

# Over complexiteit en de verhalen die verteld moeten worden

Afscheidsrede prof. dr. Raymond Koopmans



Nijmegen, 2024  
prof. dr. Raymond Koopmans

De rede is in zijn geheel uitgesproken ter gelegenheid van het emeritaat van prof. dr. Raymond Koopmans, hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, aan de Radboud Universiteit op 20 september 2024 te Nijmegen.



### Over complexiteit en de verhalen die verteld moeten worden

Prof. dr. Raymond Koopmans

De afscheidsrede is online te vinden via de website van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON): <https://www.ukonnetwerk.nl/actueel/afschheidsrede-prof-dr-raymond-koopmans/>

© 2024, 1e versie, UKON, Nijmegen

Teksten en afbeeldingen uit de rede dienen niet voor andere doeleinden te worden gebruikt, gereproduceerd, of verspreid zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

### Contactgegevens Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen

Website: [www.ukonnetwerk.nl](http://www.ukonnetwerk.nl)

E-mailadres: [ukon.elg@radboudumc.nl](mailto:ukon.elg@radboudumc.nl)

### Over complexiteit en de verhalen die verteld moeten worden!

Vandaag sta ik hier na bijna 40 jaar te hebben gewerkt in de ouderenzorg. Ik neem u de komende 45 minuten mee in een reis door de tijd. Zeg maar een 'back to the future journey', waarin verleden heden en ook de toekomst elkaar zullen afwisselen. Ik zal daarin laten zien wat er is veranderd in die jaren waarbij ik mijn eigen ervaringen als uitgangspunt kies. Rode draad is het thema complexiteit.

'De toekomst is grijs' heet een recent TV-programma en podcast-serie en in dat kader ga ik ook in op de vraag of het Specialisme Ouderengeneeskunde nog toekomst heeft. Wat mij betreft heeft ons prachtige vak wel degelijk juist dé toekomst, en het mooie is dat we die zelf in de hand hebben.

In 1985 mocht ik mijn artsenbul in ontvangst nemen en nog geen dag later was er een dappere dokter die het lef had mij als erkend gewetensbezwaarde, zeg maar dienstweigeraar, te werk te stellen. Die dokter heette Ine Cox, destijds medisch directeur van verpleeghuis Margriet in Nijmegen. Zij gaf mij wel een belangrijke boodschap mee, ik citeer:



Logo TV-programma 'De toekomst is grijs'

“Raymond, je moet hier naast de patiëntenzorg wel wat anders gaan doen, want anders verwen je de patiënten te veel en dat is dan lastig als ik weer terug ben” - Ine Cox

Zo begonnen mijn eerste schreden op het pad van de wetenschap samen met Prof. Frank Gribnau van het Radboud ziekenhuis. Frank Gribnau was een naaste collega van mijn broer Peter Koopmans, die als internist in het Radboud ziekenhuis werkte en helaas veel te vroeg is overleden. Het onderzoek ging over het stoppen van plastabletten, omdat we wisten dat die vaak onnodig worden voorgeschreven aan ouderen. Je zou kunnen zeggen dat dit een vroege versie van een medicatie-beoordeling was waarbij een STOPP-criterium werd toegepast.

Verpleeghuis Margriet was haar tijd ver vooruit. Naasten werden veel betrokken bij de zorg en er was sprake van wat in 2005 in een rapport 'Hospitality Care' werd genoemd. Welbevinden stond hoog in het vaandel, het eten was van een drie-sterren kwaliteit en ook als dokter werkte ik volop mee aan het bevorderen van het welbevinden van de bewoners, zeg maar toch een beetje verwezen.

Ik herken me overigens niet in het in de ouderenzorg vaak bekritiseerde 'medisch model'. Deze polarisatie tussen het denken vanuit welbevinden enerzijds en biomedisch denken anderzijds helpt niet om met zijn allen een toekomstvisie op de ouderenzorg te ontwikkelen. Specialisten Ouderengeneeskunde zijn holistisch denkende dokters en geen orgaan-specialisten. In ons beroepsprofiel staat dan ook het behoud van kwaliteit van leven voorop. Leven aan de dagen toevoegen in plaats van dagen aan het leven is het devies van deze dokters. Ik ben een aanhanger van het biopsychosociale model of positieve gezondheid zo u wil. Ik heb dat ook in 2008 betoogd in het Medisch Contact bij de start van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het artikel kreeg de treffende titel 'Heel de Oudere'. Ik hield daarin een pleidooi voor een paradigmaverandering:



Medisch model?

*"We moeten van een ziektegerichte benadering naar een persoonsgerichte benadering" - prof. dr. Raymond Koopmans*

Die visie heb ik nog steeds.

In 1987 begon ik in Joachim en Anna, destijds een verpleeghuis waar 250 mensen met een dementie woonden. Daar werkten wat ik nu 'next level dokters' zou noemen. Marie-Anne Bogaers, Piet van Kalmthout en Marianne van den Bogaard, mijn voorgangster. Die dokters werkten samen met neurologen van het Radboud ziekenhuis die in Joachim en Anna de meeste bizarre neurologische fenomenen konden waarnemen.

Ziektebeelden die zij zelf in hun praktijk immers niet meer zagen, omdat de meeste ziekenhuisdokters de latere stadia van veel chronische ziekten uit het oog verliezen. Zij zijn dan zogenaamd uitbehandeld en dan pas begint het voor ons professionals in de ouderenzorg. Zo schreven in die tijd geneeskundestudenten een scriptie over primitieve reflexen bij mensen met een dementie of over de kracht van muziek waarbij we toen al zagen dat het geheugen voor teksten en klanken van de bekende liederen vaak heel lang behouden blijft. Lees ook het prachtige boek van Oliver Sacks: Musicophilia.

Ik ben zelf een enorme muziek liefhebber en uit recent onderzoek weten we dat muziek een positief effect heeft op stress en een sombere stemming bij ouderen.

Baanbrekend voor die tijd was het werk op het gebied van rustgevende medicijnen, psychofarmaca. Vanuit een fundamentele benadering van receptor bindingsprofielen, ontstond zeg maar de eerste richtlijn over antipsychotica bij probleemgedrag bij dementie. Het psychofarmacagebruik heeft mij gedurende mijn carrière niet meer losgelaten. Vanaf het moment dat wij aantoonde dat met name antipsychotica wel heel veel en ook niet passend worden voorgeschreven, hebben wij daar meerdere onderzoeken naar gedaan. Extra reden om vol in te zetten op psychosociale interventies.

Ik zal trouwens twee dingen uit die tijd niet vergeten namelijk dat Marie-Anne Bogaers tegen me zei ik citeer:

*"Raymond, jij gaat hier promoveren, he!" - Marie-Anne Bogaers*

En op mijn eerste werkdag toen ik rondgeleid werd door mijn voorgangster over de bijzonder naargeestige gangen van afdeling B2, een afdeling voor verplegingsbehoefte demente bejaarden zoals dat toen genoemd werd, met links en rechts vier-persoons zalen waarin mensen permanent op bed lagen, naar het plafond lagen te staren, en die soms onder dwang met de letterlijke kneepjes van de hoofdzuster werden gevoed. Ik citeer mijn voorgangster:

*"Raymond, het is veterinaire geneeskunde hier!" - Marianne van den Boogaard*

Diergeneeskunde dus, hoe anders is dit anno 2024? Gelukkig maar!

Dus ik startte samen met psycholoog John Ekkerink met een voor die tijd uniek promotieproject. Zeg maar het ideale biopsychosociale koppel dat voor het eerst het beloop van dementie bij mensen wonende in een verpleeghuis in kaart bracht. In de praktijk was ik geïntrigeerd door het verschil in beloop van de dementie zelfs bij mensen die dezelfde onderliggende ziekte hebben. Dus hoe bijzonder was het dat die dokters ook samenwerkten met de afdeling neuro-anatomie en lijkschouwingen lieten verrichten. Dat was dan gelijk ook het eerste hoofdstuk van mijn proefschrift, een klinische les met drie bij lijkschouwing aangetoonde bewoners met de ziekte van Alzheimer. Ik noemde het een 'ziekte met meerdere gezichten', later ook de titel van het prachtige boek 'Gezichten van dementie' van voormalig nieuwslezer Gijs Wanders. Inmiddels weten we dat er binnen de ziekte van Alzheimer meerdere subtypen zijn.

In die tijd maakte ik ook een uitstapje naar een inmiddels zeer controversieel onderwerp namelijk beschermende maatregelen, nu vrijheidsbeperkende maatregelen of onvrijwillige zorg genoemd. Destijds liepen verzorgenden met een sleutel met twee pinnen aan hun sleutelbos waarmee ze de metalen drukknoppen van de Zweedse banden konden openen.

In 1991 publiceerden wij een artikel met de veelzeggende titel: 'Wat weegt zwaarder, vrijheid of veiligheid?' Deze vraag zal professionals in de zaal bekend in de oren klinken, en er is recent een jonge influencer opgestaan, Teun Toebes geheten, die deze vrijheidsbeperking en hoe wij met mensen met dementie omgaan vanuit een idealistisch en internationaal perspectief aan de kaak stelt.

'Human forever' is de titel van zijn documentaire. Hoewel er veel is veranderd in die 40 jaar en de Wet Zorg en Dwang voor extra administratieve lasten zorgt, wat onze minister Agema trouwens gaat oplossen, is het open deuren beleid met leefcirkels en vele vormen van technologie het antwoord van onze sector om mensen met dementie meer vrijheid te gunnen.



Filmposter van de documentaire Human Forever

Door Teun Toebes worden mensen die een GPS-systeem dragen overigens afgedaan als 'track and Trace' pakketjes. Het moreel debat over de risico-afweging tussen vrijheid en veiligheid is zeer actueel. Recent nog was een bewoner van Joachim en Anna gewandeld tot aan het treinspoor. Het leven zit vol gevaren zeggen we nu. Dus als we leven aan de dagen willen toevoegen moeten we de vrijheid van mensen niet beperken en een potentiële levensbekorting maar op de koop toenemen is de visie. Geen gemakkelijke keus in zo'n geval; zegt u het maar!

De titel 'Human forever' spreekt mij enorm aan. Deze titel onderschrijft het mensbeeld van hoe ik naar mensen met dementie kijk. Daarin is taal van groot belang. Ik wil bij deze een pleidooi houden om woorden als 'dementen', 'demente bejaarden', 'dementerenden', 'kasplantje', 'vegeteren', 'lijden aan dementie', 'kwetsbare ouderen', 'gedragsstoornissen' en zelfs 'mantelzorg' uit het vocabulaire te schrappen. Blijf DE MENS ZIE(N), overigens de titel van een door John Ekkerink ontwikkeld kwartetspel voor kinderen. Ik heb veel naasten ontmoet die tegen mij zeiden ik citeer:

“Dokter het heeft toch geen zin meer dat ik kom, want ze herkent me niet meer”

Ik adviseerde ze dan altijd om juist wel te komen omdat het contact via andere wegen, zintuigen en diepere lagen van het brein gaat zoals via nabijheid, gevoel, aanraking of een vertrouwd stemgeluid.

Als je zolang meegaat als ik, bekruipt je soms het gevoel dat er nieuwe wijn in oude zakken geschonken wordt. Zo sloeg ik het in 1991 uitgegeven boek getiteld: 'Kwaliteitsbewaking in de verpleeghuisgeneeskunde' open en zag ik onder nota bene de kop PSYCHOSOCIALE THEMA'S, twee hoofdstukken opgenomen waaraan ik had meegeschreven. Eentje ging over behandelen of niet. De kernwaarden van Specialisten Ouderengeneeskunde komen overeen met de wereldberoemde woorden van arts Ambroise Paré (1510-1590): 'Geneeskunde is soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten'.

Specialisten Ouderengeneeskunde weten als geen ander dat er grenzen aan de geneeskunde zijn en in dat hoofdstuk wordt in hedendaagse termen een handreiking voor de stappen van een moreel beraad, het model van samen beslissen en pro-actieve zorgplanning beschreven. Niets nieuws onder de zon, zou je zeggen. Specialisten Ouderengeneeskunde weten immers uit ervaring dat 'Niet alles wat kan, hoeft'.

## AFSCHEIDSREDE PROF. DR. RAYMOND KOOPMANS

Het zijn scenariodenkende ‘pur sang’, ‘pro-actieve’ dokters, die proberen te voorkomen dat het eerste dominosteentje omvalt of op zijn minst weten hoe je rekening moet houden met de rest omvallende steentjes.

Er zijn echter ook nog veel andere dokters, die vanuit de beste bedoelingen, nog in de behandelstand staan, en dan doorbehandelen tot halverwege de crematie zoals onze huisfilosoof Bert Keizer ooit betoogde.

Het voeren van deze pro-actieve zorgplanning gesprekken kost namelijk kijk- en luistergeld. Tijdens onderwijs zei ik vaak:

“Het kost mij 10 minuten om een ambulance te bellen om iemand naar het ziekenhuis te sturen, het kost mij een uur om dat niet te doen” - prof. dr. Raymond Koopmans

In 1995 kregen we de kans om in Nijmegen te starten met de opleiding tot verpleeghuisarts. Paul Froeling, Jan Lavrijsen, psycholoog Monique Nuijten en ik voorzien van een doosje diskettes, wie kent die nog (?), van de Amsterdamse opleiding, startten op 1 maart 1995 met de eerste groep van Verpleeghuisartsen in Opleiding. Inmiddels hebben we vijf florerende vervolgoopleidingen met een nieuw landelijk opleidingsplan dat deze maand van kracht is geworden. Helaas wordt de opleidingscapaciteit nog onderbenut. Dat is best een zorg. Ik ben dan ook blij met het actieplan ‘meer extramurale artsen’. Onbekend maakt immers onbemind. We hebben een prachtig vak voor wie het kent!



De UKON-lustrumkrant

Om een infrastructuur te creëren voor wetenschappelijk onderzoek richtten we in 2003 het huidige Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, UKON, op. Dit duurzame netwerk vierde afgelopen jaar haar 20-jarig bestaan. Ter ere daarvan brachten we een lustrumkrant uit die ik iedereen van harte aanbeveel eens door te bladeren op de [website van het UKON](#).

Als hoofdprogramma formuleerden we destijds: ‘Onderzoek naar de werkelijkheid en het beloop van de verpleeghuisgeneeskundige problematiek’.

## OVER COMPLEXITEIT EN DE VERHALEN DIE VERTELD MOETEN WORDEN

Nu ruim 21 jaar later durf ik wel te stellen dat we delen van die verborgen werkelijkheid hebben kunnen ontsluiten. Die rauwe werkelijkheid die we met zijn allen maar moeilijk onder ogen willen zien. Die leefwereld van het verpleeghuis waar niemand in terecht wil komen en waarvoor mensen een euthanasieverklaring opstellen in de zin van: “Als ik naar een verpleeghuis moet dan wil ik een spuitje!”

Dat spuitje vormde ook het onderwerp van een gesprek tussen drie dames in de uitzending ‘De toekomst is grijs’. Ik citeer een fragment uit dat gesprek:

“Als ze zeggen wil je een spuitje hebben dan zeg ik ja, dan ben ik overal van af”. Een andere dame zegt: “Ik bid elke nacht onze Lieve Heer, haal me vannacht. Niet overdag, dan is er een hoop herrie in de straat en dan moet de lijkwagen komen”. Dus jij wil ook?” zegt een andere dame “Ja, maar ik wil niet met een spuitje, geen zelfmoord plegen”

Ik had begin dit jaar een indringend gesprek met een thuiswonende vrouw met een beginnende dementie die zowel op papier als op beeld verklaarde dat ze een spuitje wilde als haar dementie zou verergeren. Met emotionele stem en met tranen in de ogen vertelde ze de verhalen van haar vader met dementie, die baldadig was, de thuiszorg sloeg en uiteindelijk in een verpleeghuis moest worden opgenomen. “Dit wil ik zeker niet meemaken” verzekerde ze mij.

Die werkelijkheid en ook de intensive care van de ouderenzorg liet ik tijdens mijn oratie in 2005 zien. Dit waren beelden van een man in wat wij de laatste fase van dementie zijn gaan noemen.

Wij verzorgen anno 2024 een dergelijke bewoner met slechts één persoon waarbij we gebruik maken van de principes van Passiviteiten van het Dagelijks Leven. Bij hen worden dynamische lig- en zitmiddelen, ergonomische kleding en hoogwaardige transfer apparatuur ingezet. Dit in combinatie met een specifieke benadering en geen witte uniformen, maakt dat de zorg heel anders en minder belastend verloopt. Daar waar vroeger bij hoge spierspanning, ook wel paratonie genoemd, werd doorbewogen door fysiotherapeuten, heeft ons onderzoek aangetoond dat dit geen effectieve behandeling is waarmee deze aan de ‘beter laten lijst’ is toegevoegd. Het zoveel mogelijk uit bed houden van deze mensen, liefst vaak naar buiten en zintuigstimulerende benadering maken de zorg en ondersteuning essentieel anders dan in 1987 van die eerdergenoemde bewoners van afdeling B2 die geïsoleerd, liggend in bed op hun kamer ‘in de wachtkamer van de dood’ verbleven.

Ik had u beloofd te spreken over complexiteit. Als ik de stukken en media-bijdragen die ik de afgelopen jaren geschreven heb nog eens lees, dan komt daar het woord complex, complexiteit, complexe zorgvragen etc. héél vaak in voor. Doordat ik vijf jaar geleden werd benoemd tot lid van de VWS Commissie Expertise Centra Langdurige zorg, welke regie voert over de kennis- en expertise-ontwikkeling van doelgroepen in de langdurige zorg met een laag volume, minder dan 1500 cliënten, en hoge complexiteit, ben ik me wat meer gaan verdiepen in dit concept. Daarvoor heb ik bij herhaling en bij elke nieuwe groep assistenten in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde een oproep gedaan woorden te geven aan de complexiteit die wij in de praktijk zien. Immers samen met mijn mantra...  
... hoop ik nu weer duidelijk te maken dat wij, professionals in de ouderenzorg, die verhalen moeten vertellen van die verborgen worstelingen. Niemand anders kan ze vertellen.

“*‘Wat niet opgeschreven staat, bestaat niet’ - prof. dr. Raymond Koopmans*”

In stukken van collega's kwam ik mooie omschrijvingen tegen. Iemand sprak van 'wanordelijke syndromen', een ander van 'puzzelen met diepgang' en weer een ander van 'dynamisch complex syndroom'. Mensen met complexe zorgvragen hebben veel verschillende aandoeningen tegelijkertijd, veranderingen zijn vaak onvoorspelbaar, ze hebben een afname van reservecapaciteit, en vaak een gebrek aan een steunsysteem. Als ik Chat GPT vraag wat deze verstaat onder complexiteit dan komen er vergelijkbare begrippen naar boven en in citeer de laatste alinea:

“*“De complexiteit van de ouderenzorg vereist een multidisciplinaire aanpak, waarin verschillende professionals samenwerken om een uitgebreide en holistische zorg te bieden”.*”

Ook wil ik in een uitspraak van Mencken citeren die ik erg treffend vind:

“*“For every complex problem there is an answer that is clear, simple and wrong” - H.L. Mencken*”

Dat typeert eigenlijk heel mooi ons vak. Ouderengeneeskunde is bij gebrek aan richtlijnen 'trial and error' geneeskunde.

Om die complexiteit vanuit mijn eigen ervaring op te schrijven, Ja! Practice as You Preache, Koopmans, publiceerden wij in 2004 en 2012 een casus van bewoners die bewust stopten met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen, toen nog versterven genoemd. Zo beschreven we een psychiatrische patiënt met een voorgeschiedenis van chronische depressies en dito veel psychofarmacagebruik. De complexiteit werd o.a. bepaald door de vraag hoe om te gaan met afbouwen en stoppen van de medicatie, maar het werd nog complexer toen de man, doordat hij licht begon uit te drogen, min of meer vergat waar hij mee bezig was en zijn vrouw als een politieagent naast hem ging zitten om hem te weerhouden te drinken. We waren bezig met 'doen versterven'. Toen hij vervolgens flinke dorst kreeg, zagen we dit als een onbehandelbaar symptoom en begonnen we met hem in slaap te brengen, palliatieve sedatie genoemd. Echter zijn jarenlange gebruik van angstremmende middelen maakte dat hij alleen maar opknapte en uiteindelijk heeft hij na vele weken zijn poging gestaakt. Een paar weken later deed hij andermaal een poging en overleed hij snel. Gelukkig hebben we sinds begin dit jaar de herziene handreiking 'Zorg voor mensen die stoppen met eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen'. Het is een alternatief scenario waar mensen met een euthanasie- of doodswens voor kunnen kiezen.

Geïnspireerd door het indrukwekkende boek van Ellen de Visser, wetenschapsjournalist bij de Volkskrant, moest ik ook denken aan de heer Steegs. Jarenlang heb ik de filmopname in het onderwijs gebruikt met als doel studenten te leren symptomen te observeren en hun vaardigheden qua klinisch redeneren te vergroten.

“*“Meneer Parkinson moet maar met vakantie gaan” - de heer Steegs*”

Een geweldige uitspraak die eens te meer laat zien dat er wel degelijk wat te lachen valt in het verpleeghuis. Maar wat maakte de problematiek van de heer Steegs nu zo complex? Zijn wanen en hallucinaties waren met antipsychotica niet goed te onderdrukken. Daarnaast had hij een uitgezaaide, kwaadaardige huidtumor en voeg daarbij nog de grote zorgen om zijn dochter die borstkanker had en de slechte relatie met zijn vrouw en je hebt het plaatje compleet. Echter twee dagen nadat hij op mijn afdeling was komen wonen, word ik in mijn dienst rond 11 uur in de avond gebeld met de mededeling dat de heer Steegs is gevallen of ik snel wil komen.

Ik trof hem buiten, liggend op de grond, aan. Hij was uit het raam van zijn kamer gevallen die zich op de eerste etage, vier meter hoog, bevond. In een psychotische bui, terwijl het NOS-journaal die avond berichtte over hoog water, was hij uit zijn zogenaamde auto gestapt om kinderen te redden. Hij had slechts een gebroken heup. De afdeling was een open afdeling, maar we wisten niet hoe snel we slotjes op de ramen moesten zetten. Wat doen we anno 2024 in zo'n geval? Veiligheid of vrijheid? U mag het zeggen!

Hoe zit het met het wetenschappelijk onderzoek bij deze complexe doelgroepen? Wij hebben we een lange historie op het gebied van onderzoek naar probleemgedrag bij oudere en ook jongere mensen met een dementie. Veel professionals in de ouderenzorg kennen mensen met dementie met zeer ernstig probleemgedrag die soms totaal ontredderd zijn. Deze mensen kunnen een hele afdeling ontregelen en hebben vaak een veelheid aan psychofarmaca tegelijkertijd. Uit de verhalen is grote machteloosheid van de professionals af te lezen en ook de enorme complexiteit van de psychiatrische diagnostiek en behandeling.

Soms passeert een hele reeks diagnosen zoals delirium, angststoornis, geagiteerde depressie, dwangstoornis en psychose de revue. Niet zelden verhuizen deze mensen van zorginstelling, naar ggz, naar klinisch-geriatrische afdeling en als ze pech hebben moeten ze door opnamestops, wachtlijsten of andere barrières soms ver buiten de regio opgevangen worden. Dit zijn de mensen met niet-behandelbaar probleemgedrag. Soms leidt dit zelfs tot palliatieve sedatie, het in slaap brengen dus wat we in de Waalbed 3 studie hebben beschreven.

Hoe complex de zoektocht naar een oorzaak en benadering van dergelijk gedrag kan zijn illustreren de beelden van een vrouw die ik wel eens gebruikte voor het onderwijs. Ik moet bekennen dat toen ik deze beelden weer terugzag ik best onder de indruk was.

Bij de voorbereiding van deze rede heb ik het dossier van deze vrouw nog eens doorgenomen en zij paste precies in het eerder geschetste plaatje van 'trial and error' geneeskunde. Er zijn meerdere psychosociale interventies uitgeprobeerd, drie verschillende soorten antipsychotica voorgeschreven en ook meerdere antidepressiva en angstremmers. Ook is een tentbed ingezet. Uiteindelijk is ze overleden. Zeer ernstig probleemgedrag is soms dodelijk!

Dat mensen met dementie op jonge leeftijd specialistische zorg behoeven, hebben we in 2016 in het Medisch Contact betoogd. Zowel in het diagnostisch traject als daarna heeft deze groep echt andere behoeften dan mensen met een dementie op oudere leeftijd. Een gezinsgerichte benadering is hier het devies.

En sinds begin 2023 zijn we gestart met een groot project dat YOD-INCLUDED heet.

Wie een inkijk wil krijgen in hoe de zorg voor jonge mensen met een dementie gestalte krijgt en hoe het is om een naaste te zijn, kan ik de uitzending van Five Days Inside op de Bosweg van De Waalboog van harte aanbevelen.

Als je bij De Waalboog werkt, word je net als ik in 1987, een beetje geïnfecteerd met het wetenschappelijk onderzoeksvirus. Het is niet voor niets dat De Waalboog voor de Gerontopsychiatrie plus en Dementie met zeer ernstig probleemgedrag de status van expertisecentrum heeft gekregen. Als we daadwerkelijk verder willen komen in het onderzoek van psychosociale interventies bij probleemgedrag bij dementie, dan zullen we op zoek moeten gaan naar de pareltjes in de zorg. Met die pareltjes bedoel ik omgangs- of benaderingswijzen die op een bepaalde afdeling, vaak diep verborgen in een zorgcentrum, worden toegepast en waar iedereen van vindt dat het werkt, zeg maar practice-based evidence. Ik roep bij deze alle professionals in de zaal op om met die mogelijke innovaties de weg te zoeken naar onderzoekers die vervolgens kunnen helpen daar onderbouwing voor te vinden. Een van de mooiste voorbeelden daarvan vind ik het inzetten van een lolly bij een bewoner met een dementie en ernstig ontremd gedrag. Door een verzorgende van De Waalboog, Simone Jansen, bedacht en later door ons ook beschreven in een artikel in een internationaal tijdschrift. Dit was de vroege voorloper van een benaderingswijze die later volgen, sturen en focussen is gaan heten. [De methodiek, Focussen](#), is ontwikkeld voor mensen met een dementie waarbij met name de voorhoofdskwabben zijn aangetast en inmiddels zijn er in de praktijk aanwijzingen dat deze benaderingswijze ook bij andere vormen van dementie werkzaam is.

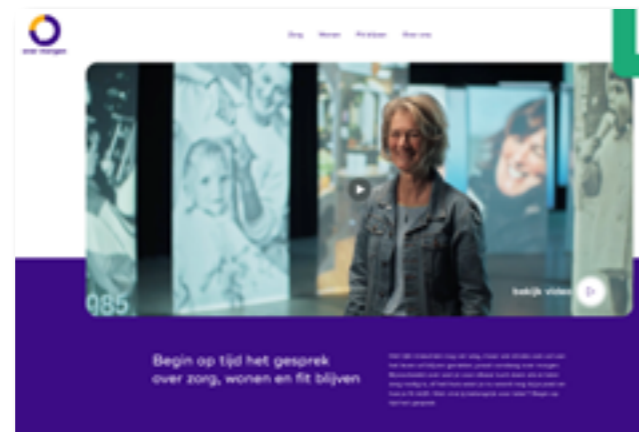
Terug naar 'De toekomst is grijs'. Persoonlijk hou ik meer van kleur, van kleur bekennen en van fleurige kledij. De toekomst is zilver en ik ga voor goud. Gaan de beelden van 2040 uitkomen? Kost de maandelijkse zorgpremie dan meer dan €900; worden ouderen dan allemaal met robots uit bed gehaald en gewassen, staan ouderen aan de poorten van ziekenhuizen te rammen omdat ze zorg opeisen die er niet meer is omdat hun zorgbudget opgesoupeerd is; zorgen kinderen massaal voor hun ouders zoals de beelden uit Human Forever; wordt de helft van de ouderen met een gebroken heup niet meer geopereerd en overlijdt dan binnen een paar weken tot maanden; zijn dokters vervangen door artificial intelligence computers; zijn de verpleeghuizen afgeschaft; zijn we terug bij een zorgzame samenleving waarin het land bezaaid is met zorg coöperaties en communities; is het eindelijk gelukt om grote ziektes als kanker, dementie, suikerziekte uit te bannen; heeft het nationaal preventie-akkoord geleid tot substantiële wijziging van de leefstijl van de Nederlanders; werken we massaal met arbeidsmigranten; komt er een wet op verplichte, maar wel betaalde, naastenzorg en zo kan ik nog wel even doorgaan?

Was ik maar Doctor Emmet Brown uit de films van back to the future, dan zou ik met de Dolo-rean, zijn tijdmachine, die natuurlijk anno 2024 elektrisch is of wellicht op waterstof vliegt, naar de toekomst gaan om deze een klein beetje te voorspellen of misschien wel te veranderen.

Feit is dat die toekomst al is begonnen. De grote personeelstekorten in de zorg worden nu al als een dreigend zorginfarct beschreven. Het Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen-programma geeft een visie op het toekomstig beleid met de slogan: “zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan”. Critici missen het belang van samenredzaamheid in deze slogan en vinden het een ‘zoek het zelf maar uit’ beleid. Daar zit misschien wel de kern van de omslag die we met zijn allen moeten maken.

Eerder betoogde ik dat we het woord kwetsbare ouderen uit ons vocabulaire zouden moeten schrappen. Misschien moeten we deze groep ouderen dan ook niet kwetsbaar noemen maar ‘afhankelijk’. Want dat zijn ze, zo afhankelijk dat ze niet meer zelfstandig kunnen wonen, en voor nagenoeg alles afhankelijk zijn van zorg. Dus daarin moeten we samenredzaam worden en proberen af te stappen van begrippen als eigen regie, autonomie, maakbaarheid van de samenleving. Wij zijn allemaal sociale wezens, zijn afhankelijk van elkaar en kunnen zonder elkaar niet overleven; Human Forever dus. Bent u voorbereid op uw gouden toekomst?

Kent u de landelijke campagne praat vandaag over morgen? Hebt u al een levenstestament gemaakt of een euthanasieverklaring opgesteld waarin u zegt nooit naar een verpleeghuis te willen? Bent u al het gesprek aangegaan met uw kinderen of zijn de jonge mensen in de zaal het gesprek al met hun ouders aangegaan?



Begin op tijd het gesprek over zorg, wonen en fit blijven.

In een van de podcast uitzendingen over naastenzorg waren de kinderen van de journalist bepaald gereserveerd over of en hoeveel ze zouden kunnen of willen zorgen voor hun ouders als die later hulp nodig hebben. Billen wassen was wel de grens en zij vestigden hun hoop op robots en smart-luiers, die er al een beetje zijn natuurlijk. Een artificial intelligence gestuurde l-diaper, van het bekende merk dat ik natuurlijk niet mag noemen.

Zijn er überhaupt nog verpleeghuizen in 2040? Ik denk van wel, maar ik geef de voorkeur aan een andere naam. Van mij mogen het woon-zorghuizen genoemd worden, maar misschien worden het in de toekomst allemaal expertisecentra. Immers ik ben ervan overtuigd dat doelgroepen met hoog complexe zorgvragen aangewezen zullen blijven op beschermd wonen inclusief zorg en behandeling. Dat zullen in ieder geval de huidige complexe doelgroepen zijn. De nadruk van de mensen die aangewezen zijn op deze zorg komt dan te liggen op de GGZ-problematiek, het probleemgedrag, de neuropsychiatrische symptomen, het onbegrepen gedrag, het moeilijk hanteerbaar gedrag, het signaal gedrag en alle Engelstalige varianten daarvan. Daarbij gaat ook technologie ons onvoldoende helpen om langer thuis te blijven wonen, vrees ik, al zijn er hoopvolle ontwikkelingen in deze.

Ik moet daarbij denken aan een fragment van ‘De toekomst is grijs’ waarbij een oudere dame tegen Zorgassistent Tessa, de pratende bloempot zegt, “Tessa... (de dame articuleert wat duidelijker) Tessa (geen reactie)... Tessa, waarom zeg je niets?”

Begrijp me goed, ik ben geen technologie scepticus, ik hou van gadgets en ben eigenlijk een ‘early adopter’ wat dat betreft. Ons huis mag vol slimme apparaten gestopt worden. Dan de vraag of het specialisme ouderengeneeskunde dé toekomst heeft? Daarvoor citeer ik een groot leider van een bedrijf dat inmiddels veel geld aan mij heeft verdiend:

“We cannot predict the future, but we create it” - Steve Jobs

Deze uitspraak wil ik meegeven aan mijn collega's. Toon leiderschap, lef en veerkracht om zelf die toekomst van ons uniek specialisme te creëren teneinde de professionalisering voort te zetten. Wat leiderschap betreft citeer ik graag uit het Verenso rapport Specialist Ouderengeneeskunde 2030:

“De toekomst van de ouderenzorg ligt bij specialisten ouderengeneeskunde die durf tonen en een verbindende rol spelen bij de vele uitdagingen en ontwikkelingen”



Ik ben trouwens niet zonder zorg over de academische borging van ons specialisme. Dus als we de opgaande lijn van wetenschappelijk onderzoek niet voortzetten, dan lopen we het risico ons eigen specialisme onbedoeld ten grave te dragen: “Geen enkel specialisme kan bestaan zonder gedegen wetenschappelijk onderzoek” betoogde ik tijdens mijn oratie in 2005.

Ik moet wel zeggen dat ik heel goede zin en veel vertrouwen in de toekomst kreeg van een door ons georganiseerde invitational conference over de academisering van de ouderengeneeskunde in juni van dit jaar. Daar was een groep van een kleine twintig jonge, ambitieuze, gepromoveerde, specialisten ouderengeneeskunde die deze handschoen graag oppakken en waaraan we met een gerust hart het estafettestokje kunnen overdragen. Ik wil ze de komende jaren als mentor en ouwe rot in het vak graag blijven ondersteunen.

Verder wens ik de collega's de veerkracht toe mee te bewegen met de noodzakelijke transitie in de ouderenzorg. Verdiep je in de maatschappelijke ontwikkelingen, zodat je ook de taal van de bestuurders gaat verstaan. “If you can't beat them, join them” zou ik zeggen. Ga het gesprek aan, ga niet mee in de polarisatie over het medisch model, maar maak duidelijk dat ook wij vanuit de bedoeling werken en dagelijks weten waarvoor we het doen, namelijk die afhankelijke ouderen die de pech hadden complexe zorgvragen te hebben. Dwing vanuit de inhoud respect af, niet vanuit macht. Zorg dat je aan tafel komt te zitten en draai mee aan de knoppen!

Dan de naam van ons vak. In 2005 hoopte ik nog dat we ons algemeen geriater konden gaan noemen. Ik zou nu ouderenarts willen voorstellen. En mochten we er toch voor kiezen om ons Specialist Ouderengeneeskunde te blijven noemen, dan wil ik bij deze ook een oproep doen om de afkorting SO of nog erger SOG niet meer te gebruiken. Als je dan toch iets korters wil zeggen noem je dan gewoon 'specialist' en zeg er bij dat Generalisme ons Specialisme is. Immers zoals eerder betoogd, blijf naar de hele mens kijken; Human Forever.

De vervolgoopleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde wens ik toe, nog meer dan nu het geval is, de laatste stand van wetenschap en praktijk in de opleidingen in te bouwen. Ook adviseer ik om naast de bestaande kaderopleidingen, opleidingen tot een bijzondere bekwaamheid te ontwikkelen met name op het gebied van de complexe doelgroepen. Doe dat wel interprofessioneel en niet alleen voor specialisten ouderengeneeskunde.

De toekomst van ons vak ligt in de geneeskunde-opleiding of begint misschien wel op de lagere school. Aanstaande dokters zullen zich moeten realiseren dat ze dokters voor oudere mensen worden.

Wij, professionals in de ouderenzorg, zullen ze de verhalen moeten vertellen waar ik het over heb gehad. We vertellen ze dan dat ouderengeneeskunde echte geneeskunde, neen zelfs geneeskunst is. Waarbij het belangrijkste instrumentarium je zintuigen zijn en een stoel om naast de patiënt te gaan zitten en de hele mens in de oudere te zien:

“*Ouderengeneeskunde is soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten*”  
- variatie op Ambroise Paré (1510-1590)

Tot besluit. Eind februari verbleef ik vier dagen in het missieklooster Sint Michael, te Steyl nabij mijn geboorteplaats Tegelen voor het schrijven van deze rede. Ik bezocht ook het graf van mijn ouders die mij de gaven hebben geschonken om hier te kunnen staan. Daarbij ben ik ook gevormd door mijn broer Peter die mij voorgedaan is.

Ik dank het college van bestuur van de Radboud Universiteit en de Raad van Bestuur van het Radboudumc voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop dat er snel een opvolger voor mijn leerstoel komt.

Mijn dank gaat uit naar de reuzen op wiens schouders ik heb mogen staan, en ook de vele bestuurders van De Waalboog, de UKON partners en allen die vandaag een bijdrage hebben geleverd aan het prachtige symposium.

Alle onderzoekers en onderzoekersmedewerkers. Jullie hebben allemaal keihard gewerkt. Ik hoop dat jullie je voldoende door mij ondersteund hebben gevoeld.

Medewerkers van het UKON-bureau en secretariaat. Jullie zijn de kloppende harten van het UKON, we kunnen echt niet zonder jullie.

Mijn collega-hoogleraren ouderengeneeskunde. Jullie zijn na Jos Schols en Cees Hertogh zeg maar de next-generation professors. Ik geef mijn estafettestokje met veel vertrouwen aan jullie door.

Alle artsen van De Waalboog, in het bijzonder Anne van den Brink. Wat ben ik er trots op dat jij hoofd van de vervolgoopleiding tot specialist ouderengeneeskunde Nijmegen bent geworden. En wat zal ik de overige artsen missen. Door jullie voel ik tot de dag van vandaag dat ik primair dokter ben en professor zijn eigenlijk maar een bijbaantje is. Zet de missie van de pioniers uit de tachtiger jaren voort!

## AFSCHEIDSREDE PROF. DR. RAYMOND KOOPMANS

Alle verpleegkundigen en verzorgenden, waarmee ik heb mogen samenwerken. Wat een onmisbaar vak hebben jullie en wat mij betreft verdienen jullie allemaal een lintje.

Alle bewoners en naasten die ik in de afgelopen jaren heb mogen ontmoeten. Het was een voorrecht deelgenoot te mogen zijn in vaak de moeilijkste perioden van jullie levens. Ik hoop dat ik jullie een beetje tot steun heb kunnen zijn.

Er zijn een aantal collega's die ik in het bijzonder wil noemen. Jan Lavrijsen, medeoprichter van de vervolgopleiding, oprichter van de onderzoeksgroep 'Niemand tussen Wal en Schip', oprichter van het kenniscentrum Langdurige Bewustzijnsstoornissen en zo kan ik nog wel uren doorgaan. Je bent mijn maatje van het eerste uur. We zetten onze missie nog even samen voort.

Debby Gerritsen, mijn andere steun en toeverlaat. De integriteit zelf, verbindend, zorgzaam, en ook ontzettend goed in haar vak. Je was regelmatig mijn adviseur en geweten. Wat ben ik blij dat jij de voorzittershamer van het UKON hebt overgenomen. Ik heb daar alle vertrouwen in.

Marlies van Kordelaar, netwerkmanager en onmisbaar voor het UKON. Ongekende kwaliteiten heb je en ik hoop dat je Debby nog lang blijft ondersteunen.

Christian Bakker en Willemin van Erp, wat ben ik trots dat jullie benoemd zijn tot professor en universitair hoofddocent, aan jullie ook de taak de missie voor te zetten.

Tot slot wat mij het allerdierbaarst is namelijk mijn gezin.

Lieve Lotte, professor zijn is een beetje topsport, maar wat jij doet is topsport in het kwadraat. Jij behoort met je MTB-carrière tot de top van Nederland en de wereld. En dat je daarnaast ook nog aan het promoveren bent en doktert op de SEH verdient mijn diep respect.

Lieve Michel, wat een talenten heb jij, ongekend. En wat heb jij een liefde voor muziek en het doktersvak. Je wat filosofische natuur maakt dat de eerder in mijn rede geciteerde uitspraak: 'geneeskunde is altijd troosten' op jouw lijf geschreven is. Dank voor de mooie muziek en ik zie uit naar je bruiloft met Bregje.

Lieve Tom, wat lijken wij toch veel op elkaar. Bij ons zijn de remlakjes soms wat versleten en dan floepen we er wat uit wat eigenlijk niet kan. Ik heb veel respect voor je enorm brede interesse. Je zet nu iets van Koopmannetjes voort binnen De Waalboog. Dat vind ik fantastisch.

## OVER COMPLEXITEIT EN DE VERHALEN DIE VERTELD MOETEN WORDEN

Allerliefste Annet, mijn 'love of my life, zoals Queen zingt, al meer dan 38 jaar. Je bent mijn coach en metgezel. Nog dagelijks leer ik van je en we vullen elkaar perfect aan. Deze tekening geeft heel goed weer wat ons te wachten staat. Lekker met de 'electrisch camper' op stap. Ik hoop heel oud met je te worden.

Ik heb gezegd.



40 jaar ouderenzorg, en nu..?

