



Blijven functioneren rondom ziekenhuisopnames door veerkracht

Rede uitgesproken door Geert van der Sluis bij aanvaarding van het ambt van bijzonder lector Functioneren en participeren rondom ziekenhuisopnames van het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing,

Academie voor gezondheidsstudies, Hanzehogeschool Groningen
Oktober 2022

share your talent. **move** the world.

Blijven functioneren rondom ziekenhuisopnames door veerkracht

Rede uitgesproken door Geert van der Sluis bij aanvaarding van
het ambt van bijzonder lector Functioneren en participeren rondom
ziekenhuisopnames van het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care
and Nursing,

Academie voor gezondheidsstudies, Hanzehogeschool Groningen
Oktober 2022

Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing

Academie voor Gezondheidsstudies, Hanzehogeschool Groningen

Dr. Geert van der Sluis

Zernikecomplex 21
9747 XX Groningen
E-mail: g.van.der.sluis@pl.hanze.nl
g.sluis@nijsmellinghe.nl

Colofon

Auteur: Geert van der Sluis

Design en lay-out: The Creative Hub Groningen - powered by Canon

2022

Inhoudsopgave

Inleiding 5

Veerkracht en reservecapaciteit als uitgangspunt voor gezond oud worden: het Healthy ageing
gedachtengoed 7

Aspecten van verlies in functioneel vermogen in relatie tot omgevingskarakteristieken
(cultuur, infrastructuur en professionaliteit) rondom ziekenhuisopname 11

Prehabilitatie als voorbeeld: gepersonaliseerde aanpak om intrinsieke capaciteit van mensen
rondom operaties te optimaliseren. 13

Hoe ziet het onderzoek eruit? 15

Nut en waarde voor de gezondheidszorg en (aankomende) zorgprofessionals 17

Nut en waarde voor het onderwijs 19

Tot slot 21

Over de lector 22

Referenties 23

Inleiding

Het is 8 januari 1990. Ik ben een jongen van bijna 13 jaar met al drie weken hevige buikpijn en hoge koorts. In het ziekenhuis wordt een blindedarmontsteking vastgesteld. De blinde darm is al doorgebroken en mijn buikvlies ontstoken geraakt. Een serieuze situatie waarvoor een operatie te gevaarlijk is volgens de chirurg. De buik moet eerst “rustig” worden.

Om dat te bereiken kreeg ik strenge bedrust voorgeschreven. En als kers op de taart kreeg ik daarbij ook nog een vloeibaar dieet. Strenge bedrust betekende ook dat ik voor was en plas in bed moest blijven. Hoe lang? Geen idee...! De enige parameter aan de hand waarvan mijn gezondheid op dat moment werd bepaald en waarvan die afhankelijk was, waren de ontstekingswaarden in mijn bloed. Na bijna vier weken waren die weer acceptabel en het verlossende woord kwam: ik mocht uit bed. Dat is een ervaring die me goed is bijgebleven. Ik had namelijk zoveel spierfunctie verloren dat ik niet meer op mijn benen kon staan. Gelukkig was er een verpleegkundige zo alert om mij op te vangen toen ik dat wel probeerde. Tot het moment dat ik weer op mijn benen mocht gaan staan, had ik ook het besef niet dat ik zoveel had ingeleverd. Ik weet inmiddels dat dit fenomeen ziekenhuisgerelateerd functieverlies wordt genoemd.

Drie maanden later ben ik geopereerd en in de zomer ging alles weer helemaal goed en kon ik mijn normale leven weer oppakken. Ik bezat dus voldoende veerkracht om weer optimaal te functioneren en participeren, oftewel mee te doen en het leven te leiden wat er voor mij toe deed en doet.

Je zult wellicht denken, dat waren de jaren negentig, tegenwoordig is dat anders. Dat is deels natuurlijk waar, maar toch herken ik nog steeds veel dingen van toentertijd in de huidige gezondheidszorg.

Stel je de volgende situatie eens voor: mevrouw de Vries van 86 jaar oud. Al jaren bekend met suikerziekte, vijf jaar geleden een kunstnie gekregen, en drie jaar geleden onderging ze een hartklepoperatie. Een paar jaar geleden overleed haar echtgenoot. Deze mevrouw loopt nog beperkte stukjes buiten met een rollator. Met een taxi wordt ze naar de supermarkt gebracht, waar ze nog zelfstandig haar boodschappen doet. Bij het uit de winkel lopen struikelt ze wat ongelukkig, waarna ze valt en haar heup breekt.

Wat nu? Die arme vrouw moet in ieder geval naar het ziekenhuis. Maar wat kan daar nog, gaat ze een operatie wel overleven? Kan ze ooit weer lopen? Kortom, hoe kan haar perspectief op een nog plezierig en comfortabel leven zo groot mogelijk zijn?

De komende vier jaar wil ik door middel van praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek meer leren over het vermogen of het onvermogen van mensen om zich aan de impact van een ziekenhuisopname of een behandeling aan te passen. Maar ook hoe een persoon wel of niet in staat is de mentale, sociale en fysieke stress die gemoeid gaat met ziekenhuisopnames op te kunnen vangen. Bezit deze persoon de veerkracht om uiteindelijk weer optimaal mee te kunnen doen in de eigen sociale en fysieke woon- en leefomgeving? Maar naast het begrijpen hoe dit mechanisme werkt wil ik het vooral oplossen.

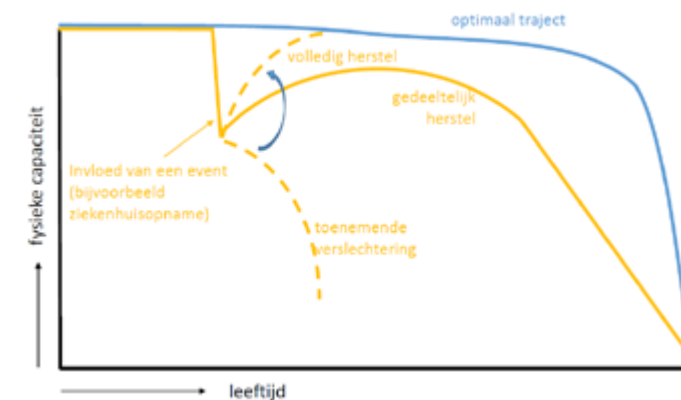


Veerkracht en reservecapaciteit als uitgangspunt voor gezond oud worden: het Healthy ageing gedachtengoed

Wanneer je mensen vraagt wat ze graag willen bereiken in het leven, dan wordt niet zelden “gelukkig en gezond oud worden” genoemd. We wensen jarigen vaak “nog vele jaren in goede gezondheid” toe. Dat is een mooie wens, want gezond oud worden is geen vanzelfsprekendheid. Sterker nog, het kan een behoorlijk uitdagend proces zijn.

Het gezond en actief ouder worden noemen we in de wetenschap ook wel healthy ageing. Nog iets preciezer bedoel ik met healthy ageing het proces van ontwikkelen en onderhouden van het **functioneel vermogen** van een persoon om gezondheid, meedoen en ertoe doen op oudere leeftijd mogelijk te maken en te houden (zie ook figuur 1).

In het vervolg van deze rede neem ik u mee in hoe ziekenhuisopname, diagnose(s) en medisch ingrijpen het proces van healthy ageing negatief kunnen beïnvloeden.



Figuur 1: Hypothetische trajecten van functioneel vermogen gedurende het leven van een persoon (gebaseerd op het WHO rapport: World report on ageing and health 2015)

- Optimaal traject: intrinsieke capaciteit blijft hoog tot aan het eind van het leven
- Een onderbroken traject, veroorzaakt door een “event” zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisopname met wat herstel daarna

De door Machteld Huber voorgestelde definitie over gezondheid verwijst ook naar de kenmerken van healthy ageing. Zij zegt: gezondheid is het vermogen van mensen om zich passen aan en regie te voeren over alle emotionele, fysieke en sociale uitdagingen die het leven biedt. Een ziekenhuisopname is op al deze fronten vaak een uitdaging. Niet zo gek dus dat sommige mensen

moeite hebben om het normale leven nadien weer optimaal op te pakken. Voor hen is de uitdaging te groot; zij hebben onvoldoende het vermogen om “terug te buigen”. Deze mensen kunnen langdurig en soms zelfs blijvend problemen in het dagelijks leven blijven ervaren. En dat is juist niet waarvoor ze naar het ziekenhuis waren gekomen! Ze wilden immers “beter” worden.

We weten onder andere uit onderzoek, maar inmiddels ook uit ervaring, dat ongeveer een derde van alle mensen na ziekenhuisopname deze problemen in het dagelijks leven ervaart. Een derde! Dat betekent dus dat van de drie patiënten die onze kliniek verlaten er één niet goed herstelt van de opname, ondanks dat ze kwamen om beter te worden. Bij deze patiënten hebben we misschien wel het oorspronkelijke probleem opgelost, maar ze hebben er een nieuw probleem voor in de plaats gekregen. De een heeft bijvoorbeeld geen longontsteking meer, maar is door krachtsverlies slechter ter been en valt hierdoor regelmatig. Een ander is wel succesvol geholpen aan zijn knieslijtage met een operatie, maar kan zijn werk niet meer uitvoeren. De gevolgen zijn zeer divers, maar de impact is elke keer groot. Wat mij betreft verdient goed functioneren rondom een ziekenhuisopname dan ook alle aandacht!

Laten we iets inzoomen op het probleem. Het figuur hierboven laat zien dat een ziekenhuisopname of een ander “major live event” het perspectief op gezond oud worden onder druk zet. Je dipt bij een opname in je vermogen om mentaal en fysiek te functioneren. Dit vermogen wordt binnen het healthy ageing gedachtengoed daarom ook functioneel vermogen genoemd. Het figuur laat dan vervolgens drie mogelijke scenario's zien: (1) je veert na niet al te lange tijd terug naar je oude niveau en hebt het optimale vermogen om te functioneren terug; (2) het herstel van je functionele vermogen gaat langzamer en is suboptimaal, waardoor je niet meer kunt doen wat je voorheen wel kon, of (3) je herstelt niet meer en komt vroeger dan verwacht te overlijden.

De vraag die mij de komende jaren bezig gaat houden is hoe de laatste twee scenario's op kunnen treden, en vooral hoe kunnen we het verlies van het vermogen om te functioneren bij de mensen waarbij dat gebeurt zo beperkt mogelijk houden of, beter nog, voorkomen?

Om daar meer zicht op te krijgen, wil ik het begrip functioneel vermogen verder verkennen. Ik ben er namelijk van overtuigd dat dit begrip een belangrijk fundament kan zijn om veerkracht of adaptief vermogen van mensen in relatie tot een ziekenhuisopname beter te begrijpen. Functioneel vermogen gaat over de mogelijkheden om mensen in staat te stellen te zijn en te doen wat voor hen belangrijk is (functioneren). Uit het rapport van de WHO over ouder worden en gezond blijven haal ik dat functioneel vermogen is opgebouwd uit de **intrinsieke capaciteit** van een persoon, relevante **omgevingskarakteristieken** (fysiek en sociaal) en de interactie hiertussen. In dit interessante rapport worden deze belangrijke twee begrippen verder uitgelegd:

- **Intrinsieke capaciteit** bevat alle mentale en fysieke capaciteiten van een persoon waar hij op terug kan vallen en bevat de mogelijkheden om te lopen, denken, horen, kijken en te herinneren. Het niveau van functioneel vermogen wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals de aanwezigheid van ziekte, aandoeningen en leeftijdgerelateerde veranderingen. Aannemelijk lijkt dat intrinsieke capaciteit van een persoon ook beïnvloed wordt door een “major live event” zoals een ziekenhuisopname (gele lijn in figuur 1).

- **Omgevingskarakteristieken** omvatten alle extrinsieke factoren zoals thuis, persoonlijke leefomgeving en de bredere samenleving en al de factoren daarbinnen, zoals de gebouwde omgeving, formele en informele netwerken, (sociale) waarden en normen, het politieke systeem etc. (WHO healthy ageing).

Mijn hypothese is dat het vergroten van het functioneel vermogen van mensen ook hun adaptief vermogen en veerkracht zou kunnen vergroten en daarmee de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten door bijvoorbeeld een operatie of ziekenhuisopname verkleinen. Het goede nieuws is daarmee ook dat er op verschillende vlakken invloed uit te oefenen is op het functioneel vermogen. Dat is dus het vergroten van de intrinsieke capaciteit van een persoon of omgevingsbeïnvloeding, ten gunste van het beter kunnen functioneren. Waarschijnlijk is dé oplossing te vinden in een combinatie van beide domeinen.



Aspecten van verlies in functioneel vermogen in relatie tot omgevingskarakteristieken (cultuur, infrastructuur en professionaliteit) rondom ziekenhuisopname

Ik weet zeker dat je je kunt inleven in de volgende situatie:

Je komt voor een geplande operatie naar het ziekenhuis. Laten we zeggen dat je een kunstheup gaat krijgen. Samen met de dokter heb je besloten dat dit een goede oplossing zou kunnen zijn voor je ervaren gezondheidsproblemen bij artrose. Of besloot de dokter het misschien zelfs voor je? Je loopt het ziekenhuis in met je tas met kleren en vraagt bij de balie waar je moet zijn. Je wordt vriendelijk naar de afdeling verwezen waar je zult verblijven. Je loopt daar onwennig op de gang, allemaal mensen in het wit, erg druk bezig, een patiënt in bed die over de gang gereden wordt met een blauw hemd aan. Waarschijnlijk onderweg naar de operatiekamer denk je. Oeh spannend. Je meldt je inmiddels betrekkelijk zenuwachtig bij de afdelingssecretaresse en die vraagt je plaats te nemen en meldt je dat er een verpleegkundige bij je zal komen. Het duurt laten we zeggen een kwartier. In dat kwartier blijf je zitten waar je zit, want je hebt geen idee wat kan en mag. Je hebt al bijna twaalf uur niet gegeten en gedronken en dat voel je inmiddels ook. Dan komt de verpleegkundige en vraagt een aantal dingen en brengt je naar de kamer. Je mag je uitkleden en het operatiehemd aandoen en vervolgens blijkt het de bedoeling te zijn dat je in bed gaat liggen wachten. Het kan zomaar twee uur of nog langer duren voor je naar de operatiekamer mag. Dan wordt je in datzelfde bed naar de operatiekamer vervoerd door twee verpleegkundigen... Je bent ineens een passieve patiënt, terwijl er in principe nog niks veranderd is ten opzichte van het moment dat je het ziekenhuis in liep. Toen was je een actieve burger; nu een afhankelijke, inactieve patiënt.

Het lijkt erop dat cultuur, infrastructuur en professionaliteit in de zorg en in het bijzonder in het ziekenhuis deze situatie creëert, die we eigenlijk als heel normaal beschouwen. Maar de vraag is of dit wel zo normaal zou moeten zijn. Veroorzaken we hiermee niet een kettingreactie van passief gedrag gedurende de ziekenhuisopname en daarna? Het zit in veel dingen, zelfs in de taal die we gebruiken. We liggen in het ziekenhuis en we staan op wachtlijsten. Mensen voelen zich waarschijnlijk weinig aangemoedigd om zelfstandig of samen met hun mantelzorg regie te nemen over de dagelijkse (zorg) activiteiten en de zelfzorg. Dit lijkt vaak versterkt te worden door de zorgprofessionals – en ook hun mantelzorg – die veelal deze taken van patiënten met compassie overnemen. Dit gebeurt in de keten en nadrukkelijk ook in een ziekenhuisomgeving die dan ook nog weer bepaald niét uitnodigt om fysiek, mentaal en sociaal actief te zijn. Dit staat haaks op de inzichten die ik eerder benoemde over gezondheid en gezond oud worden.



Prehabilitatie als voorbeeld: gepersonaliseerde aanpak om intrinsieke capaciteit van mensen rondom operaties te optimaliseren.

Mensen die ervoor kiezen om een operatie te ondergaan, kiezen voor een impactvolle gebeurtenis in hun leven. Een operatie heeft fysiek, mentaal, en sociaal potentieel veel gevolgen. Ik vergelijk een operatie vaak met het lopen van een marathon. De lichamelijke en psychische belasting is ongeveer gelijk. Ondanks deze gelijkenis is de paradox in de voorbereiding erg groot. Daar waar een marathonloper gericht met training- en dieetschema's aan het werk gaat, goed slaapt en ontspant tussendoor, is dit bij een persoon die een operatie ondergaat volledig anders. Het feit dat ik "ondergaat" schrijft suggereert dit al. Vaak wachten mensen letterlijk tot het zover is, worden weinig tot niet aangemoedigd om actief te zijn, en weten ook niet wat de impact op het fysiek en mentaal functioneren zal zijn. Vanaf twaalf uur voor de operatie mogen ze niet eten en drinken en worden zoals al eerder geschetst naar de operatiekamer gereden. Maar moeten mensen die geopereerd gaan worden niet op dezelfde manier als een marathonloper over de voorbereiding na gaan denken? Een trainingsschema, op maat maken? Een passend dieet volgen? Goed slapen en actief blijven meedoen zo lang het kan?

Daarom is in mijn optiek het steeds meer bewezen prehabilitatie concept zo veelbelovend. Prehabilitatie heeft als doel om patiënten zich optimaal voor te laten bereiden op een chirurgische ingreep. Hierbij wordt zo vroeg als mogelijk, samen met de patiënt, een gepersonaliseerd plan gemaakt om voor de operatie het functioneel vermogen te optimaliseren en zodoende reservecapaciteit te vergroten. Het "beschermend" effect dat door prehabilitatie is bereikt zou dan niet verloren moeten gaan tijdens de opname en daarna. Dus ik hoop dat prehabilitatie een integraal onderdeel wordt van gezondheidszorg waar de cultuur, infrastructuur en professionaliteit bijdragen aan het actief houden van de patiënt, ook tijdens en na de ziekenhuisopname. Dus geen televisies meer boven het bed, gezellig drukke gangen op de verpleegafdelingen, waar patiënten alweer werken aan hun eigen activiteit en participatiedoelen. Deze "cultuur" en daarmee dus ook het actieve(re) gedrag van patiënten wordt dus al direct ingezet zodra bekend is dat een ziekenhuisopname onvermijdelijk is.

Dus ik hoop oprecht dat in 2030 alle mensen die een grote operatie moeten ondergaan zo fit mogelijk op en van de operatietafel, en in en uit het ziekenhuis komen.

Maar hoe ga ik dat doen?

Om aan bovenstaande missie bij te dragen is een verandering nodig in het denken en doen van zowel (potentiele) patiënten, zorgprofessionals, managers, onderzoekers, beleidsmakers en mogelijk zelfs van de financiers. Het vraagt een bredere kijk op gezondheid en zorg die niet enkel uitgaat van het genezen van ziekte of het "repareren" van een lichamelijk defect. Ook moet het niet alleen maar gaan over het verlagen van de zorgkosten. Volgens mij moeten we in de gezondheidszorg vooral nadenken over hoe we samen met de (potentiële) patiënt kunnen bijdragen aan meer gezonde levensjaren. Daarbij is het belangrijk om meer in gezondheidsdoelen te denken en de gezondheidsbeleving van

de individuele patiënt en diens behoeftes, mogelijkheden en voorkeuren rondom gezondheid daarin leidend te laten zijn. Het gaat dus feitelijk om het organiseren van waardegedreven zorg. Ik denk daarbij dan graag vanuit het "quadrupel aim" model, waarin al deze aspecten een plek hebben: (1) het bevorderen van de gezondheid van de bevolking; (2) optimale beleving van gezondheid en zorg door de patiënt als individu; (3) het beheersen van de kosten in de zorg en (4) het optimaliseren van de werkbeleving van de medewerkers in de zorg.

In mijn periode als lector zou ik graag bij onderzoek, onderwijs en zorgvernieuwing waar ik bij betrokken ben steeds een gezonde balans willen zien tussen deze vier aspecten. Dat wil niet zeggen dat overal de vier domeinen altijd helemaal gedekt moeten zijn, maar in mijn werk als lector is het "quadrupel aim" denken wel een belangrijke pijler.

Hoe ziet het onderzoek eruit?

Volgens mij is het belangrijk om als lector vooral bezig te zijn met toegepast wetenschappelijk onderzoek. De combinatie van toepassing en wetenschap spreekt mij enorm aan: dus wetenschap als middel om praktijkproblemen op te lossen. Maar ook de dagelijkse praktijk als onderzoeksomgeving gebruiken om wetenschappelijke kennis op te doen, dus kennis die ontstaat door een vraagstuk uit de praktijk om te zetten in een gedegen wetenschappelijk onderzoek, waarbij de kennis daaruit direct terugvloeit de praktijk, maar het liefst ook het onderwijs in. Onderzoek met de voeten in de klei dus. Wetenschap echt inbedden in de praktijk en de onderzoekers ook onderdeel van die praktijk laten zijn. De alledaagse praktijk zou dan onderdeel van een "fieldlab" worden waarin deelnemers in een lerende organisatie vaardigheden op het gebied van datamanagement, design thinking en continue verbetermethoden ontwikkelen. De deelnemers van zo'n leergemeenschap zijn naast onderzoekers en zorgprofessionals ook studenten, docenten en patiënten. Op deze manier kan opgedane praktijkkennis en theoretische kennis direct omgezet worden in verbeterinitiatieven die ook weer te evalueren zijn. Kortom, zo ontstaat een (bij voorkeur kort) cyclisch proces van verbeteren, evalueren en bijsturen met daarbij steeds de wetenschappelijke kennis als een van de essentiële bronnen waaruit geput kan worden. Maar de praktijkvraagstukken en de kennis die daaruit voortvloeit leveren weer interessante bijdragen aan de wetenschappelijke basis van mijn vraagstuk.

Het prehabilitatieconcept zie ik als een mooi initiatief om volgens de beschreven methodiek aandacht te geven aan veerkrachtvergroting met en door patiënten. Want, zoals gezegd, is de wetenschappelijke basis van prehabilitatie steeds sterker aan het worden. Maar om deze wetenschappelijke kennis om te zetten in praktisch handelen en om deze veelbelovende vorm van zorg ook beschikbaar te maken voor alle patiënten die er in potentie van zouden kunnen profiteren, kent nog de nodige uitdagingen. Het gaat hierbij om het ecologisch valide maken van kennis die in de wetenschap bewezen is. Hierbij is het uitgangspunt dat de dynamiek van de dagelijkse praktijk nog heel wat anders is dan de dynamiek van de onderzoekssetting waarbinnen het bewijs verkregen is. Simpel gezegd, moet het onderzoek dus nog een keer over, maar dan in de werkelijkheid van de spreekkamer en de leef- en woonomgeving van de patiënt.

Hier zitten echter nog vele uitdagingen, waar ik graag in samenwerking met collegalectoren, onderzoekers, zorgprofessionals, patiënten en studenten aan wil gaan werken, te weten:

1. De diagnostiek om een goed beeld te krijgen van iemands intrinsieke capaciteit / fysiologische en mentale veerkracht, staat nog in de kinderschoenen. Ondanks het groeiende bewijs weten we ook heel veel nog niet over wat bepaalt of het intrinsieke systeem van een persoon dynamisch kan reageren op een fysiologische stressprikkel of niet.
2. Wanneer is het gerechtvaardigd om prehabilitatie in te zetten als interventie? De aanname is dat prehabilitatie met name zin heeft bij mensen bij wie een verhoogd risico bestaat op

het ontwikkelen van complicaties of een gecompliceerd of gedeeltelijk herstel. Dit wordt ondersteund door steeds meer wetenschappelijk bewijs.

3. Gebaseerd op de risicoscreening ontstaan er op basis van wetenschappelijk onderzoek steeds meer bewijzen over welke interventies ingezet kunnen worden. Echter, over het specifiek maken voor de individuele patiënt, zorgprofessional en de context waarbinnen dit moet plaatsvinden, ontbreekt nog de nodige kennis. Dit ecologisch valideren van het prehabilitatieconcept is daarom een belangrijk ontwikkelpunt.
4. Kunnen we gebruik maken van producten / technologie die het klassieke face to face contact tussen patiënt en zorgverlener versterken en / of deels overnemen teneinde de kwaliteit van zowel het proces van diagnostiek en interventie te versterken?

Deze thema's zullen de basis vormen voor een onderzoekslijn waaraan een lerende organisatie in co-creatie alle genoemde actoren in kunnen participeren. Het biedt ook de mogelijkheid voor PhD-studenten, masterstudenten, HBOstudenten en MBOstudenten om te participeren in onderzoek.

Nut en waarde voor de gezondheidszorg en (aankomende) zorgprofessionals

Mijn streven is dat mijn leeropdracht de gezondheidszorg en zorgprofessionals zal ondersteunen in hun bijdrage aan het concept van patiëntgecentreerde gezondheid. Ik wens oprecht dat patiënt en zorgprofessional samen optrekken in het zorg- en gezondheidsproces van een patiënt. Hierbij wordt naast het organiseren van de best passende zorg vooral ook gewerkt aan zelfmanagementstrategieën bij de persoon en "samenmanagement" tussen de persoon en zijn informele netwerk. Patiënt en zorgprofessional zullen idealiter samen optrekken in het vinden van passende strategieën (zorg, technologie, leefomgeving, leefstijl etc.) die tegemoet komen aan wensen, voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van een individu. Want veel beter dan zorgprofessionals ervaren en begrijpen patiënten de impact en realiteit van hun gezondheid, interventies en de eventueel daarbij horende ziekenhuisopname. Daardoor zullen juist zij ook een goed idee hebben over hoe gezondheid en eventueel zorg passend vormgegeven kan worden.

Samenwerking tussen patiënt en zorgprofessionals is echter meer dan alleen het organiseren van efficiëntere zorg. We moeten accepteren dat expertise over gezondheid, ziekte en zorg zowel binnen als buiten de cirkel van de gezondheidszorg zal liggen. Dit betekent dat het steeds belangrijker wordt om naast samenwerking met patiënten ook de samenwerking te zoeken met het informele netwerk, lokale communities, en experts in andere sectoren (technologie, omgeving etc.) om de gezondheid van mensen rondom een ziekenhuisopname te optimaliseren. Om dit te bereiken is een samenwerkende, innoverende en lerende attitude van (aankomende) zorgprofessionals nodig. Het gaat hierbij niet over wat professionals in de zorg allemaal kunnen, maar vooral over aan te sluiten bij wat de patiënt wil.



Nut en waarde voor het onderwijs

Mijn leeropdracht sluit aan bij thema's die relevant zijn voor het onderwijs binnen de Academie voor Gezondheidsstudies (zoals Fysiotherapie, Voeding en Diëtetiek). Maar zeker kan de leeropdracht ook een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundige. Daarom sluit een en ander goed aan bij het onderwijs binnen de Academie voor Verpleegkunde. Binnen deze opleidingen zou aandacht moeten zijn en blijven voor het “gezond houden” van mensen en hen mee(r) te laten doen. Daar is zorg een belangrijk onderdeel van. Maar ook kan deze zienswijze kennis en inzicht verrijken binnen de Master Healthy Ageing Professional, de Master Advanced Nursing Practice en de master Physician Assistant van de Hanzehogeschool Groningen. De uitdaging zal worden hoe we studenten, docenten en zorgprofessionals gezamenlijk en “on the job” aan inzicht en kennis(ontwikkeling) kunnen laten bijdragen. Juist dit perspectief op onderwijs werd door de managers van verschillende opleidingen enthousiast ontvangen. Ik wil in mijn rol als lector graag bijdragen aan deze nieuwe vormen van onderwijs op het gebied van ziekenhuisgerelateerd functieverlies. Omdat ik zowel met een been in de ziekenhuisorganisatie sta en met het andere been in de hogeschool zie ik veel mogelijkheden om de kloof tussen onderwijs en zorgpraktijk wat kleiner te maken. In september 2022 is bij ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten een gebouw van ROC de Friese Poort opgeleverd met een open verbinding met het ziekenhuis. Dit biedt een schat aan mogelijkheden om ook op locatie onderwijs te organiseren voor studenten en docenten van de Hanzehogeschool. Door middel van live streams met de operatiekamer, de uitslaapkamer en de verpleegafdelingen kan er nu al gemakkelijk onderwijs over en in de praktijk georganiseerd worden. Maar uiteindelijk zou de optimale doelstelling zijn dat er leerafdelingen komen in het ziekenhuis en nadrukkelijk ook binnen het systeem van de patiënt. Voor deze vormen van onderwijs moet nog het nodige ontwikkeld worden, zowel wat betreft faciliteiten, als binnen de onderwijscultuur. Ik hoop hier vanuit mijn rol en positie een belangrijke bijdrage aan te kunnen leveren.

Daarnaast zal ik:

- Gastonderwijs verzorgen bij o.a. de opleidingen Fysiotherapie, Voeding en Diëtetiek, Verpleegkunde en Toegepaste Psychologie.
- Verbinding zoeken met opleidingen en mogelijk ook gastcolleges geven bij aanpalende thema's (opleidingen) zoals facilitair management en (gezondheids)economie.
- Onderzoeksthema's en projecten faciliteren rondom ziekenhuisgerelateerd functieverlies, waarbij zowel bachelor- als masterstudenten onderzoeksprojecten kunnen uitvoeren. Soms als ondersteuning bij een lopend promotieonderzoek, soms als afgebakend onderzoeksproject.
- Bijdragen aan de ontwikkeling van onderwijscurricula waar onderhavig thema een relevante plek heeft in het onderwijs.



Tot slot

Wat ik heb willen zeggen is dat een opname in een ziekenhuis voor veel mensen een impactvolle gebeurtenis is. Hoewel voor de meeste mensen deze ziekenhuisopname “helend” is, blijkt dus dat voor dertig procent van de oudere patiënten de gevolgen groot zijn. Ze verliezen tijdelijk of blijvend fysieke of mentale functies zoals zelfredzaamheid in het dagelijks functioneren, mobiliteit en denkvermogen. Met deze leeropdracht wil ik enerzijds aandacht besteden aan cultuur, infrastructuur en professionaliteit binnen een ziekenhuis én in de gehele zorgketen – van de nulde tot de eerste, tweede en derde lijn – om zo een positieve bijdrage te leveren aan het terugdringen van negatieve effecten bij mensen voor, tijdens en na een ziekenhuisopname. Anderzijds is ook meer fundamentele kennis nodig over de interactie tussen stressoren rond een ziekenhuisopname en de persoon en zijn (in)formele supportstelsel die hieraan wordt blootgesteld. De verwachting is dat door kennisontwikkeling (bij voorkeur in de dagelijkse zorg) en verbeterinitiatieven tijdelijke of blijvende schade bij patiënten door ziekenhuisopnames en medische behandelingen teruggedrongen kan worden.

Zo gezegd, zo gedaan!

Functioneren en participeren rondom ziekenhuisopnames is een leeropdracht binnen het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing van de Hanzehogeschool Groningen. Dit lectoraat is onderdeel van het Centre of Expertise Healthy Ageing en verbonden aan de Academie voor Gezondheidsstudies. Het valt onder het Hanzethema Kwetsbaarheid en Passende Zorg.

Het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing (LAHC) doet praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek naar kwetsbaarheid in het paramedisch en verpleegkundig domein. Het LAHC onderzoekt hoe deze kwetsbaarheid gemeten en voorkomen of verminderd kan worden. Het onderzoek richt zich vooral op dagelijkse beweging, adequate voeding, spierfunctie maar ook sociale en psychische aspecten en optimale ontwikkeling van kinderen.

Over de lector

Geert van der Sluis werd op 2 maart 1977 geboren in Drachten. Na het voltooien van de Havo aan het Stellingwerfcollege te Oosterwolde ging hij in 1994 fysiotherapie studeren aan de Hanzehogeschool Groningen, een opleiding die hij in 1998 afrondde. Van 1998 tot 2002 studeerde hij Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische technieken (MBRT) aan de Hanzehogeschool Groningen. Na een periode van klinische ervaring in zowel radiotherapie (Radium hospital, Oslo) als fysiotherapie (Nij Smellinghe, Drachten) te hebben opgedaan, behaalde hij in 2007 zijn master klinische gezondheidswetenschappen. In 2013 is hij gestart met promotieonderzoek, naast zijn werk als fysiotherapeut. Dit traject was een samenwerking tussen Nij Smellinghe en de Universiteit van Maastricht. Voor Geert een mooie gelegenheid om wetenschappelijk onderzoek te doen in de dynamiek van de praktijk van alledag. Door als onderzoeker ingebed te zijn in de praktijk kon hij een transitieproces op een afdeling orthopedie leiden en wetenschappelijk onderzoeken. Binnen deze transitie speelden onder andere prehabilitatie, voorspellen van patiëntuitkomsten en fysiek activeren van patiënten rondom de chirurgische ingreep een belangrijke rol. Ook was Geert betrokken bij regionale en landelijke initiatieven rondom prehabilitatie en richtlijnontwikkelingen. Hij geeft op regelmatige basis gastcolleges op verschillende hogescholen over zorgvernieuwing en voorbereiding van patiënten rondom een chirurgische ingreep. De resultaten van zijn onderzoek zijn nationaal en internationaal gedeeld op symposia en congressen, o.a. British Orthopaedic Association (BOA) congress, London Knee meeting, World Confederation of Physical Therapy (WCPT) congress, European Federation of Orthopedics' and Traumatology (EFORT) congress en het European Geriatric Medicine Society (EUGMS) congress. Na afronding van zijn promotieonderzoek in 2018 werkte hij anderhalf jaar als projectleider value based healthcare in OLVG Amsterdam. In zijn huidige werk als fysiotherapeut in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten, heeft hij tevens een positie als programmaleider Onderzoek en innovatie rondom perioperatieve gezondheid. Sinds 1 november 2021 is hij aangesteld als bijzonder lector aan de Hanzehogeschool Groningen met een leeropdracht omtrent hetzelfde thema. Geert is sinds 2009 getrouwd met Sylvia Lulofs en is vader van Eline (12) en Arne (10).

Referenties

1. Loyd, C., Do, A.D.M., Zhang, Y., et al. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults : A Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(4):455-461.e5. doi:10.1016/j.jamda.2019.09.015
2. Hulzebos, E.H.J., Van Meeteren, N.L.U. Making the elderly fit for surgery. *Br J Surg.* 2015;n/a-n/a. doi:10.1002/bjs.10033
3. Decades, A.T., Remains, H.D., Problem, C. After Three Decades of Study , Hospital-Associated Disability. 2020:465-466. doi:10.1111/jgs.16349
4. Gill, T.M., Allore, H.G. Change in Disability After Hospitalization or Restricted Activity in Older Persons. 2010;304(17):1919-1928.
5. Bates, A., West, M.A., Jack, S. Framework for prehabilitation services. 2020:11-14. doi:10.1002/bjs.11426
6. Hoogeboom, T.J., Oosting, E., Vriezolk, J.E., et al. Therapeutic validity and effectiveness of preoperative exercise on functional recovery after joint replacement: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2012;7(5):1-12. doi:10.1371/journal.pone.0038031
7. Sourdet, S., Lafont, C., Rolland, Y., Nourhashemi, F., Andrieu, S., Vellas, B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(8):674-681. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.011
8. Brown, C.J., Redden, D.T., Flood, K.L., Allman, R.M. The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(9):1660-1665. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x
9. Covinsky, K.E., Pierluissi, E., Story, T.H.EP.S. Hospitalization-Associated Disability " She Was Probably Able to Ambulate , but I'm Not Sure ". *J Am Med Assoc A.* 2011;306(16):1782-1793. doi:10.1001/jama.2011.1556
10. World health organization. WHO rapport: World report on ageing and health 2015
11. Gijzel, S.M.W., Rector, J., Meulen, F.B. van, et al. Measurement of Dynamical Resilience Indicators Improves the Prediction of Recovery Following Hospitalization in Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(4):525-530.e4. doi:10.1016/j.jamda.2019.10.011
12. Manuscript A, Complexity P, Heart U, Dynamics R. NIH Public Access. 2010;56(9):1698-1703. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01858.x.Physiological
13. Haan, F.J. de, Rotmans, J. Technological Forecasting & Social Change A proposed theoretical framework for actors in transformative change. *Technol Forecast Soc Chang.* 2018;128(December 2017):275-286. doi:10.1016/j.techfore.2017.12.017
14. Vindrola-Padros, C., Pape, T., Utley, M., Fulop, N.J. The role of embedded research in quality improvement: a narrative review. *BMJ Qual Saf.* 2016:bmjqs-2015-004877. doi:10.1136/BMJQS-2015-004877
15. Marshall, M., Pagel, C., French, C., et al. Moving improvement research closer to practice: the Researcher-in-Residence model. *Qual Saf, B.M.J.* 2014;23(10):801-805. doi:10.1136/bmjqs-2013-002779

16. Richards, T., Montori, V.M., Godlee, F., Lapsley, P., Paul, D. Let the patient revolution begin. *Bmj*. 2013;346(may14 1):f2614-f2614. doi:10.1136/bmj.f2614
17. Fowler, F.J., Gerstein, B., Barry, M. How Patient Centered Are Medical Decisions? *JAMA Intern Med*. 2013;Online May(13):1215-1221. doi:10.1001/jamainternmed.2013.6172
18. Macdonald, C. UNDERSTANDING PARTICIPATORY ACTION RESEARCH : A QUALITATIVE RESEARCH METHODOLOGY OPTION. 2012;13(2):34-50.
19. Baum, F., Macdougall, C., Smith, D. Participatory action research. 2006:854-857. doi:10.1136/jech.2004.028662
20. Nwaru, B.I., Friedman, C., Halamka, J., Sheikh, A. Can learning health systems help organisations deliver personalised care ? 2017:1-8. doi:10.1186/s12916-017-0935-0
21. Ministerie van VWS. Kennis- en innovatie-agenda 2020-2023 gezondheid en zorg.



Mevrouw de Vries is 86 jaar oud. Al jaren heeft ze suikerziekte, vijf jaar geleden kreeg ze een kunstknie en drie jaar geleden onderging ze een hartklepoperatie. Mevrouw loopt nog beperkte stukjes buiten met een rollator. Met een taxi wordt ze naar de supermarkt gebracht, waar ze nog zelfstandig haar boodschappen doet. Bij het uit de winkel lopen, maakt ze een onhandige beweging. Ze struikelt, valt, en breekt haar heup. Wat nu? Mevrouw de Vries moet in ieder geval naar het ziekenhuis, dat is duidelijk. Maar wat kan daar voor haar gedaan worden? Zou ze een operatie wel overleven? Kan ze ooit weer lopen?

Met de leeropdracht Functioneren en participeren rondom ziekenhuisopnames wil Geert van der Sluis onderzoek doen naar hoe een patiënt vóór de ziekenhuisopname aan zijn fysieke en mentale fitheid kan werken om zodoende beter en sneller te herstellen. Hiervoor zal hij verschillende wetenschappelijke data vertalen naar praktische handvatten in de spreekkamer voor de patiënt en de betrokken zorgprofessionals. Op deze manier krijgt de patiënt inzicht in wat hij zelf kan bijdragen aan zijn herstel, en om complicaties te beperken of voorkomen.