalidanten' is één van de themagroepen van het Universitair Netwerk Ouderenzorg. Dit is een samenwerkingsverband tussen de discipline ouderengeneeskunde (van de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde) van het VUmc en 21 instellingen in de ouderenzorg. Namens de Zonnehuisgroep Amstelland participeer ik in dit netwerk, en in het bijzonder in de themagroep 'Goede zorg voor revalidanten'. Deze themagroep heeft zich het afgelopen jaar verdiept in begrippen als positieve gezondheid, 'goal setting' en 'shared decision making', in de verbanden tussen deze begrippen en in het belang ervan voor de geriatrische revalidatiezorg.

8 Leer- en InnovatieNetwerk (LIN)

Krachtige leeromgeving voor medewerkers en studenten

Op initiatief van het lectoraat zijn we gestart met het creëren van een Leer- en Innovatie-Netwerk, afgekort een LIN. Niet geheel toevallig zijn we begonnen op het Zonnehuis Westwijk, een locatie waar mensen met dementie verblijven, en op de geriatrische revalidatieafdeling van het Zonnehuis Amstelveen. Een LIN is geïnspireerd op een zorginnovatiecentrum, een ZIC, waarvan Fontys de bedenker en initiator is. Het is een krachtige leeromgeving waarin medewerkers en studenten in samenwerking met elkaar het doel nastreven de zorg voor ouderen naar een nog hoger plan te tillen (Niessen & Cox, 2011). De hervorming van de langdurige ouderenzorg en de verschuiving van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) naar de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en Zvw (Zorgverzekeringswet) doen een sterk appèl op het aanpassingsvermogen van ouderenzorgorganisaties

Dit vraagt nogal wat van de medewerkers: dat zij bereid zijn te reflecteren op hun eigen praktijkvoering, dat ze open staan voor onderzoek en dat ze de zorgvraag van cliënten en hun familieleden willen expliciteren. Voor mij is het LIN met name ook een middel om onderzoek, werkveld en onderwijs te integreren. In het LIN wordt immers kennis ontwikkeld en verspreid, zodat kenniscirculatie ontstaat in de driehoek onderzoek, werkveld en onderwijs. Zo versterken we de kwaliteit van het onderwijs en zorgen we voor innovatie van de praktijk van de ouderenzorg. Ook vergroten we de professionalisering van medewerkers van zowel de ouderenzorginstelling als van docenten, verbonden aan hogescholen. Dit zijn precies de taken die je als lector hebt. Een subdoel van het werken met een LIN dat niet onbelicht mag blijven is het promoten van de ouderenzorg bij hogescholen en hbo-v studenten. Later kom ik hier nog op terug. Een LIN kan bijdragen aan het ontwikkelen van dit aanpassingsvermogen door aandacht te besteden aan systematisch en onderzoeksmatig werken, nieuwe methodes toe te passen, verschillende bronnen van evidence toe te passen en betrokkenheid van belanghebbenden te creëren.

Practice development

In een LIN werken zorgmedewerkers en hbo-v studenten van Hogeschool Inholland samen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit wordt gedaan vanuit de principes van 'practice development'. Dit is een systematische werkwijze die professionals ondersteunt in het nemen van meer verantwoordelijkheid rondom het kritisch evalueren en verbeteren van het eigen handelen. Twee principes van practice development zijn: leren waar gewerkt wordt, en het betrekken van belanghebbenden (cliënten en familieleden) (Munten et al., 2012). De begeleiding van het proces is in handen van een Lecturer Practitioner. Deze functionaris

vormt de verbindende schakel tussen alle doelgroepen, en biedt ondersteuning bij de implementatie van practice development. De Lecturer Practitioner vervult zowel een sleutelrol bij het beïnvloeden van de context waarbinnen de verandering plaatsvindt, als bij het werken met de betrokkenen om de evidence te implementeren. Een Lecturer Practitioner is een docent van Hogeschool Inholland, die gemiddeld acht uur per week aanwezig is in het LIN. De ervaring is dat een academisch opgeleide Lecturer Practitioner evidence based veranderingen kan faciliteren en tevens verpleegkundigen kan ondersteunen in hun professionalisering (Cardiff & Van Lieshout, 2006).

> *"Een LIN kan bijdragen aan het ontwikkelen van dit aanpassingsvermogen door aandacht te besteden aan systematisch en onderzoeksmatig werken, nieuwe methodes toe te passen, verschillende bronnen van evidence toe te passen en betrokkenheid van belanghebbenden te creëren."*

Een succesvol LIN moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Ik noem hier de belangrijkste. Ten eerste: binnen de gehele organisatie moet draagvlak zijn voor een LIN. Het gaat hierbij niet alleen om het hoger- en middenmanagement, maar ook om de medewerkers op de afdeling zelf. Ten tweede: er moet voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig zijn om acht tot tien hbo-v studenten te begeleiden. Ten derde: zowel studenten als medewerkers moeten in de gelegenheid worden gesteld om taken op mesoniveau uit te voeren. Het is dus bijvoorbeeld niet de bedoeling studenten alleen in te zetten op de basiszorg. Vanzelfsprekend ligt de eindverantwoordelijkheid voor de zorg- en dienstverlening vanuit een LIN bij de medewerkers en mag de kwaliteit van zorg er niet op achteruit gaan.

Inmiddels hebben we de nodige ervaring opgedaan met intramurale en extramurale LIN's. De extramurale LIN's zijn in het najaar van 2015 gestart met subsidie van ZonMw. Ze zijn geplaatst in wijkverplegingsteams van Cordaan en Evean en onderscheiden zich van de andere LIN's doordat ook het MBO er in participeert. Ik vind dat een goede ontwikkeling. De studenten van de LIN's vormen dan een betere afspiegeling van de medewerkers. In alle Leer- en InnovatieNetwerken zijn kwaliteitsprojecten uitgevoerd: van het formuleren van eisen waaraan een levensboek voor mensen met dementie dient te voldoen tot het opzetten van een structureel overleg tussen wijkverpleegkundige en huisarts. Gaandeweg worden de contouren van een gewenste LIN steeds duidelijker. In feite vereist het opzetten van een LIN maatwerk. Maatwerk is noodzakelijk omdat de groep cliënten, locatie en medewerkers erg verschillend kunnen zijn. Waarschijnlijk is de wenselijke invulling van een LIN anders voor mensen met dementie die in kleinschalige woonvormen verblijven, dan voor geriatrische revalidanten die tijdelijk verblijven op een afdeling. Essentieel is dat betrokkenen, zowel vanuit de praktijk als school, in gezamenlijkheid invulling geven aan de te behalen doelstellingen

en de werkwijze. Onze ervaringen zijn tot dusverre overwegend positief. Zo zorgt een LIN daadwerkelijk voor een betere verbinding tussen onderwijs, praktijk en onderzoek. Natuurlijk zijn er ook de nodige aandachtspunten.

Eén aandachtspunt licht ik eruit en dat betreft de inzet van de Lecturer Practitioner. Deze docent moet een echte duizendpoot zijn! Er wordt van deze docent erg veel gevraagd en het volgen van de scholing Practice Development zou voor hen op zijn plaats zijn. Deze leergang is ontwikkeld door de International Practice development Collaboration en is bestemd voor professionals die zich bezighouden met het ontwikkelen en implementeren van effectieve en persoonsgericht werkplekculturen in zorg en welzijn. Eigenlijk vind ik dat alle hogeschooldocenten Lecturer Practitioner zouden moeten zijn, met één been in het onderwijs en één been in de praktijk. Idealiter participeren zij dan ook nog in praktijkgericht onderzoek dat is geïnitieerd door een lectoraat.

Brede interesse in de LIN's

De belangstelling voor de LIN's is groot. Het afgelopen jaar hebben meerdere ouderenzorginstellingen in de regio Amsterdam en Alkmaar het lectoraat laten weten dat ze interesse hebben om ook een LIN te starten. Ook heeft het Zorgpact, een initiatief van het kabinet, het LIN opgenomen in de voorhoede van de Zorgpactbeweging. Zij vinden het LIN een goed voorbeeld van een hechtere samenwerking in de zorg en welzijn, die zich richt op de goed toegeruste zorgprofessional nu en in de toekomst (http://www.zorgpact.nl). Daarnaast zijn de intramurale LIN's ook opgenomen in het programma Ruimte voor verpleeghuizen, onderdeel van Waardigheid en trots (http://www.waardigheidentrots.nl)

9 Hooggekwalificeerd personeel in de ouderenzorg

Ouderenzorg niet in trek

Een niet onbelangrijk doel van een Leer- en InnovatieNetwerk is het promoten van de ouderenzorg onder hbo-v studenten, en dat is hard nodig. Over het algemeen vinden studenten de ouderenzorg weinig sexy en dynamisch. Werken in een ziekenhuis wordt dynamischer gevonden omdat de contacten met de patiënten daar van korte duur zijn. In een ziekenhuis gaan de patiënten meestal weer snel naar huis, terwijl in een verpleeghuis de contacten langdurig van aard zijn. Ook vinden zij de werkdruk in de ouderenzorg hoog en de complexiteit van de zorg (te) laag, volgens hen biedt de ouderenzorg te weinig uitdaging. Het beeld is nog steeds dat ze alleen maar mensen helpen bij de lichamelijke verzorging (incontinentiemateriaal verschonen, decubitus voorkomen) en ouderen helpen met wassen en aan- en uitkleden. Natuurlijk is dat zorg die geboden moet worden, maar er is zoveel meer.

Denk eens aan volwassen kinderen die psychische ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun dementerende vader of moeder. Of aan het in overleg met een psycholoog kiezen en uitvoeren van een specifieke benaderingswijze voor iemand met dementie met onbegrepen gedrag. Of aan het maken van een zorgleefplan dat daadwerkelijk de doelen bevat die de cliënt wil bereiken. Ook bestrijd ik de gedachte dat de complexiteit van de zorg voor ouderen laag is. Zeker als er sprake is van kwetsbaarheid en multimorbiditeit, dan is de zorg rondom ouderen vaak complex. Voor zorgverleners vormen zij een ingewikkelde doelgroep, omdat zij een combinatie van problemen hebben en er meerdere disciplines bij hun zorg betrokken zijn.

In dat geval staat de zorgverlening voor een dubbele opgave: ten eerste moet zij zorgen voor de samenhang en de continuïteit van de (veelal complexe) medische en verpleegkundige zorg, ten tweede heeft ze de taak verder verlies van beperkingen en afname van sociale participatie te voorkomen. Om hbo-verpleegkundigen een goed beeld te geven van de ouderenzorg, en ze meer te interesseren voor het werken in de ouderenzorg, is in 2015 de campagne 'Daar zit meer achter' gestart door Actiz en V&VN, met steun van het ministerie van VWS. De campagnewebsite (http://www.daarzitmeerachter.nl) presenteert drie interactieve films die de bezoekers van de website een inkijkje geven in het werk van de hbo-verpleegkundige in de ouderenzorg.

> *"Ik bestrijd de gedachte dat ouderenzorg niet complex is. Ouderen zijn door kwesties als kwetsbaarheid en multimorbiditeit juist een uitdagende doelgroep voor zorgverleners. De combinatie van problemen maakt dat meerdere disciplines bij hun complexe zorg betrokken zijn."*

Inzetten van hbo-verpleegkundigen

In verpleeghuizen vormen de verzorgenden de grootste groep medewerkers. Laat ik vooropstellen dat ik bij de verzorgenden veel betrokkenheid en inzet zie om kwaliteit van leven van bewoners op een zo hoog mogelijk niveau te brengen. Ik heb daar veel waardering voor. Toch acht ik het wenselijk dat er meer hbo-opgeleide verpleegkundigen gaan werken in zowel de langdurige zorg als in de wijkverpleging. Zij hoeven geen lijnfunctie te krijgen maar moeten juist participeren in het primaire proces om een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van de zorg. Zo hebben zij de mogelijkheid om de zelfmanagementvaardigheden en dus de zelfredzaamheid van ouderen te vergroten, en de informele zorg hierbij te betrekken. Om kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen verlenen aan ouderen, is de afgelopen jaren een impuls gegeven aan het opleiden en inzetten van hbo-verpleegkundigen Gerontologie-Geriatrie (hbo-vgg). Deze verpleegkundigen beschikken over specifieke kennis van

gerontologie en geriatrie, waarbij het competentieprofiel van de hbo-vgg leidend is, gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMeds). Vanuit deze kennis verlenen zij hoogcomplexe zorg, beschikken zij over een helicopterview en zijn zij in staat de kwaliteit van zorg op een hoger peil te brengen. Daarnaast gebruiken zij hun kennis voor het inhoudelijk coachen van collega's (veelal verzorgenden), voor de samenwerking met andere disciplines, en voor deskundigheidsbevordering, zoals het geven van klinische lessen (Gobbens, Huizenga, Finnema, & Goumans, 2014).

Inzetten van verpleegkundig specialisten

Ook de aanstelling van een verpleegkundig specialist kan bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg (Bloemendaal, Albers, De Kroon, & Dekker, 2009). Een verpleegkundig specialist verschilt van een hbo-verpleegkundige op het punt van klinisch redeneren, differentiaal diagnostisch denken, zelfstandig diagnoses stellen, behandelingen uitvoeren en het verrichten van voorbehouden handelingen (waaronder het voorschrijven van medicijnen), in combinatie met het verlenen van verpleegkundig specialistische zorg (Ketelaars & Buijse, 2015). Een verpleegkundig specialist werkt op het scharnierpunt van het verpleegkundig en het medisch domein. Verwacht wordt dat de herschikking van taken van arts naar de verpleegkundig specialist zal doorgaan, onder druk van de toenemende zorgvraag van kwetsbare ouderen, zowel in omvang als in mate van complexiteit (Lambregts & Grotendorst, 2012). Dit geldt zowel voor het verpleeghuis als voor de eerste lijn.

Bij het herverdelen van de taken moet het uitgangspunt zijn dat de kwaliteit van zorg gelijk blijft, of beter wordt. De handreiking 'Implementatie taakherschikking' beschrijft de stappen die bij het implementeren van de wettelijk regeling voor taakherschikking doorlopen kunnen worden (KNMG, V&VN, & NAPA, 2012). De eerste stap is bepalen om welke beroepsbeoefenaren het gaat, de tweede stap is het bepalen van de bijdrage van de verpleegkundig specialist aan het zorgproces en de derde en laatste stap is het bepalen welke voorbehouden handelingen zelfstandig geïndiceerd en verricht worden. Bovendien is een verpleegkundig specialist in staat wetenschappelijke publicaties kritisch te beoordelen en binnen de praktijk toepasbaar te maken (Lambregts & Grotendorst, 2012); daarmee vormen zij ook voor het lectoraat een interessante groep. Zij kunnen een wezenlijke bijdrage leveren aan de opdracht van het lectoraat om praktijkgericht onderzoek uit te voeren. Niet alleen omdat zij beschikken over onderzoeksvaardigheden, maar ook omdat zij goed zicht hebben op de inhoudelijke vraagstukken van de praktijk en mede kunnen zorgen voor de implementatie van nieuwe kennis en methodieken.

Het inzetten van hoger gekwalificeerd personeel in de ouderenzorg, zoals hbo-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, draagt bij aan de academisering van de ouderenzorg. Het werken in de praktijk wordt dan meer onderbouwd met evidence en de onderzoekende houding van alle medewerkers wordt vergroot. Ouderenzorginstellingen die langdurige zorg aanbieden, voldoen daarmee aan enkele belangrijke criteria om voor het Topcare-predikaat in aanmerking te komen. Dit predicaat staat voor topzorg voor mensen met complexe aandoeningen die langdurige zorg nodig hebben (http://www.topcare.nl).

Verantwoordelijkheid van ouderenzorginstellingen

Op basis van voorgaande kan gesteld worden dat het voor ouderenzorginstellingen van belang is om hoger opgeleid personeel in dienst te nemen. Voordat zij deze stap zetten, moeten zij eerst een visie hebben ontwikkeld op de inzet van dit personeel. Ook is het van belang dat investeren in hoger opgeleid personeel is opgenomen in het personeelsbeleid. Deze factoren zijn essentieel bij een goede positionering van hbo-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, en zullen een grote invloed hebben op het slagen van deze functionarissen in een instelling. Ook zijn een heldere functieomschrijving en een passende inschaling noodzakelijk. Er zijn ouderenzorginstellingen die hbo-verpleegkundigen metingen laten verrichten in het kader van verbeterprojecten en onderzoeken. Deze aanpak lijkt goed te werken, mits de hbo-verpleegkundigen door de instelling gefaciliteerd worden en zij zich gesteund voelen.

Door het creëren van Leer- en InnovatieNetwerken in de ouderenzorg tracht het lectoraat deze reeds ingezette beweging te ondersteunen. Het mes snijdt dan aan twee kanten. De instelling heeft ten eerste profijt van de onderzoeksresultaten, zeker als verpleegbeleid wordt aangepast door de resultaten van een onderzoeksproject. Daarnaast kan de hbo-verpleegkundige zich verder bekwamen in de rol van kenniswerker, en kan hij/zij zich profileren door bijvoorbeeld een artikel voor een vaktijdschrift te schrijven, of een presentatie op een congres te geven. In een Europese studie bleek bovendien dat de inzet van hbo-verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen voorkombare ziekenhuissterfte kan verminderen (Aiken et al., 2014). Het lectoraat vindt het interessant en van belang te onderzoeken of de inzet van hbo-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in een verpleeghuis - of in de eerste lijn - leidt tot positieve uitkomsten, zoals: vermindering van het aantal onnodige opnames, preventie van medicatiefouten, vermindering van valincidenten, verhoging van kwaliteit van zorg en verhoging van kwaliteit van leven.

Verantwoordelijkheid van hogescholen

Het toeleiden van meer hbo-v studenten naar de ouderenzorg is niet alleen een taak voor de ouderenzorginstellingen, maar ook van de hogescholen. Het onderwijs is gebaat bij docenten die uitdragen dat de ouderenzorg veel te bieden heeft aan hbo-v studenten. Enthousiasme bij docenten zorgt misschien wel voor meer kwantiteit, maar er zal ook voor kwaliteit gezorgd moeten worden. Met andere woorden: in het curriculum moet veel meer aandacht worden besteed aan de ouderenzorg. Studenten komen namelijk in bijna alle sectoren van de gezondheidszorg in contact met ouderen, van ziekenhuis tot psychiatrie. In 2011 meldden Schuurmans, Habes, & Strijbos nog dat de kennis van de laatstejaars verpleegkundestudenten vaak vergelijkbaar is met die van de gemiddelde Nederlander. Barrières om binnen de opleidingen meer aandacht te besteden aan gerontologie en geriatrie waren: gebrek aan interesse bij studenten, gebrek aan rolmodellen in de praktijk, een overvol curriculum en een overheersend negatief beeld van de gerontologie en geriatrie (Schuurmans et al., 2011). Daarna is de handschoen door hogescholen opgepakt. Meerdere hogescholen ontwikkelden de differentiatie hbo-verpleegkundige gerontologie-geriatrie, waarover ik het al eerder had; ze boden deze differentie in de initiële opleiding aan of positioneerden de inhoud in het contractonderwijs. Ook in de Bachelor of Nursing 2020, het nieuwe landelijke opleidingsprofiel voor de hbo-verpleegkundige, wordt ruim aandacht besteed aan ouderen (Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020, 2015). Momenteel zijn alle hogescholen druk bezig met de implementatie van dit profiel. Ik vind het van belang als lector betrokken te zijn bij de opzet en de uitvoering van dit curriculum. Ik ben überhaupt voorstander van structurele deelname van een lector aan curriculumcommissies van bachelor- en masteropleidingen.

Interprofessioneel leren

Onlangs hebben drie Lecturer Practitioners, dus docenten van Hogeschool Inholland die participeren in een Leer- en InnovatieNetwerk, in een nauwe samenwerking met de praktijk het keuzeonderwijs 'Samenwerken in de wijk' ontwikkeld. Dit keuzeonderwijs bestaat uit drie onderdelen: indicatie in de wijk, regie in de wijk en innovatie in de wijk. Bijzonder aan het onderdeel 'regie in de wijk' is dat het onderwijs tegelijkertijd wordt gegeven aan studenten van verpleegkunde en social work. Beide groepen krijgen de opdracht een wijkanalyse te maken. De studenten verpleegkunde maken een wijkanalyse vanuit verpleegkundig perspectief en de studenten social work doen dit vanuit sociaal perspectief. Vervolgens worden de wijkanalyses toegelicht en wordt besproken wat de overeenkomsten en verschillen zijn. Ook moeten de studenten van de twee opleidingen samen een multidisciplinair overleg organiseren en uitvoeren op basis van een casus. Het zijn voorbeelden hoe vanuit Hogeschool Inholland interprofessioneel leren concreet vorm krijgt, en waarin een basis wordt gelegd voor interprofessioneel samenwerken in de praktijk. Dit vraagt van beroepsbeoefenaren in zorg en welzijn dat zij kunnen werken aan goede relaties, waarin goed onderling vertrouwen aanwezig is, en dat zij in staat zijn over de grenzen van hun eigen discipline heen kunnen kijken. Dit is van belang om in gezamenlijkheid te kunnen voorzien in wensen en behoeften van kwetsbare ouderen.

Ook is het lectoraat Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen nauw betrokken bij het ontwikkelen - en met ingang van het schooljaar 2017 - 2018 uitvoeren - van het keuzevak 'Hoog complexe zorg, chronisch' bij de hbo-v. Complexiteit duidt zowel op 'case complexity' als 'patiënt complexity' (Terpstra et al., 2015). Om case complexity te bepalen wordt onder andere naar de context gekeken waarin de zorg wordt verleend. Eén van de aspecten van patiënt complexity is de mate van kwetsbaarheid: in hoeverre heeft iemand meerdere problemen op lichamelijk, psychisch en sociaal domein, die elkaar beïnvloeden? In dit keuzevak, dat hopelijk door veel studenten wordt gekozen, staat de kwetsbare patiënt centraal. Onderwerpen waaraan in dit keuzevak aandacht zal worden besteed zijn: kwetsbaarheid en zelfmanagement, mensen met dementie (Dementia Care Mapping), geriatrische revalidatiezorg, kwaliteit van leven en E-health. Ook leren studenten klinisch en ethisch redeneren in de chronische zorg, en zullen zij zich verder gaan bekwamen in 'motivational interviewing'.

Als lector houd ik mij vooral bezig met het opzetten en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek. Om de drie thema's van de driehoek (onderzoek, praktijk, onderwijs) goed met elkaar te kunnen verbinden, is naast contact met medewerkers in de praktijk van de ouderenzorg en docenten, ook contact met studenten erg belangrijk. Regelmatig ondersteun ik verpleegkundestudenten van Hogeschool Inholland bij het verrichten van onderzoeksprojecten. Daarnaast geef ik hoorcolleges over kwetsbare ouderen en verzorg ik werkcolleges over SPSS. Bij de masteropleidingen Physician Assistant en Advanced Nursing Practice begeleid ik studenten in het masterthesistraject. Recent rondde een student een studie af waarin zij de samenhang onderzocht tussen kwetsbaarheid, kwaliteit van leven en multimorbiditeit. Zij concludeerde dat er een sterke samenhang is tussen kwetsbaarheid en kwaliteit van leven, vastgesteld met de WHOQOL-OLD, bij zelfstandig wonende ouderen van 70 jaar en ouder. Een andere student heeft een studie in voorbereiding waarin zij zal nagaan welk screeningsinstrument het beste vooraf kan bepalen welke patiënten met hoofdhals-, long-, maag- of oesophaguscarcinoom een chemoradiatietraject kunnen afronden.

Tips voor gezond oud worden

Mijn lectoraat is getiteld 'Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen'. Vanzelfsprekend ligt de focus op kwetsbaarheid. In mijn rede heb ik kwetsbaarheid gedefinieerd en een aanzet gegeven hoe we zouden kunnen interveniëren op kwetsbaarheid, op het lichamelijke, psychische en sociale domein met vooral als doel kwaliteit van leven te verhogen. De komende periode zal het lectoraat zich daar op richten. Drie doelgroepen staan centraal: zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, mensen met dementie en geriatrische revalidanten. Ook wil het lectoraat interprofessioneel samenwerken en - leren ondersteunen, ervoor zorgen dat er meer Leer- en InnovatieNetwerken komen en studenten enthousiasmeren voor de ouderenzorg. Wat ik vooral hoop is dat we er in slagen kwetsbaarheid te voorkomen of ten minste uit te stellen. Daarom wil ik u, voordat ik mijn dankwoord uit ga spreken, graag nog 25 tips meegeven (https://sochicken.nl/100-jaar-oud-worden). Ze zijn gepubliceerd door Jelle Hermus, die een geweldig leven graag zo simpel mogelijk maakt.

1. Drink veel water
2. Zorg voor voldoende nachtrust
3. Ontbijt altijd
4. Zeg ja tegen knoflook
5. Fietsen is gezond
6. Eet broccoli
7. Wees niet zuinig met kruiden en specerijen
8. Investeer in je vrienden
9. Drink minder alcohol
10 Rook niet
11. Begin de dag met een koude douche
12. Let op je ademhaling
13. Beweeg minimaal 30 minuten per dag
14. Zorg dat je zo veel mogelijk lacht
15. Varieer in je voeding
16. Eet walnoten
17. Neem een hond
18. Zorg voor voldoende seks
19. Eet minder dierlijke producten
20. Eet elke dag fruit
21. Eet rustig aan
22. Drink koffie
23. Zoek een partner
24. Drink groene thee
25. Heb iets om voor te leven

Ik hoop hiermee een aanzet te hebben gegeven tot interventies die er werkelijk toe doen!

Dankwoord

Graag maak ik van de gelegenheid gebruik een dankwoord uit te spreken. Het Lectoraat Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen is ingesteld door de Hogeschool Inholland en de Zonnehuisgroep Amstelland. Mijn dank gaat uit naar het College van Bestuur van Hogeschool Inholland en naar Nelleke Vogel, bestuurder van de Zonnehuisgroep Amstelland. Nelleke, ik vind het fijn dat onze samenwerking, die in de jaren tachtig is gestart bij de Kruisvereniging Breda, een vervolg heeft gekregen. Jij bent een goed voorbeeld van een bestuurder bij wie het primaire proces centraal staat. Daarnaast ben jij ook regelmatig in de zorgpraktijk aanwezig. Ook Heleen Jumelet, directeur van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn, wil ik hartelijk bedanken voor haar inspanningen om het lectoraat in te stellen. Het lectoraat heeft nu een mooie positie gekregen om bij te dragen aan het realiseren van de opdracht van het domein om De Gezonde Samenleving te creëren. Rita van der Hem, voormalig clustermanager Nursing, en Dedan Schmidt, clustermanager Nursing ad interim, dank voor het vertrouwen in mij.

In mijn kenniskring zitten drie docenten: Marjolein Albers, Rosita Dissels en Karina Meijers. Marjolein was mijn eerste kenniskringlid. Marjolein heeft psychologie gestudeerd en heeft jarenlange ervaring als teamleider en docent bij de hbo-v. Ik heb haar leren kennen als een zeer bevlogen, inspirerende collega. Binnen de kenniskring houdt Marjolein zich bezig met de programmalijn 'mensen met dementie' en tevens is zij Lecturer Practitioner in het Leer- en InnovatieNetwerk in Westwijk. Rosita Dissels heeft sociale gerontologie gestudeerd en heeft een unieke dubbelrol: zij werkt als verzorgende en docent èn is promovendus. Haar promotieonderzoek richt zich op sociale uitsluiting onder ouderen en de gevolgen daarvan voor hun gezondheid. Binnen het lectoraat treft zij de voorbereidingen voor het onderzoek 'Welbevinden en veerkracht vanuit het perspectief van ouderen als uitgangspunt bij de zorgverlening'. Karina Meijers is opgeleid als verpleegkundig specialist bij de Hogeschool Rotterdam. Ik heb haar toen onderwijs mogen geven op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Karina heeft de ambitie te promoveren en dat promotieonderzoek zal als thema hebben 'Sarcopenie binnen de geriatrische revalidatiezorg'. Marjolein, Rosita en Karina, ik wil jullie bedanken voor de mooie bijdrage die jullie tot dusverre hebben geleverd binnen het lectoraat. We zijn nog klein, maar wel dapper!

Het lectoraat Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen maakt deel uit van de onderzoeksgroep Gezondheid en Zelfmanagement met daarin de lectoren Berno van Meijel, Harmen Bijwaard en Marije Baart de la Faille. Berno, Harmen en Marije, ik ben dankbaar dat ik met jullie mag samenwerken. Onlangs heeft onze samenwerking geleid tot een strategische agenda voor de jaren 2017 tot 2022. Ik zie het ook als een uitdaging om in de komende jaren met elkaar meer strategisch te bekijken op welke gebieden we projecten willen binnenhalen. Ik ben ook van mening dat we, door stevig in te zetten op eHealth, een goede uitgangs-positiekunnen creëren om de komende jaren een bijdrage te leveren aan de inzet van digitalisering voor gezondheid, onder andere ten behoeve van kwetsbare ouderen.

Ook met de lectoren van de onderzoeksgroep Welzijn en Empowerment werk ik op een prettige manier samen. Dank daarvoor. Met Guido Walraven participeer ik in de werkgroep interprofessioneel leren, die als opdracht heeft een visie en basisconcepten te maken, die richting geven aan de uitwerking van interprofessioneel leren in de opleidingen en onderzoeksprogramma's van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn. Ard Sprinkhuizen heeft ervoor gezorgd dat mijn lectoraat deel uit maakt van het Kennisplatform Sociaal Domein Noord-Holland, dat eind 2016 werd gelanceerd. Dit platform verbindt kennisorganisaties, gemeenten, instellingen, netwerken en andere betrokkenen in het sociaal domein. Carla Kolner is programmamanager van het platform en zij combineert dat met een promotieonderzoek naar vroegsignalering en preventie door sociale wijkteams. Carla, dank dat ik je interne begeleider mag zijn.

Het lectoraat wordt ondersteund door een programmaraad die op inspirerende wijze wordt voorgezeten door Henk Nies. In deze programmaraad hebben verder zitting: Marleen Goumans, Robbert Huijsman, Andrea Maier, Cees Hertogh, Paul van Houten, Berno van Meijel en Sandra Zwakhalen. Dank voor alle adviezen die jullie de afgelopen twee jaar hebben gegeven, en het feit dat ik tussendoor met vragen bij jullie terecht kon. Ik hoop nog lang van jullie wijsheden te kunnen genieten. Een speciaal woord van dank voor Marleen Goumans. Jij hebt mij immers eind 2014 geattendeerd op de vacature voor associate lector multimorbiditeit. Zonder jou had ik hier mogelijkerwijs nu niet gestaan.

Mijn collega's en kamergenoten van de Zonnehuisgroep Amstelland, Petra van Werkhoven, Inge Meily en Annelijn van der Slikke, dank voor jullie collegialiteit. Ik bewonder jullie inzet en gedrevenheid om met beperkte middelen de kwaliteit van zorg en daarmee ook de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen op een hoger niveau te brengen. Het lectoraat wordt op bijzonder prettige en kundige wijze ondersteund door Marjan Brouwer, Ineke de Vries en Sonja Blokzijl. Dank daarvoor.

Een dankwoord aan Jos Schols, Ria Wijnen, Katrien Luijkx en Marcel van Assen is zeker ook op zijn plaats. De interesse voor kwetsbare ouderen had ik al. Jullie hebben mij tijdens mijn promotieonderzoek op voortreffelijke wijze wegwijs gemaakt in de wereld van de wetenschap. De basis voor mijn lectoraat Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen is mede door jullie gelegd. Dank.

Tot slot wil ik natuurlijk mijn familie en vrienden bedanken en in het bijzonder mijn gezin. Marianne, dank voor de ruimte die je mij geeft om mezelf verder te ontplooien. Isabella, Charlotte, Rebecca en Benjamin, het is prachtig om te zien hoe jullie je ontwikkelen. Daar geniet ik echt van!

Robbert
Amsterdam, 24 mei 2017

Referenties

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet, 383(9931), 1824-1830.

Andreasen, J., Sorensen, E. E., Gobbens, R. J., Lund, H., & Aadahl, M. (2014). Danish version of the Tilburg Frailty Indicator - Translation, cross-cultural adaption and validity pretest by cognitive interviewing. Arch Gerontol Geriatr, 59(1), 32-38.

Asmus-Szepesi, K. J., Flinterman, L. E., Koopmanschap, M. A., Nieboer, A. P., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Steyerberg, E. W. (2015). Evaluation of the Prevention and Reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. Clin Interv Aging, 10, 649-661.

Bakker, J. H., & le Grand-van den Bogaard, M. J. M. (1988). Verpleegkundig beroepsprofiel. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Beaudart, C., Reginster, J. Y., Petermans, J., Gillain, S., Quabron, A., Locquet, M., . . . Bruyere, O. (2015). Quality of life and physical components linked to sarcopenia: The SarcoPhAge study. Exp Gerontol, 69, 103-110.

Bergman, H., Béland, F., Karunananthan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). English translation of article published in 'Gérontologie et société'. Dévelopment d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. Gérontologie et société, 109, 15-29.

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunananthan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 62(7), 731-737.

Bilotta, C., Bowling, A., Case, A., Nicolini, P., Mauri, S., Castelli, M., & Vergani, C. (2010). Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. Health Qual Life Outcomes, 8, 56.

Bloemendaal, I., Albers, D., De Kroon, S., & Dekker, A. (2009). Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis. Utrecht: Prismant.

Bortz, W. M., 2nd. (2002). A conceptual framework of frailty: a review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 57(5), M283-288.

Cardiff, S., & Van Lieshout, F. (2006). De Lecturer Practitioner. Overbrugger van de theorie-praktijk kloof? TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 116(4), 12-19.

Chang, Y. W., Chen, W. L., Lin, F. G., Fang, W. H., Yen, M. Y., Hsieh, C. C., & Kao, T. W. (2012). Frailty and its impact on health-related quality of life: a cross-sectional study on elder community-dwelling preventive health service users. PLoS One, 7(5), e38079.

Coelho, T., Santos, R., Paul, C., Gobbens, R. J., & Fernandes, L. (2014). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. Geriatr Gerontol Int, 15(8), 951-960.

Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc, 60(8), 1487-1492.

Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Daniëls, R., Metzelthin, S., Van Rossum, E., De Witte, L., & Van Den Heuvel, W. (2010). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. Eur J Age, 7(1), 37-55.

De Witte, N., Smetcoren, A.-S., De Donder, L., Dury, S., Buffel, T., Kardol, T., & Verté, D. (2012). Een huis! Een thuis! Over ouderen en wonen. Brugge: Vanden Broele.

Den Draak, M., & Van Campen, C. (2011). Kwetsbare ouderen in Nederland. In C. Van Campen (Ed.), Kwetsbare ouderen (pp. 51-65): Sociaal en Cultureel Planbureau.

Drewes, H., De Bruin, S., & Baan, C. (2016). Samenwerking en afstemming in de zorg voor kwetsbare ouderen (theorie). In E. S. Van der Ploeg & R. J. J. Gobbens (Eds.), Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen (pp. 155-171). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. Lancet Neurol, 7(4), 362-367.

Eggermont, L. H., & Scherder, E. J. (2006). Physical activity and behaviour in dementia: a review of the literature and implications for psychosocial intervention in primary care. Dementia, 5(3), 411-428.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., . . . Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. Bmj, 323(7315), 719-725.

Ettema, T. P., Droes, R. M., De Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. Int J Geriatr Psychiatry, 22(6), 549-556.

Fitzgerald, K. G., & Caro, F. G. (2014). An overview of age-friendly cities and communities around the world. J Aging Soc Policy, 26(1-2), 1-18.

Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59(3), 255-263.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 56(3), M146-156.

Gale, C. R., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2015). Prevalence of frailty and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Age Ageing, 44(1), 162-165.

Gobbens, R. (2005) Empowerment van ouderen met een chronische ziekte. In R. Wijnen, 'Van oude lieden en beelden die voorbijgaan…' Beelden over ouder worden en leeftijd en de consequenties voor wonen, welzijn en zorg (pp. 32-38). Breda: Avans Hogeschool.

Gobbens, R., Krans, A., De Rooij, I., & Van Assen, M. A. L. M. (2015). Fragiele ouderen in woonzorgcentra. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 40 (6).

Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., & Van Assen, M. A. (2013). Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. Qual Life Res, 22(8), 2051-2061.

Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010a). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. Nurs Outlook, 58(2), 76-86.

Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010b). Towards an integral conceptual model of frailty. J Nutr Health Aging, 14(3), 175-181.

Gobbens, R. J., & Van Assen, M. A. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. Qual Life Res, 23(8), 2289-2300.

Gobbens, R. J., & Van Assen, M. A. (2016). Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. Health Qual Life Outcomes, 14(1), 103.

Gobbens, R. J., Van Assen, M. A., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010a). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc, 11(5), 344-355.

Gobbens, R. J., Van Assen, M. A., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010b). Determinants of frailty. J Am Med Dir Assoc, 11(5), 356-364.

Gobbens, R., & Van Assen, M. A. L. M. (2017a). Kwetsbaarheid van ouderen: de invloed van leefomgevingsfactoren. Geron, 19(1), 44-47.

Gobbens, R., & Van Assen, M. A. L. M. (2017b). Associations of environmental factors with quality of life in older adults. Gerontologist, Accepted for publication

Gobbens, R. J. J., Huizenga, P., Finnema, E. J., & Goumans, M. J. B. M. (2014). HBO-Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie.

Een relevante actor in de toekomstige gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet, 362(9391), 1225-1230.

Hirani, V., Blyth, F., Naganathan, V., Le Couteur, D. G., Seibel, M. J., Waite, L. M., . . . Cumming, R. G. (2015). Sarcopenia Is Associated With Incident Disability, Institutionalization, and Mortality in Community-Dwelling Older Men: The Concord Health and Ageing in Men Project. J Am Med Dir Assoc, 16(7), 607-613.

Hogeschool Inholland. (2015). De Gezonde Samenleving. Inspiratievisie Domein Gezondheid, Sport en Welzijn. Amsterdam: Hogeschool Inholland.

Hoogendijk, E. O., Van Hout, H. P., Heymans, M. W., Van Der Horst, H. E., Frijters, D. H., Broese van Groenou, M. I., . . . Huisman, M. (2014). Explaining the association between educational level and frailty in older adults: results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. Ann Epidemiol, 24(7), 538-544.e532.

Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food (proefschrift). Enschede: Ipskamp Drukkers.

Janssen, I., Shepard, D. S., Katzmarzyk, P. T., & Roubenoff, R. (2004). The healthcare costs of sarcopenia in the United States. J Am Geriatr Soc, 52(1), 80-85.

Keij, A. (2016). Vroegsignalering kwetsbare ouderen (praktijk). In E. S. Van der Ploeg & R. J. J. Gobbens (Eds.), Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen (pp. 129-141). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Keranen, N. S., Kangas, M., Immonen, M., Simila, H., Enwald, H., Korpelainen, R., & Jamsa, T. (2017). Use of Information and Communication Technologies Among Older People With and Without Frailty: A Population-Based Survey. J Med Internet Res, 19(2), e29.

Ketelaars, C., & Buijse, R. (2015). De behandelbevoegdheid van de verpleegkundig specialist. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 40(3).

KNMG, V&VN, & NAPA. (2012). Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken. Utrecht.

Koster, N., & Harmsen, J. (2015). Het Omaha System. Een introductie. Utrecht: Vilans.

Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Adv Nurs, 44(1), 58-68.

Masel, M. C., Graham, J. E., Reistetter, T. A., Markides, K. S., & Ottenbacher, K. J. (2009). Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. Health Qual Life Outcomes, 7, 70.

Masel, M. C., Ostir, G. V., & Ottenbacher, K. J. (2010). Frailty, mortality, and health-related quality of life in older Mexican Americans. J Am Geriatr Soc, 58(11), 2149-2153.

Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. PLoS One, 9(3), e89257.

Metzelthin, S. F., Daniels, R., Van Rossum, E., Cox, K., Habets, H., De Witte, L. P., & Kempen, G. I. (2013). A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. Int J Nurs Stud, 50(9), 1184-1196.

Morandi, A., Onder, G., Fodri, L., Sanniti, A., Schnelle, J., Simmons, S., . . . Bellelli, G. (2015). The Association Between the Probability of

Sarcopenia and Functional Outcomes in Older Patients Undergoing In-Hospital Rehabilitation. J Am Med Dir Assoc, 16(11), 951-956.

Morley, J. E., Haren, M. T., Rolland, Y., & Kim, M. J. (2006). Frailty. Med Clin North Am, 90(5), 837-847.

Mulasso, A., Roppolo, M., Gobbens, R. J., & Rabaglietti, E. (2015). The Italian Version of the Tilburg Frailty Indicator: Analysis of Psychometric Properties. Res Aging, 38(8), 842-863.

Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J., & Harps-Timmerman, A. (2012). Practice development. Den Haag: Lemma.

Niessen, T., & Cox, K. (2011). Innoverend leren in het ZorgInnovatieCentrum. Het creëren van ruimte voor vernieuwing. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Nobbe-de Graaf, K., Van Balen, R., & Gobbens, R. J. J. (2016). Kwetsbaarheid in de geriatrische revalidatie. De Verpleegkundig Specialist, 11, 10-16.

Ott, B., Van Thiel, G. J. M. W., De Ruiter, C. M., & Van Delden, J. J. M. (2015). Kwetsbare ouderen en advance care planning. Wanneer beginnen? Ned Tijdschr Geneeskd, 159, A8295.

Peek, S. T., Luijkx, K. G., Rijnaard, M. D., Nieboer, M. E., van der Voort, C. S., Aarts, S., . . . Wouters, E. J. (2016). Older Adults' Reasons for Using Technology while Aging in Place. Gerontology, 62(2), 226-237.

Pel-Littel, R., Vlek, H., & Driessen, S. (2012). Guided care bij multimorbiditeit: niet de ziekte maar de mens centraal! Kwaliteit in zorg, (1), 30-34.

Puts, M. T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P., & Deeg, D. J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? Qual Life Res, 16(2), 263-277.

RIVM. (2002). Internationale classificatie van het menselijk functioneren. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Rodriguez-Manas, L., Feart, C., Mann, G., Vina, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., . . . Vega, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 68(1), 62-67.

Rubenstein, L. Z., Siu, A. L., & Wieland, D. (1989). Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. Aging (Milano), 1(2), 87-98.

Runzer-Colmenares, F. M., Samper-Ternent, R., Al Snih, S., Ottenbacher, K. J., Parodi, J. F., & Wong, R. (2014). Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. Arch Gerontol Geriatr, 58(1), 69-73.

Saka, B., Ozkaya, H., Karisik, E., Akin, S., Akpinar, T. S., Tufan, F., . . . Karan, M. A. (2016). Malnutrition and sarcopenia are associated with increased mortality rate in nursing home residents: A prospective study. European Geriatric Medicine, 7, 232-238.

Santiago, L. M., Luz, L. L., Mattos, I. E., Gobbens, R. J., & van Assen, M. A. (2013). Psychometric properties of the Brazilian version of the Tilburg frailty indicator (TFI). Arch Gerontol Geriatr, 57(1), 39-45.

Schols, J. M. G. A. (2016). Samenwerken in wijk en buurt; een lonkend perspectief op weg naar een duurzame proactieve ouderenzorg. In E. S. Van der Ploeg & R. J. J. Gobbens (Eds.), Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen (pp. V-VII). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schuurmans, M. J., Habes, V., & Strijbos, M. J. (2011). Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkunde opleidingen in Nederland. Beleidsrapport ZonMw.

Song, X., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2010). Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. J Am Geriatr Soc, 58(4), 681-687.

Steverink, N. (2009). [Happy and healthy aging: well-being, resources and self-management abilities]. Tijdschr Gerontol Geriatr, 40(6), 244-252.

Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Balfour, J. L., Higby, H. R., & Kaplan, G. A. (1998). Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 53(1), S9-16.

Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. Jama, 287(8), 1022-1028.

Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020. (2015). Bachelor of Nursing 2020 4.0. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel. Utrecht: Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde.

Terpstra, D., Van den Berg, A., Van Mierlo, C., Zijlstra, H., Landman, J., Schuurmans, M., & Kempff, M. (2015). Toekomstige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med, 41(10), 1403-1409.

Tyack, C., Camic, P. M., Heron, M. J., & Hulbert, S. (2015). Viewing Art on a Tablet Computer: A Well-Being Intervention for People With Dementia and Their Caregivers. J Appl Gerontol. doi: 10.1177/0733464815617287

Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Loboz-Rudnicka, M., Manulik, S., Loboz-Grudzien, K., & Gobbens, R. J. (2014). Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg Frailty Indicator for optimizing care of Polish patients with frailty syndrome. Clin Interv Aging, 9, 997-1001.

Van Assen, M. A., Pallast, E., Fakiri, F. E., & Gobbens, R. J. (2016). Measuring frailty in Dutch community-dwelling older people: Reference values of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). Arch Gerontol Geriatr, 67, 120-129.

Van Campen, C., Ras, M., & Den Draak, M. (2011). Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030. In C. Van Campen (Ed.), Kwetsbare ouderen (pp. 69-81. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van Oostrom, S., & Spijkerman, A. (2016). Ouderen van nu en straks. Deel 2: een terugblik voor kwetsbaarheid en de samenhang met multimorbiditeit. Bilthoven: Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieu.

Van Oostrom, S., Van der A, D., Picavet, S., Rietman, L., De Bruin, S., & Spijkerman, A. (2015). Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? Bilthoven: Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieu.

Van Rijn, M. (2015). Met waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. . Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Verhoeven, A., Kooiker, S., & Van Campen, J. (2011). Perspectieven van ouderen op kwetsbaarheid en kwaliteit van leven. In C. Van Campen (Ed.), Kwetsbare ouderen (pp. 25-36). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Visser, M., Pluijm, S. M., van der Horst, M. H., Poppelaars, J. L., & Deeg, D. J. (2005). [Lifestyle of Dutch people aged 55-64 years less healthy in 2002/'03 than in 1992/'93]. Ned Tijdschr Geneeskd, 149(53), 2973-2978.

Vuyk, H. D., Vaartjes, M., & Balm, A. J. M. (2008). Is voorkomen niet beter dan genezen? Ned Tijdschr KNO-Heelk, 14(1), 5-6.

Wijnen-Sponselee, R. (2005). 'Van oude lieden en beelden die voorbijgaan…' Beelden over ouder worden en leeftijd en de consequenties voor wonen, welzijn en zorg (lectorale rede). Breda: Avans Hogeschool.

Zorginstituut Nederland. (2017). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zonnehuisgroep Amstelland. (2016). Meerjaren beleidsplan 2016-2018. Versie 8 april 2016. Amstelveen:ZHGA.

Curriculum vitae

Robbert Gobbens (1963) studeerde in 1985 af als verpleegkundige aan de hbo-v in Eindhoven. Nadat hij zijn militaire diensttijd als verpleegkundige had doorgebracht in het revalidatiecentrum in Doorn, begon hij in 1986 als wijkverpleegkundige bij de Kruisvereniging Breda. Daar kwam hij veelvuldig in contact met de doelgroep van zijn lectoraat, kwetsbare ouderen. In 1993 studeerde Robbert af als gezondheidswetenschapper en enkele jaren daarna maakte hij de overstap van de zorg naar het onderwijs.

Van 1997 tot 2009 werkte hij als docent bij de hbo-v van de Hogeschool Brabant en vervolgens tot 2015 als coördinator van de opleiding Master of Advanced Nursing Practice en Senior Onderzoeker van het Lectoraat Samenhang in de ouderenzorg bij de Hogeschool Rotterdam. Vanaf 2015 werkt Robbert bij de Hogeschool Inholland en de Zonnehuishuisgroep Amstelland, eerst als associate lector multimorbiditeit en nu als lector gezondheid en welzijn van kwetsbare ouderen.

In 2010 promoveerde Robbert aan Tilburg University op het proefschrift 'Frail elderly. Towards an integral approach'. In zijn studie ontwikkelde hij een integrale definitie en een conceptueel model van kwetsbaarheid. Dit vormde de basis van de Tilburg Frailty Indicator (TFI), een instrument waarmee kwetsbare ouderen kunnen worden geïdentificeerd. Dit is van groot belang om onnodig verlies van kwaliteit van leven bij ouderen te voorkomen en tijdig preventief te kunnen interveniëren.

Robbert is getrouwd met Marianne, die als ziekenverzorgende werkzaam is en de zorg heeft voor dementerende mensen die in een kleinschalige woonvorm verblijven. Robbert en Marianne hebben vier kinderen: Isabella, Charlotte, Rebecca en Benjamin.

Gezondheid en Welzijn van kwetsbare ouderen. Op weg naar interventies die er werkelijk toe doen! van Robbert Gobbens is in licentie gegeven volgens een Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie

2017 Hogeschool Inholland

ISBN: 978-90-77812-56-3