

LECTORALE REDE

Een reis door de ouderenzorg

Op zoek naar wensen en grenzen

Marjon van Rijn

Lector Kwaliteit van Ouderenzorg

Een reis door de ouderenzorg

Op zoek naar wensen en grenzen

Een reis door de ouderenzorg

Op zoek naar wensen en grenzen

Lectorale rede

in verkorte vorm uitgesproken

op dinsdag 18 maart 2025 door

Dr. Marjon van Rijn

lector Kwaliteit van Ouderenzorg

aan de Hogeschool van Amsterdam

in samenwerking met Amsterdam UMC

ISBN 978-94-6301-556-1

Academische Uitgeverij Eburon, Utrecht
www.eburon.nl

Omslag & opmaak: studioDLK

© 2025 M. van Rijn / Hogeschool van Amsterdam.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand,
of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch,
mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Inhoudsopgave

Vanwaar we komen	9
Het aantal ouderen in Nederland	9
De geschiedenis en ontwikkeling van ouderenzorg in Nederland	11
De oudere mens	13
Een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak om functieverlies te voorkomen	14
Palliatieve zorg en proactieve zorgplanning	16
Palliatieve zorg	16
Proactieve zorgplanning	17
Schaarste aan zorgaanbod bij groeiende vraag naar zorg	19
Verbinding onderzoek, onderwijs en praktijk	21
Academische leerwerkplaatsen	21
Academische werkplaats wijkverpleging	22
Implementatie in de praktijk en onderwijs	23
Ouderen en zorgverleners hebben het laatste woord	24
Het lectoraat Kwaliteit van Ouderenzorg	25
Wetenschappelijke onderbouwing van praktijkgericht handelen	25
Het verweven van onderwijs, onderzoek en praktijk	25
Samen leren en verbeteren in de praktijk	26
Betrekken van ouderen, verpleging, verzorging, helpenden, studenten en docent-onderzoekers	26
Dankwoord	27
Referenties	30
Curriculum vitae	33

Meneer de rector, leden van het college van bestuur, geachte decaan, leden van de raad van bestuur van Amsterdam UMC, geachte collega's, familie en vrienden en zeer gewaardeerde toehoorders.

Het is 2007

Meneer van Dijk, een 84 jarige, magere man is sinds twee dagen met een infectie opgenomen op de afdeling interne geneeskunde van een ziekenhuis. Op een ochtend komt de verpleegkundige, samen met een stagiaire, de vier-persoons kamer binnen. De verpleegkundige tilt het deken van meneer van Dijk op en zegt tegen de stagiaire: "Vlug, opschieten, deze man heeft lijkvlekken en een spitse neus, hij gaat zo overlijden." Verbouwereerd kijkt de stagiaire, eerst naar meneer van Dijk in het bed en daarna naar de verpleegkundige, zich afvragend hoe de verpleegkundige kan weten dat meneer van Dijk zo snel zal komen te overlijden. Ondertussen helpt ze uiteraard de verpleegkundige. Snel worden er waskommen gepakt en het hoognodige wordt gewassen. Samen trekken ze de netste kleding aan bij meneer van Dijk die hij in zijn kast heeft hangen. Meneer van Dijk lijkt in een soort slaap iets te willen zeggen, maar het is niet verstaanbaar. De echtgenoot en kinderen worden gebeld en komen direct. Meneer van Dijk overlijdt diezelfde ochtend in het ziekenhuis.

Die stagiaire was ik. Mijn eerste stagedag op een afdeling interne geneeskunde in een ziekenhuis, na een stage in het verpleeghuis en in de thuiszorg. Er ging een wereld voor mij open. Waarom lag meneer van Dijk eigenlijk nog in het ziekenhuis, waarom was de familie er niet al bij? Zoveel vragen...

Gedurende vier jaar HBO-Verpleegkunde leerde ik het systeem van zorg kennen en begreep ik meer en meer waarom er gebeurt wat er gebeurt en al snel ben je zonder het al te goed te beseffen onderdeel van het systeem, waarbij hetgeen je eerst verbaasde, steeds minder verbaast. Toch bleven ook de vragen, en nog steeds vraag ik me regelmatig af: is dit kwaliteit van ouderenzorg (tekstbox 1)? Hoe kan ik, hoe kunnen we, als we weten wat kwaliteit is, kwaliteit behouden en liever nog verbeteren? Dat is waar mijn lectoraat Kwaliteit van Ouderenzorg over gaat.

Tekstbox 1. Kwaliteit van zorg

Het Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' beschrijft dat kwaliteit van zorg allereerst moet aansluiten bij de context van de mens die ondersteuning, zorg en behandeling ontvangt en moet gaan over wat belangrijk is als uitkomst van zorg. Oftewel: hoe ervaart de persoon de zorg en in hoeverre draagt de zorg bij aan kwaliteit van bestaan? Kwaliteit van zorg kent verschillende omschrijvingen en kan voor iedereen anders zijn. Daarom beschrijft deze definitie alleen elementen van kwaliteit van zorg [1].

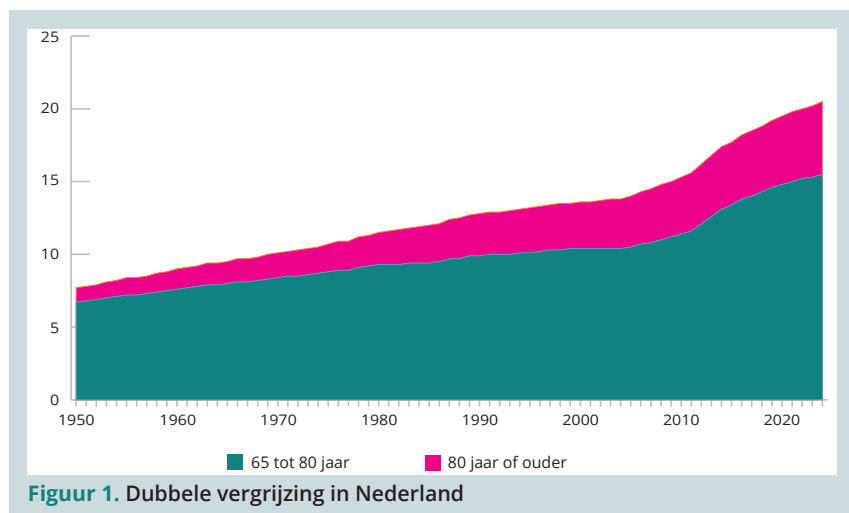
Vanwaar we komen

Om goed te begrijpen waar we nu staan, neem ik u kort mee in de geschiedenis en ontwikkeling van ouderenzorg in Nederland. Daarna ga ik in op de wijze waarop ik de afgelopen jaren heb geprobeerd bij te dragen aan die kwaliteit van ouderenzorg, maar belangrijker nog, hoe ik, middels dit lectoraat, de toekomst van ouderenzorg mee hoop vorm te geven, met innovatie en samenwerking en door het integreren van onderzoek en onderwijs in de dagelijkse praktijk van ouderenzorg.

Het aantal ouderen in Nederland

Op 1 januari 2024 telde Nederland 3.677.228 inwoners van 65 jaar of ouder en dit aantal neemt nog steeds toe [2].

Op onderstaande afbeelding (figuur 1) ziet u twee ontwikkelingen in Nederland als het gaat om het aantal ouderen. Dit demografisch fenomeen wordt ook wel de dubbele vergrijzing genoemd, waarbij twee belangrijke trends tegelijk plaatsvinden bij de ouder wordende bevolking van Nederland [2].

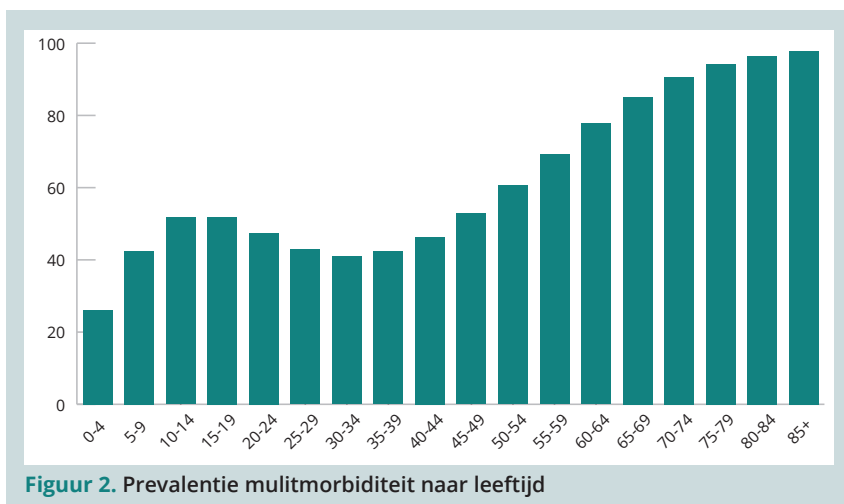


Figuur 1. Dubbele vergrijzing in Nederland

Er zijn meer ouderen: het aantal ouderen (mensen boven de pensioenleeftijd, tegenwoordig 67 jaar en ouder) neemt toe. Dit komt door de naoorlogse babyboomgeneratie die ouder wordt en door een afname van het geboortecijfer in latere jaren. In 1990 was nog 12,8 procent van de inwoners 65 jaar en ouder, op 1 januari 2024 was dat 20,5 procent van de inwoners van Nederland. Hierdoor is er sprake van een kleiner wordende beroepsbevolking [2].

Ouderen worden steeds ouder: Binnen de groep ouderen groeit vooral het aandeel 80-plussers. Dit komt door een stijgende levensverwachting, verbeterde gezondheidszorg en betere leefomstandigheden. In 1990 was 10 procent van de inwoners tussen de 65 en 80 jaar oud en 2,8 procent was 80 jaar of ouder. Begin 2024 was 15,5 procent van de inwoners tussen de 65 en 80 jaar oud en 5 procent was 80 jaar of ouder. Naast het absolute aantal 65-plussers, stijgt dus ook het relatieve aantal 80-plussers [2].

Mensen worden dus ouder. Daarnaast hebben veel ouderen twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit) [3]. In 2022 had 77 procent van de mensen tussen de 65-80 jaar twee of meer chronische aandoeningen. Bij mensen van 85 jaar en ouder is de prevalentie van multimorbiditeit 92 procent (figuur 2).



De geschiedenis en ontwikkeling van ouderenzorg in Nederland

Tot ver in de 19e eeuw was ouderenzorg in Nederland voornamelijk de verantwoordelijkheid van familieleden of lokale religieuze- en liefdadigheidsinstellingen. Ouderen die niet door hun familie verzorgd konden worden, waren vaak afhankelijk van kloosters, armenhuizen, gasthuizen of hofjes. Deze vorm van zorg beperkte zich vaak tot de meest basale behoeften.

Aan het begin van de 20e eeuw werden steeds meer voorzieningen opgericht om ouderen op te vangen die niet meer zelfstandig konden wonen. Dit was ook het begin van meer structureel beleid vanuit de overheid op het gebied van ouderenzorg. De eerste verzorgingshuizen werden opgezet, vaak door kerken, gemeenten of particuliere initiatieven. Deze huizen boden basale zorg aan ouderen die geen familie meer hadden om voor hen te zorgen.

Een keerpunt in de geschiedenis van de ouderenzorg was de invoering van de Algemene Ouderdomswet in 1957. Deze wet garandeerde een basispensioen voor alle Nederlanders vanaf de pensioengerechtigde leeftijd, waardoor ouderen financieel onafhankelijker werden van hun kinderen en familie. Dit leidde ertoe dat steeds meer ouderen zelfstandig konden blijven wonen en droeg bij aan een toenemende vraag naar meer formele ouderenzorg buiten de familie.

In de jaren '60 en '70 breidde de verzorgingsstaat zich uit en werd ouderenzorg steeds meer geïnstitutionaliseerd. Met de invoering van de Wet op Bejaardenoorden in 1963 kwamen er meer verzorgingshuizen en verpleeghuizen, die vaak werden gefinancierd door de overheid. Deze instellingen boden naast wonen ook medische en verpleegkundige zorg. Ouderen die niet meer zelfstandig konden wonen vanwege fysieke of mentale beperkingen, verhuisden vaak naar deze instellingen.

In de jaren '80 werden verpleeghuizen steeds gespecialiseerder. Deze instellingen boden intensieve zorg aan ouderen met complexe zorgbehoeften vaak met dementie of ernstige lichamelijke beperkingen. Tegelijkertijd kwam er ook aandacht voor ouderen in ziekenhuizen, waar meer aandacht kwam voor de specifieke medische behoeften van ouderen. Dit is beter bekend als het specialisme klinische geriatrie, welke in 1982 werd erkend.

De aandacht voor de medische zorg van ouderen groeide, en er ontstonden nieuwe specialisaties binnen de zorg, zoals de specialist ouderengeneeskunde

(voorheen verpleeghuisarts), die specifiek is gericht op de medische zorg voor kwetsbare ouderen. De afdeling ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC heeft de erkenning als opleidingsinstituut voor het specialisme ouderengeneeskunde, die bij de sectie GERION van deze afdeling is ondergebracht.

In de jaren '90 veranderde het beleid en kwam er meer focus op langer zelfstandig wonen. Het idee was dat ouderen zo lang mogelijk in hun eigen huis moesten kunnen blijven wonen, met hulp van wijkverpleging. Dit werd versterkt door het overheidsbeleid, waarin de nadruk werd gelegd op extramurale zorg en werd ingezet op een participatiesamenleving in plaats van een verzorgingsmaatschappij. Het was de gedachte dat het wenselijker was voor ouderen om in hun eigen omgeving te blijven, én voordeliger. Daarnaast werd er steeds meer aandacht besteed aan preventieve zorg en welzijn, om ouderen zo lang mogelijk vitaal en zelfredzaam te houden, zo was het idee.

Deze trend zette door. De Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en Wet langdurige zorg (WLZ) werden ingevoerd en daarmee werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen. Het verzorgingshuis werd niet meer gefinancierd vanuit de WLZ, waarmee verzorgingshuizen 'verdwenen'. Deze beide wetten hadden expliciet tot doel langer thuis wonen mogelijk te maken, met de ondersteuning van naasten en wijkverpleging.

De oudere mens

Oftewel, de oudere, de client, de patiënt, de bewoner, de revalidant, de mens.

Het is 2010

Ondertussen heb ik mijn opleiding HBO-Verpleegkunde afgerond en werk ik met veel plezier op diezelfde afdeling interne geneeskunde waar ooit mijn eerste dag in het ziekenhuis begon met de casus van meneer van Dijk, zoals ik aan het begin van deze rede schetste. Ook rond ik in dit jaar mijn master gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit van Amsterdam af. Want de vragen bleven en ik wilde meer betekenen, meer doen, en meer leren dan de zorg voor die ene, vaak oudere patiënt. Want wie is die oudere patiënt? En wat maakt dat er specialistische kennis nodig is voor zorg aan ouderen?

Een deel van de ouderen heeft een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functieverlies, acute ziekenhuisopnames of overlijden [4]. Deze ouderen met dit verhoogde risico worden veelal kwetsbare ouderen genoemd, ook al zien deze ouderen zichzelf vaak niet als kwetsbaar. Deze kwetsbaarheid wordt vaak veroorzaakt door een combinatie van lichamelijke (spierkracht, mobiliteit, en energieniveau), cognitieve (geheugen) en sociale factoren (eenzaamheid en sociale steun). Daarnaast is er bij veel ouderen sprake van multimorbiditeit, zoals eerder genoemd. Kwetsbaarheid en multimorbiditeit verhogen de kans op geriatrische syndromen, zoals vallen, polyfarmacie en ondervoeding [5].

Kwetsbaarheid, multimorbiditeit en geriatrische syndromen zijn nauw met elkaar verbonden. Multimorbiditeit en kwetsbaarheid verhogen het risico op geriatrische syndromen, die op hun beurt de kwaliteit van leven aanzienlijk kunnen beïnvloeden. Een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak is essentieel voor het effectief voorkomen, behandelen van en ondersteunen bij deze complexe gezondheidsproblemen.

Een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak om functieverlies te voorkomen

In 2010 is het Nationaal Programma Ouderenzorg van start gegaan. Dit is een programma om de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren. Binnen dit programma heb ik samen met destijds huisarts in opleiding Jacqueline Suijker, Bianca Buurman, Eric Moll van Charante en Sophia de Rooij de FIT studie opgezet en uitgevoerd [6]. Dit was een gerandomiseerde studie onder ruim 10.000 ouderen uit 20 huisartsenpraktijken. Het doel van deze studie was om achteruitgang in functioneren bij thuiswonende ouderen te voorkomen middels een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak. Dit gebeurde in nauwe samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, met een focus op vroegtijdige signalering en preventie van fysieke, psychische, en sociale problemen.

Hoewel we geen verschil in effect vonden tussen een geïntegreerde, multidisciplinaire aanpak en reguliere zorg om achteruitgang in functioneren bij thuiswonende ouderen te voorkomen, leidde de aanpak wel tot betere vroegsignalering en samenwerking tussen zorgverleners [7,8]. Ouderen kregen meer regie over hun zorgproces en konden problemen eerder aangeven.

Er waren verschillende redenen waarom er mogelijk geen verschil in effect werd gevonden. Een van de redenen was dat we ontdekten dat we een relatief gezonde populatie ouderen hadden geïnccludeerd in onze studie (regelmatig kregen we te horen dat de vragenlijsten niet ingevuld konden worden vanwege een skivakantie of een langdurig verblijf in Spanje, u ziet het we hadden hier niet te maken met de meest kwetsbare populatie). Hoewel we weten dat preventie niet vroeg genoeg kan beginnen, heeft een onderzoeksproject over het algemeen maar een beperkte looptijd. Zeker bij een relatieve gezonde populatie, was onze onderzoekstijd mogelijk te kort om een verschil in effect aan te tonen.

Ook in een andere studie, die mijn copromotor Bianca Buurman op hetzelfde moment uitvoerde, de Transmurale Zorgbrug, werd geen verschil in effect gevonden op dagelijks functioneren [9]. Ook al werd deze studie bij een meer kwetsbare populatie ouderen uitgevoerd, die tijdens en na een acute ziekenhuisopname intensief werden begeleid door een verpleegkundige. Wat deze studie wel aantoonde was een verminderde kans om binnen zes maanden na een acute ziekenhuisopname te overlijden.

Wat daarnaast bleek uit de Transmurale Zorgbrug is dat 30% van de ouderen die acuut werd opgenomen, binnen een jaar kwam te overlijden. Vergelijkbare resultaten bleken uit de Cardiologische Zorgbrug, waar onder andere destijds HvA collega en nu Amsterdam UMC collega, Patricia Jepma op promoveerde [10]. Dit betekende dat we voor deze populatie ouderen wellicht niet de juiste zorg inzetten. Want als je weet dat je nog een jaar te leven hebt, maak je wellicht andere keuzes dan wanneer je ervan uitgaat nog 10 jaar te leven.

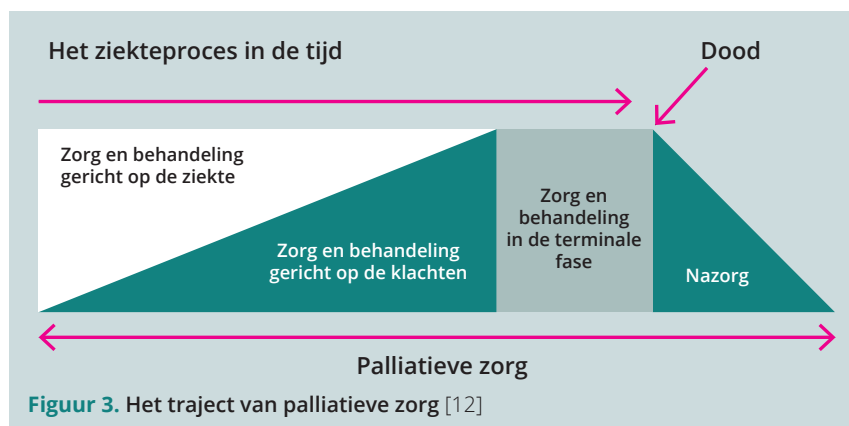
Dit riep de vraag op: kunnen we deze 30% beter herkennen en voor die groep tijdige palliatieve zorg inzetten? Dit was de aanleiding om te starten met de PalliSupport studie, met proactieve zorgplanning als belangrijk component.

Palliatieve zorg en proactieve zorgplanning

Voor het eerst in deze rede noem ik de termen palliatieve zorg en proactieve zorgplanning. Om te zorgen dat we het allemaal over hetzelfde hebben leg ik graag kort uit wat deze termen betekenen.

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden [11].



Zoals u in figuur 3 kunt zien, kan er bij palliatieve zorg ook sprake zijn van zorg en behandeling gericht op ziekte. Nog vaak wordt palliatieve zorg verward met terminale zorg. Terminale zorg richt zich echter op de zorg en behandeling in de laatste dagen tot weken voor overlijden. Palliatieve zorg daarentegen, kan jarenlang bestaan, waarbij zorg en behandeling gericht op ziekte samengaat met zorg en behandeling gericht op symptomen. Zo kan er bij de diagnose van een ongeneeslijke aandoening sprake zijn van palliatieve zorg. U kunt hierbij denken aan ziektes als hartfalen, COPD en dementie. Veel mensen denken dat bij palliatieve zorg iemand binnen relatief korte tijd komt te overlijden, ze denken aan 'opgegeven zijn' en 'niet meer behandelen'. Belangrijk om te benoemen is dat zorgverleners altijd blijven zorgen en behandelen. Het doel van zorg en behandeling kan wel veranderen. Bij palliatieve zorg verandert het doel van zorg en behandeling steeds meer van levensverlengend handelen naar kwaliteit van leven als belangrijkste doel. Afwegingen zoals intensieve behandeling in het ziekenhuis met risico's op bijwerkingen ten opzichte van zorg en behandeling thuis gericht op kwaliteit van leven zijn bij palliatieve zorg belangrijk.

Het nadenken en spreken over deze afwegingen is een belangrijk onderdeel van proactieve zorgplanning. Om adequate palliatieve zorg te bieden, is het belangrijk dat ouderen, naasten en zorgverleners van elkaars wensen en grenzen op de hoogte zijn. Het nadenken over en bespreken van deze wensen en grenzen bevordert goede palliatieve zorg. Dat is waar proactieve zorgplanning over gaat.

Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning stelt mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met familie en zorgverleners. Proactieve zorgplanning gaat in op de zorgen van mensen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Proactieve zorgplanning moedigt mensen aan om een persoonlijke vertegenwoordiger aan te wijzen en om eventuele voorkeuren vast te leggen, en deze indien nodig regelmatig te bespreken en te herzien. Op deze wijze kan rekening worden gehouden met iemands voorkeuren op het moment dat diegene zelf niet in staat is om beslissingen te nemen [13].

In de PalliSupport studie onderzochten Isabelle Flierman [14] en Iris van Doorne [15] de effecten van tijdige palliatieve zorg bij ouderen die acuut werden opgenomen in het ziekenhuis met een palliatieve zorgbehoefte. Belangrijke onderdelen van tijdige palliatieve zorg waren proactieve zorgplanning en de

inzet van een transmuraal team palliatieve zorg. Ook hier leerden we veel, maar bovenal, zagen we dat een acute ziekenhuisopname de trigger kan zijn tot achteruitgang, maar ook dat het een lastig moment is om te spreken over het levenseinde. Want mensen komen tenslotte naar het ziekenhuis om beter te worden, is over het algemeen de gedachte. Met deze geleerde lessen ontstond het idee om weer terug te gaan naar waar we vandaan kwamen, naar huis, naar de eerste lijn.

Om het beter te kunnen begrijpen schets ik een casus:

Cora woont alleen in het huis waar haar ouders zijn geboren en zijn overleden. Zo wil zij het ook. Haar huisarts weet wat ze wel en niet wil. Zo lang mogelijk thuis blijven en geen toeters en bellen meer. Op een dag struikelt Cora thuis, valt en kan niet meer opstaan, haar alarm ligt nog op het nachtkastje. De verpleegkundige vindt Cora de volgende dag thuis, het is zaterdag. De verpleegkundige belt 112. Cora wordt met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Daar ziet de orthopeed een oude maar vitale vrouw met een gebroken heup, die door een dag op de grond, wat uitgedroogd en in de war is. Diezelfde dag wordt Cora geopereerd. Na de operatie is Cora wat verward, maar knapt genoeg op om drie dagen later naar de geriatrische revalidatie te gaan. De fysiotherapeut merkt op dat Cora geen motivatie heeft om te oefenen. Cora geeft pas dan voor het eerst aan; dit had ik helemaal niet zo gewild, ik wil naar huis. Drie dagen later krijgt Cora een longontsteking en overlijdt in het verpleeghuis.

Cora had het goed geregeld, haar wensen en grenzen waren bekend bij de huisarts. Toch ging het niet zoals ze het graag had gewild. Dit komt onder andere doordat er veel disciplines in verschillende settingen betrokken zijn bij zorg en behandeling van kwetsbare ouderen, zoals bij Cora. Er is onduidelijkheid in rollen en verantwoordelijkheden van betrokkenen en het is niet goed mogelijk om informatie vanuit een andere organisatie in te zien. Dit leidt tot potentieel niet passende zorg, zoals ongewenste overgangen (vaak een acute ziekenhuisopname), niet overlijden op plaats van voorkeur en een hogere symptoomlast. Zo is uit onderzoek bekend dat 67% van de patiënten in de laatste levensmaanden (acute) ziekenhuisopnames en overgangen tussen zorginstellingen ondergaan [16]. Ook weten we dat de meerderheid van de patiënten thuis wil overlijden, terwijl maar 36% van deze patiënten daadwerkelijk thuis overlijdt [17]. In het jaar na een acute ziekenhuisopname overlijdt 35% van de ouderen, terwijl er in die groep bijna niets bekend was over wensen en grenzen voor zorg en behandeling [18]. Steeds vaker spreken we ook over potentieel niet passende zorg in de laatste levensfase. Een recente nationale studie vanuit het IKNL, mede gebaseerd op data van PalliSupport, laat zien dat

28% van overleden volwassenen potentieel niet gepaste zorg in de laatste 30 dagen voor overlijden ontvangt [19].

Als het gaat om proactieve zorgplanning bestaat er veel praktijkvariatie. In alle regio's in Nederland wordt aan digitale oplossingen gewerkt voor proactieve zorgplanning, zoals het kunnen uitwisselen van gegevens tussen verschillende softwaresystemen. Alleen, elke regio doet het net even anders, vragenlijsten verschillen, de technische oplossingen verschillen en een landelijke informatiestandaard ontbreekt, of is vooral gericht op het medische deel van proactieve zorgplanning, zoals wel of niet reanimeren. Gelukkig zijn er nu recent echt stappen gezet om landelijk samen te werken in een coalitie met als doel een werkende digitale oplossing voor proactieve zorgplanning, waarbij ook de rol van de verpleegkundige steeds meer een plek krijgt. Dit is voor mij een voorbeeld hoe je transmurale en interprofessioneel samenwerkt tussen praktijk, onderzoek en beleid.

Kijken we terug naar de zojuist geschetste casus van Cora, dan zagen we dat haar wensen niet bekend waren bij de wijkverpleging, de ambulancedienst en het ziekenhuis. Annigje Bos, docent-onderzoeker bij de HvA heeft in 2024 een NWO lerarenpromotiebeurs ontvangen om transmurale proactieve zorgplanning te verbeteren door te onderzoeken of en hoe wijkverpleegkundigen een grotere rol kunnen krijgen bij het bespreken van wensen en behoeften met als belangrijk onderdeel de beschikbaarheid van informatie en de uitwisseling daarvan.

Schaarste aan zorgaanbod bij groeiende vraag naar zorg

Door de toenemende vergrijzing en het beleid dat ouderen steeds vaker en langer thuis blijven wonen, staat de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg onder druk. Omdat de zorg steeds vaker van ziekenhuis en verpleeghuis naar thuis en in de wijk verplaatst, stijgt de vraag naar wijkverpleging. Echter is er een tekort aan medewerkers in de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Tussen 2020 en 2050 stijgt het aantal cliënten met wijkverpleging van 593.000 tot 1.034.000 [20]. Daarnaast stijgt het arbeidsmarkttekort in de VVT van 26.000 mensen in 2020 naar 243.000 mensen in 2050, voornamelijk in de verpleging en verzorging.

Een van de redenen is dat studenten verpleegkunde na het afronden van hun opleiding vaak de voorkeur hebben voor het werken in het ziekenhuis ten opzichte van andere werkelden, zoals de wijkverpleging [21]. In het opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020, kwam er meer aandacht voor de

wijkverpleegkundige [22]. Collega Margriet van Iersel onderzocht of en hoe een vernieuwd curriculum aan de opleiding Verpleegkunde invloed heeft op de beeldvorming van studenten over wijkverpleegkunde, en of zij na het doorlopen van dit onderwijs andere keuzes maken bij de zorgverlening aan cliënten thuis [23]. Zij liet in haar onderzoek onder meer zien dat er veel misconcepties bestaan over het werken als wijkverpleegkundige. Een herzien curriculum leek nauwelijks effect te hebben op de keuzes die studenten maakten. Rolmodellen in de praktijk, goede begeleiding en (academische) leerwerkplaatsplaatsen zoals deze ook al bestaan in de ziekenhuizen waren onder meer aanbevelingen uit het proefschrift van Margriet van Iersel.

Verbinding onderzoek, onderwijs en praktijk

Academische leerwerkplaatsen

Op een academische leerwerkplaats (ALWP) leren en werken studenten en professionele zorgverleners van verschillende disciplines samen in de praktijk. Leerwerkplaatsen zijn ingebed in een bestaande stagecontext, zoals een verpleegafdeling. De toevoeging van het woord academisch maakt dat er specifiek aandacht is voor onderzoek tijdens de stage van studenten. Bij voorkeur zijn deze ALWP's ook interprofessioneel en transmuraal. Dan worden ze ook wel transmurale interprofessionele academische leerwerkplaatsen genoemd. Zorg, onderwijs en onderzoek staan centraal in een ALWP. Studenten van verschillende opleidingen, waaronder mbo en hbo, lopen samen stage en volgen gezamenlijk stage-onderwijs én doen samen onderzoek.

Een belangrijk kenmerk van ALWP's zijn de themadagen, die drie vaste onderdelen hebben:

- 1) Masterclass praktijkgericht onderzoek: Een onderzoeker introduceert een thema aan de hand van wetenschappelijk onderzoek.
- 2) Whole system in the room: Een live casusbespreking met studenten, zorgverleners, patiënt en eventueel een mantelzorger, waarin de zorg wordt geëvalueerd en verbeterpunten worden besproken.
- 3) Follow the patient: Studenten evalueren de zorg die een patiënt tijdens en na opname heeft ontvangen en presenteren hun bevindingen tijdens de themadag.

De eerste ALWP waar ik vanuit de Hogeschool van Amsterdam (HvA) bij betrokken ben is in Amsterdam Zuidoost, bij de Wijkkliniek en de wijkverpleging van Cordaan. De projecten Fit for Practice en Wijk up call, met Corine Latour als initiator, lagen aan de basis van deze ALWP's. Met eerst Sanne Nissink en nu Anniek Leijnse als stagedocent, wordt er samen met studenten onderzoek gedaan bij deze ALWP. Anniek richt zich in haar onderzoek op inclusieve en passende zorg in geriatrische revalidatie. Dit onderzoek komt mede voort uit het project STEERING ACP, waar met onder meer de hulp van Ilana Aaronson heel

mooie inclusie aantallen bereikt worden. Op deze manier laten we aan studenten zien dat onderzoek onderdeel is van het verpleegkundig beroep. Deze ALWP startte als interprofessionele en transmurale academische leerwerkplaats, waarbij studenten in de wijk gezamenlijk onderwijs volgen met de studenten die stage lopen in de Wijkkliniek. Ook bij de tweede ALWP in samenwerking met Omring, met Linda Brink als stagedocent, is er een combinatie van studenten die intramuraal en extramuraal stage lopen. Studenten die stage lopen in de geriatrische revalidatie en in wijkverpleging bij Omring, volgen gezamenlijk stage-onderwijs, waarbij ze ook gezamenlijk werken aan onderzoek en innovatie. Deze academische leerwerkplaatsen zijn voorbeelden hoe je kunt bijdragen aan een goede beeldvorming van de ouderenzorg en de wijkverpleging, zodat studenten er ook na hun opleiding willen blijven werken. Ook laten deze ALWP's zien hoe je goed kunt samenwerken tussen praktijk, onderwijs en onderzoek.

Toch is er meer nodig. Kennisontwikkeling, innovatie en een stevige, duurzame kennisinfrastructuur zijn essentieel voor toekomstbestendige wijkverpleging waarin praktijk, onderwijs, onderzoek en beleid intensief samenwerken op regionaal en landelijk niveau.

Academische werkplaats wijkverpleging

In januari van dit jaar zijn we gestart met het opzetten van een academische werkplaats wijkverpleging (tekstbox 2). Een academische werkplaats is een infrastructuur, met als doel bij te dragen aan toekomstbestendige wijkverpleging. Samen met Amstelring, Cordaan, Eevan, Omring, HvA, MBO College West, Nova College en met het Amsterdam UMC werken we aan toekomstbestendige zorg voor mensen thuis in de Academische Werkplaats Wijkverpleging Noord-Holland (AWW-NH) door het samen ontwikkelen en toepassen van kennis en nieuwe kennis te verspreiden. De AWW-NH maakt deel uit van een landelijk consortium samen met de academische werkplaatsen wijkverpleging van de regio's Utrecht, Nijmegen, Groningen en Maastricht. In dit landelijke consortium werken de academische werkplaatsen wijkverpleging nauw samen met beroepsverenigingen en beleidsmakers, waaronder V&VN, het Ministerie van VWS, Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

De AWW-NH is verbonden aan het Universitair Netwerk Ouderenzorg Amsterdam (UNO Amsterdam). UNO Amsterdam richt zich met onderzoek en producten op ouderen met complexe zorgproblemen en op mensen die langdurige zorg, revalidatiezorg of palliatieve zorg ontvangen [24].

Tekstbox 2. Academische werkplaats versus academische leerwerkplaats

De naam academische werkplaats wijkverpleging is wellicht wat verwarrend ten opzichte van de zojuist besproken academische leerwerkplaatsen. Een academische *leerwerkplaats* is een fysieke stageplek waar onderzoek en onderwijs samenkomen in de praktijk en waar het leren in de praktijk van studenten centraal staat. Een academische werkplaats wijkverpleging is een infrastructuur waarin meerdere organisaties samenwerken, waar een leerwerkplaats onderdeel van kan zijn.

In de AWW-NH wordt gewerkt aan drie thema's: wijkgerichte preventie, acute ouderenzorg en volledig pakket thuis (ook wel verpleeghuiszorg thuis genoemd). Binnen deze thema's is er aandacht voor interprofessionele samenwerking, informele zorg en zorgtechnologie. Het betreft interprofessionele en transmurale thema's, waar de wijkverpleging een cruciale rol in heeft en waar verdere kennisontwikkeling nodig is om de wijkverpleging toekomstbestendig te houden.

Rond ieder thema wordt een ontwikkelpraktijk gevormd. In een ontwikkelpraktijk werken meerdere organisaties samen op één thema, waarbij zorgverleners samenwerken met onderzoekers en opleiders. Kenmerkend aan een ontwikkelpraktijk is dat een zorgverlener het werk als zorgverlener combineert met wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek. Door deze combinatiefunctie wordt optimaal kennis uitgewisseld wat een directe impact heeft op de zorgpraktijk en het onderwijs van toekomstige zorgverleners. Vanuit de HvA richt docent-onderzoeker Anne Ausema zich op het thema wijkgerichte preventie, wat mede aansluit op het nieuwe opleidingsprofiel BN2030. Ondertussen start docent-onderzoeker Anne Groen met de evaluatie van de implementatie van dit nieuwe opleidingsprofiel.

Implementatie in de praktijk en onderwijs

Eerdere ervaring binnen de ontwikkelpraktijken is opgedaan onder andere bij de ontwikkelpraktijk geriatrische revalidatie (GR) van UNO Amsterdam. De ontwikkelpraktijk GR is een samenwerking tussen GRZ plus (Omring en Zorgcirkel), Vivium Naarderheem en Zonnehuisgroep Amstelland. Anne Lubbe is een van de science practitioners die haar werk als fysiotherapeut combineert met promotieonderzoek naar de kwaliteit van geriatrische revalidatie vanuit het perspectief van de revalidant. Haar resultaten laten zien dat revalidanten

voorbereiding, goede organisatie en sociale interactie belangrijk vinden als het gaat om kwaliteit van GR [25,26]. Met onderzoek in ontwikkelpraktijken bevorderen we implementatie van resultaten uit onderzoek naar de praktijk. Ook de vertaalslag maken van wetenschappelijke kennis naar de praktijk en onderwijs staat in deze ontwikkelpraktijken centraal. Een voorbeeld is de ontwikkeling van de virtual reality (VR), waarbij de resultaten uit onderzoek zijn verwerkt in een VR film vanuit het perspectief van de revalidant. Deze VR wordt nu aangeboden als onderwijs via een samenwerking met de HvA en is beschikbaar voor zowel studenten als zorgverleners in de praktijk om een leven lang ontwikkelen te bevorderen én bewust te blijven van het perspectief van de persoon waar het vooral om gaat.

Dit doen we in meer projecten, waaronder het project Beter Laten en Beter Doen. Emma van Dam is recent gestart met onderzoek naar Beter Laten en Beter Doen in de palliatieve zorg voor mensen in het verpleeghuis, een samenwerking tussen Amsterdam UMC, HvA, Kennemerhart en Atlant. Zorgteams bepalen zelf welke interventies ge(de)implementeerd worden. Tijdens en na het (de) implementeren onderzoeken we of en hoe dit leidt tot meer zeggenschap en een betere kwaliteit van leven voor bewoners en hun naasten.

Dit zijn heel concrete voorbeelden van hoe samenwerking tussen praktijk, onderzoek en onderwijs er uit zou moeten zien, waarbij het perspectief en de vragen van ouderen en de zorgpraktijk de basis zijn voor onderzoek en resultaten vervolgens teruggebracht worden naar de praktijk en het onderwijs.

Ouderen en zorgverleners hebben het laatste woord

In deze rede heeft u al deels kunnen zien waar ik mij de komende jaren op ga richten. Deze thema's zijn uiteraard niet zomaar gekozen en sluiten aan bij (inter)nationale ontwikkelingen, maar bovenal bij de perspectieven van ouderen en zorgverleners zelf. Het aansluiten bij deze perspectieven is dan ook de basis van dit lectoraat. Dit past bij de recente ontwikkelingen voor meer zeggenschap van zorgverleners, zoals verpleegkundigen. Sinds 1 juli 2023 is er dan ook 'de Wet zeggenschap in de zorg' (een toevoeging aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) en samen met de adviesraden van de bij UNO Amsterdam aangesloten zorgorganisaties wisselen we regelmatig ervaringen uit. Janet Bloemhof doet onderzoek naar manieren om zeggenschap binnen zorgteams te verbeteren in ziekenhuizen. Dit onderzoek is een voorbeeld van hoe ik ook probeer om goede voorbeelden tussen zorgsettings en organisaties te delen, ook buiten de ouderenzorg, zodat we blijven leren van elkaar.

Het lectoraat Kwaliteit van Ouderenzorg

De ouderenzorg van morgen, overmorgen en over vijf jaar vraagt om een integrale, persoonsgerichte, proactieve en probleemgerichte aanpak waarin samenwerking en innovatie centraal staan, rekening houdend met de ontwikkelingen van de komende tijd, waaronder diversiteit, digitalisering en duurzaamheid. Daarom richt ik mij op het inrichten van een zorgsysteem waarin voor ouderen toegang is tot kwalitatief goede zorg, waarin zij en hun naasten zich gehoord, gezien en ondersteund voelen in hun behoeften en wensen en waar studenten en zorgverleners met plezier leren en werken. Dit vereist een synergie tussen onderwijs, onderzoek en praktijk.

Hoe we dit gaan bereiken, licht ik graag kort toe in vier uitgangspunten waar ik mij in dit lectoraat specifiek op wil richten:

Wetenschappelijke onderbouwing van praktijkgericht handelen

Het is essentieel om onze handelingen te baseren op praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. Dit betekent enerzijds onderzoek uitvoeren van topkwaliteit (denk bijvoorbeeld aan de pyramide van evidence). Anderzijds is het belangrijk dat onderzoek zich aanpast aan de context van de praktijk, waarbij onderzoek niet het primaire doel wordt. Dit zorgt ervoor dat interventies effectief en relevant zijn voor de praktijk. De uitdaging blijft het zoeken naar het best passende onderzoeksdesign. Door evidence-based kennis toe te passen, kunnen zorgverleners interventies inzetten die aantoonbaar bijdragen aan betere uitkomsten.

Het verweven van onderwijs, onderzoek en praktijk

Onderwijs, onderzoek en praktijk versterken elkaar wanneer ze nauw worden verweven. Dit kan worden bereikt door studenten, docent-onderzoekers en zorgverleners actief te betrekken bij alle fases van praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek, zoals we nu al doen bij academische leerwerkplaatsen, én door onderzoeksresultaten te integreren in het curriculum en toe te passen in de praktijk. Hierdoor ontwikkelen studenten niet alleen praktische vaardigheden,

maar leren ze ook kritisch te denken en onderbouwd keuzes te maken in de zorgpraktijk, wat uiteindelijk de zorg van de toekomst ten goede komt.

Samen leren en verbeteren in de praktijk

Het samen leren en verbeteren in de praktijk stimuleert een cultuur van voortdurend willen verbeteren en innovatie. Door interprofessioneel samen te werken en te reflecteren op de dagelijkse zorgpraktijk, kunnen studenten, zorgverleners en docent-onderzoekers verbeterpunten signaleren en bijdragen aan oplossingen. Dit draagt bij aan een veilige leeromgeving waarin kennisdeling, kwaliteitsverbetering en goede zorg centraal staan.

Betrekken van ouderen, verpleging, verzorging, helpenden, studenten en docent-onderzoekers

Het betrekken van ouderen, zorgverleners, studenten en docent-onderzoekers, zorgt voor een inclusieve aanpak waarin alle perspectieven worden meegenomen. Dit bevordert maatwerk en zorg op basis van behoeften en ervaringen. Door iedereen actief te betrekken, wordt niet alleen de kwaliteit van zorg verbeterd, maar ook de tevredenheid van alle betrokkenen verhoogd.

Met deze uitgangspunten nodig ik u allen uit om samen met mij deze ambitieuze wensen te verwezenlijken. Samen bouwen we aan kwalitatief goede ouderenzorg die klaar is voor de uitdagingen van de toekomst.

Dankwoord

Veel van wat ik de afgelopen jaren heb kunnen verwezenlijken, zou zonder de steun, inspiratie en hulp van anderen niet mogelijk zijn geweest. Bijna alles wat ik in deze rede heb gedeeld, heb ik samen met anderen gedaan. Daarom wil ik dit bijzondere moment afsluiten met een woord van dank.

Het instellen van het bijzonder lectoraat Kwaliteit van Ouderenzorg is voor mij een formalisering van de combinatie van mijn werkzaamheden bij zowel de Hogeschool van Amsterdam als het Amsterdam UMC.

Als eerst wil ik het College van Bestuur van de Hogeschool van Amsterdam bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen, in het bijzonder dank ik Geleyn Meijer en Jopie Nooren voor de inspirerende gesprekken. Ik heb genoten van de wisselwerking tussen Jopie Nooren en de studenten bij een bezoek aan de Wijkkliniek. Ook dank ik prof. dr. Nynke van Dijk, decaan van de faculteit Gezondheid, Sport en Bewegen, voor de steun en het vertrouwen. Daarnaast wil ik de Raad van Bestuur van het Amsterdam UMC bedanken, in het bijzonder Karen Kruijthof, voor het in mij gestelde vertrouwen en voor het mogelijk maken van dit lectoraat.

Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg, we zijn al sinds 2010 samen op pad, waarbij je als het ware de reisleader bent van de groepsreis. Wat is het fijn om iemand te kunnen volgen die de paden al eerder heeft bewandeld, en die haar expertise met zoveel enthousiasme deelt. Als het gaat om wandelen, dan ben ik blij dat ik ook jou weet te inspireren.

Dr. Corine Latour, lector geïntegreerde complexe zorg van het cluster Verpleegkunde van de HvA. Volgens sommigen lijken we wel een getrouwd kibbelend stel. Gelukkig zijn we niet getrouwd, maar werken we wel heel fijn en goed samen. Wellicht zijn we toch meer een soort Buurman en Buurman. Corine, ik leer heel veel van je. Dank voor alles.

Gaby van den Berk, opleidingsmanager van het cluster Verpleegkunde van de HvA. Wij weten, samenwerken leer je pas echt door samen de maat te houden

in een orkest. En inmiddels weet ik ook, als er écht iets geregeld moet worden, dan moet ik bij jou zijn.

Ik wil mijn collega-lectoren bij de faculteit Gezondheid, Sport en Bewegen in het bijzonder dr. Margo van Hartingsveldt als primus inter pares, de hogeschoolhoofddocenten, collega's van het Center of Expertise Urban Vitality en het kenniscentrum van de faculteit bedanken. Ik kijk ernaar uit om nog intensiever met jullie samen te werken.

Prof. dr. Martin Smalbrugge, hoofd van de afdeling ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC, jouw inzichten, perspectieven en wijze woorden geven me altijd inspiratie en helpen me om verder te denken.

Prof. dr. Cees Hertogh vanuit de afdeling ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC en Prof. dr. Raoul Engelbert vanuit de HvA, jullie stonden mede aan de wieg van dit bijzonder lectoraat, dank voor jullie steun bij de eerste stappen tot het initiëren van dit bijzonder lectoraat.

Wat is het een voorrecht om met zoveel fijne collega's samen te werken. Ik wil de collega's van de afdeling Ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC bedanken. Voor de gezelligheid, de uitwisseling en bovenal jullie kennis en expertise, samen zijn we echt beter. Patricia Jepma, ook wij trekken al lang samen op en wat is dat fijn! Van onderzoeksassistent bij de FIT studie, afstudeercoördinator bij de HvA en nu samen bij de AWW-NH. We hebben echt al veel bereikt!

Collega's en studenten van het cluster Verpleegkunde bij de HvA, in het bijzonder mijn oude team hoofdfase B(ronner) en mijn huidige team lectoraat. Het voelt als thuiskomen op de 2e etage, gang C, vooral op mijn vaste flexplek in kamer C2.19 omringd door levendigheid, drukte, studenten en docenten. Ook jullie dank ik voor de gezelligheid en de verfrissende en innovatieve ideeën om onderzoek en ouderenzorg tot leven te brengen, ook in het onderwijs. Stiekem geniet ik misschien nog het meest van jullie vragen in de afstudeerchat.

Ouderen, naasten en zorgverleners, jullie wil ik bedanken voor het delen van jullie ervaringen. Zonder jullie is er geen basis voor praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek. In het bijzonder dank ik Wim, Diny, Gonny en Agnes voor het meedenken. Jullie zijn de echte reizigers door de ouderenzorg, vanaf de FIT studie, tot nu.

Familie en vrienden en in het bijzonder mijn ouders, dank voor jullie interesse in mijn werk. Bovenal dagen jullie mij uit hetgeen wat ik doe in mijn werk te blijven delen in normale-mensen-taal. Zoals een van jullie noteerde in de agenda op 18 maart 2025: spreekbeurt Marjon, waarbij je je vervolgens hardop afvroeg, heb je nu serieus een jaar de tijd om je spreekbeurt voor te bereiden?

En dan tot slot. Lieve Jasper. Degene die op alle fronten het meest betekent, van opoffering van onze vrije tijd samen, tot het redigeren en vormgeven van deze rede. Dank voor je onvoorwaardelijke steun. Samen is alles leuker. Op naar het volgende avontuur.

Referenties

1. Actiz. Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan. 2024;
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. Ouderen. Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
3. VZinfo. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Beschikbaar op: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht>
4. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, Schuurmans MJ, Levi M, de Rooij SE. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One*. 2011;6(11):e26951.
5. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-75.
6. Suijker JJ, Buurman BM, ter Riet G, van Rijn M, de Haan RJ, de Rooij SE, Moll van Charante EP. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:85.
7. Suijker JJ, van Rijn M, Buurman BM, Ter Riet G, Moll van Charante EP, de Rooij SE. Effects of Nurse-Led Multifactorial Care to Prevent Disability in Community-Living Older People: Cluster Randomized Trial. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158714.
8. van Rijn M. Nurse-led multifactorial care in community-dwelling older people: Outcomes on daily functioning, experiences and costs. 2017 Beschikbaar op: <https://dare.uva.nl/>
9. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, van Deelen BAJ, Moll van Charante EP, de Haan RJ, de Rooij SE. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):302-9.
10. Jepma P, Verweij L, Buurman BM, Terbraak MS, Daliri S, Latour CHM, Ter Riet G, Karapinar-Çarkit F, Dekker J, Klunder JL, Liem S, Moons AHM, Peters RJG, Scholte Op Reimer WJM. The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. *Age Ageing*. 2021.10;50(6):2105-2115.
11. IKNL/Palliactief. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. 2017.
12. de Graeff A, Jobse AP, Teunissen SCCM, Verkuijlen MMJD, Vissers KCP, Zylicz Z, Gilsing MG. Algemene principes van palliatieve zorg. *Ned Tijdschr Oncol*. 2017;14:62-

13. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, van der Heide A, Heyland DK, Houttekier D, Janssen DJA, Orsi L, Payne S, Seymour J, Jox RJ, e.a. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017;18(9):e543-51.
14. Flierman I. Timely palliative care for older patients: From early identification to better transmurale collaboration. 2021 Beschikbaar op: <https://dare.uva.nl/>
15. van Doorne I. Improvement of transmurale palliative care: Using patient preferences as a leading principle. 2023. Beschikbaar op: <https://dare.uva.nl/>
16. Van den Block L, Pivodic L, Pardon K, Donker G, Miccinesi G, Moreels S, Vega Alonso T, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen B. Transitions between health care settings in the final three months of life in four EU countries. *Eur J Public Health.* augustus 2015;25(4):569-75.
17. Francke A, Oosterveld-Vlug M, Boddaert M, Engels Y. Leren van bestaande data over palliatieve zorg.
18. Huijberts S, Buurman BM, de Rooij SE. End-of-life care during and after an acute hospitalization in older patients with cancer, end-stage organ failure, or frailty: A sub-analysis of a prospective cohort study. *Palliat Med.* 2016;30(1):75-82.
19. Pereira CFR, Dijkhoorn AFQ, Koekoek B, van den Broek M, van der Steen K, Engel M, van Rijn M, Meijers JM, Hasselaar J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van den Beuken-van Everdingen MHJ, van der Linden YM, Boddaert MS, e.a. Potentially Inappropriate End of Life Care and Healthcare Costs in the Last 30 Days of Life in Regions Providing Integrated Palliative Care in the Netherlands: A Registration-based Study. *Int J Integr Care.* 2024;24(3):6.
20. Gopal K, de Kort J, Linckens D, Marchal B, Veen A. Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050. 2021.
21. van Iersel M, Latour CHM, van Rijn M, de Vos R, Kirschner PA, Scholte Op Reimer WJM. Factors underlying perceptions of community care and other healthcare areas in first-year baccalaureate nursing students: A focus group study. *Nurse Educ Today.* 2018;66:57-62.
22. Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde. Opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020.
23. van Iersel M. Nursing education for community care: Effect of curriculum-redesign on students' perceptions and choices in caregiving [Internet]. 2021 [geciteerd 29 december 2024]. Beschikbaar op: <https://dare.uva.nl/>
24. UNO Amsterdam. Beschikbaar op: <https://www.unoamsterdam.nl>
25. Lubbe AL, Schellekens J, Pol MC, Groen WG, Buurman BM, Hertogh CMPM, van Rijn M. 'Treat people with human dignity': the perspective of older adults on the quality of

geriatric rehabilitation. *Eur Geriatr Med.* 2024;15(6):1783-92.

26. Lubbe AL, van Rijn M, Groen WG, Hilhorst S, Burchell GL, Hertogh CPM, Pol MC. The quality of geriatric rehabilitation from the patients' perspective: a scoping review. *Age Ageing.* 2023;52(3):afad032.

Curriculum vitae

Marjon van Rijn (1986) is bijzonder lector Kwaliteit van Ouderenzorg aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en Amsterdam UMC. In 2008 studeerde Marjon af aan de HBO-V van de Hogeschool Rotterdam. Ze werkte daarna als verpleegkundige op de afdeling interne geneeskunde van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Na het behalen van de master gezondheidswetenschappen in 2010 startte Marjon als onderzoeksverpleegkundige op de afdeling ouderengeneeskunde/geriatrie van het Academische Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam. Vanaf 2014 combineerde zij haar werkzaamheden bij het AMC met die van docent-onderzoeker verpleegkunde bij de HvA. In 2017 promoveerde Marjon op het onderzoek 'Nurse-led multifactorial care in community dwelling older people' aan de Universiteit van Amsterdam. Na een wandeling van 3000 km in Nieuw Zeeland keerde Marjon terug naar Amsterdam en zette haar werkzaamheden voort bij zowel het AMC als de HvA. In het AMC was zij postdoc onderzoeker op het PalliSupport project en bij de HvA coördineerde ze het afstuderen binnen de bachelor van HBO-V en werkte als themacoördinator bij het Centre of Expertise Urban Vitality. In 2020 maakte Marjon de overstap van de afdeling geriatrie van het AMC naar de afdeling ouderengeneeskunde van het VUmc (waarbij AMC en VUmc niet veel later officieel fuseerden tot Amsterdam UMC). Tot op heden combineert Marjon haar werkzaamheden als senior onderzoeker bij de afdeling ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC met die van hogeschoolhoofddocent bij het cluster Verpleegkunde van de HvA.

De afgelopen jaren ontving Marjon meerdere subsidies van ZonMw, waaronder in 2021 een persoonlijke subsidie om tijdige gepersonaliseerde zorg voor thuiswonende ouderen te verbeteren. In 2024 ontving Marjon een subsidie van ZonMw om een Academische Werkplaats Wijkverpleging op te zetten. In al deze projecten is er een zichtbare samenwerking tussen Amsterdam UMC en de HvA.

Marjon van Rijn is daarnaast onder meer redactielid bij Nurse Academy Ouderen en Thuiszorg en bestuurslid van het Expertisecentrum Palliatieve Zorg van het Amsterdam UMC.

Mensen leven steeds langer, vaak met meerdere, meestal chronische aandoeningen. Dit vergroot de vraag naar zorg van verschillende disciplines. Tegelijkertijd zorgt de vergrijzing voor een relatief kleinere beroepsbevolking. Daarnaast is er mede door verbeterde behandelmogelijkheden vaker meer keuze uit verschillende zorg en behandelopties, elk met voor- en nadelen op het gebied van levensverwachting, bijwerkingen en kwaliteit van leven. Zorg en behandeling vinden steeds vaker thuis plaats, zowel vanuit de acute als de langdurige zorg. Deze ontwikkelingen vragen veel van zorgverleners in de complexe omgeving van zorg voor ouderen.

Bijdrage lectoraat

Het lectoraat Kwaliteit van Ouderenzorg richt zich op praktijkvragen die voortkomen uit deze ontwikkelingen, met als doel de kwaliteit van ouderenzorg te behouden en te verbeteren. Dit gebeurt door intensieve samenwerking tussen praktijk, onderwijs en onderzoek, waarbij kennisontwikkeling én toepassing centraal staan.

Samenwerking

Dit bijzonder lectoraat is verbonden aan het cluster Verpleegkunde, Faculteit Gezondheid, Sport en Bewegen aan de Hogeschool van Amsterdam, in samenwerking met het Amsterdam UMC.

ISBN 9789463015561



9 789463 015561 >