

Op weg naar een proactieve en persoonsgerichte ouderenzorg



Samenvatting. Mensen verouderen verschillend. Waar de ene persoon tot op hoge leeftijd vitaal blijft, wordt een andere al veel vroeger in het leven getroffen door gebreken. In het ouderenzorgbeleid is *aging in place* een basisfenomeen geworden. Dit betekent dat ouderen zolang mogelijk in staat gesteld moeten worden om een betekenisvol leven te leiden in hun eigen woonomgeving, ook als ze kwetsbaar en hulpbehoevend zijn. Hierdoor zal de meeste zorg voor ouderen in de toekomst daadwerkelijk in de eigen woonomgeving plaatsvinden. Vanuit het fenomeen 'kwetsbaarheid' (*frailty*) en het concept van de 'veerkracht' (*resilience*) wordt een basis gelegd voor een duurzame, proactieve en persoonsgerichte ouderenzorg, dichtbij de leefomgeving van de oudere zelf en waarin ook de tandarts en andere mondzorgverleners een belangrijke rol spelen.

Schols JMGA, Petrovic M, Janssens B, De Witte N. Op weg naar een proactieve en persoonsgerichte ouderenzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 647-652
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.12.19059>

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u hoe in de toekomst de ouderenzorg volgens het concept van kwetsbaarheid en veerkracht, persoonsgericht en dicht bij de leefomgeving zal worden ingericht.

INLEIDING

Een mooie grijze golf spreidt zich uit over Nederland, België en andere Europese landen, die een demografie van vergrijzing en dubbele vergrijzing laten zien. Naast het feit dat dit een grote verworvenheid is, want nog nooit werden mensen gemiddeld zo oud, gaat dit ook met uitdagingen gepaard. Mensen verouderen immers verschillend. Waar de ene persoon tot op hoge leeftijd zeer vitaal kan zijn, wordt een andere al veel vroeger in het leven getroffen door mankementen en gebreken. Ondanks het feit dat mensen steeds ouder worden, geschiedt dit dus niet altijd in goede gezondheid! Naar verwachting zal de morbiditeit dan ook toenemen en daarmee ook het aantal ouderen dat zorg nodig heeft. Een substantieel deel van de ouderen wordt kwetsbaar en vervolgens zelfs geriatrisch patiënt (Gezondheidsraad, 2008).

Kwetsbare geriatrische patiënten vertonen een profiel van multimorbiditeit, polyfarmacie en nogal wat beperkingen, die veelal leiden tot een progressief toenemende zorgafhankelijkheid en daarmee ook een substantieel beroep doen op de beschikbare informele en formele zorg. Daardoor groeien de kosten van de gezondheidszorg in de meeste landen gestaag door, hetgeen op termijn een probleem zou kunnen vormen voor de houdbaarheid van een goed systeem van zorg en het vermijden van onnodige ziekenhuisopnames (Wiles et al, 2012; Dhoekie et al, 2014; Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2016; Kuijper, 2017; NZA, 2018; Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2019). Dat dit in de gemeenschap een meer proactieve ouderenzorg vereist, met een goede afstemming tussen het sociale domein en het zorgdomein, is duidelijk. Er is een verandering nodig van het handelen van zorgorganisaties en van de verschillende zorgverleners, die actief zijn in de ouderenzorg. Ook tandartsen en andere mondzorgverleners zullen daar niet aan ontkomen. Op dit moment worstelen vele zorgorganisaties en -verleners nog sterk met deze vooropgestelde transitie, vooral ook omdat het door hen wordt ervaren als een proces dat beter voorbereid had moeten worden.

In dit artikel wordt gepoogd vanuit de trias vitaal-

AGING IN PLACE

De huidige EU-politiek gaat uit van “*postponing institutionalization of frail and disabled older persons*”. Daarmee is *aging in place* een basisbegrip geworden; stel ouderen zolang mogelijk in staat om een betekenisvol leven te leiden in hun eigen woonomgeving, ook als ze kwetsbaar zijn.

FRAILITY

De kwetsbaarheid, broosheid of breekbaarheid van ouderen.

kwetsbaar-hulpbehoevend, direct gekoppeld aan de oudere zelf, een basis te leggen voor betekenisvolle ouderenzorg. Centraal kantelpunt in de deze trias is het dynamische fenomeen kwetsbaarheid, in het Engels aangeduid met de term *frailty*. De visie op *frailty* is belangrijk voor wat betreft de mogelijkheden die overblijven om de eigen regie van ouderen te versterken en zo via een adequate ondersteuning bij te dragen aan het voorgestane beleid van *aging in place* met de juiste zorg op de juiste plek.

KWETSBAARHEID - FRAILITY

Het fenomeen *frailty* heeft de laatste jaren groeiende aandacht gekregen in onderzoek en wetenschappelijke literatuur. Bij de afwezigheid van een gouden standaard zijn er 2 verschillende conceptualisaties van *frailty* ontwikkeld: een unidimensionaal en een multidimensionaal construct (Roppolo et al, 2015).

Unidimensionaal: deze benadering van *frailty* is primair gericht op het fysieke domein en wordt in het algemeen sterk aangehangen in de geriatrie. Grondleggers daarvan zijn Fried et al (2001), die *frailty* beschouwen als een biologisch syndroom van verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van een afname in functie van diverse fysiologische systemen én leidt tot een toegenomen gevoeligheid voor ongewenste, negatieve uitkomsten. Operationeel wordt dit vervolgens gedefinieerd als het voldoen aan 3 van de volgende 5 criteria: onbedoeld gewichtsverlies, zwakheid, verminderd uithoudingsvermogen en energie, traagheid en verlaagd activiteitsniveau.

Multidimensionaal: bij deze benadering wordt *frailty* breed geoperationaliseerd in de vorm van een brede risico-index. Dat gebeurt dan door het tellen van het aantal in de loop van de tijd opgelopen tekorten (de zogenoemde *frailty index* -FI) met inbegrip van lichamelijke en cognitieve beperkingen, psychosociale risicofactoren en geriatrische syndromen (bijvoorbeeld valincidenten, delier en urine-incontinentie) (Mitnitski et al, 2001). Daarop aansluitend hebben weer andere onderzoekers multidimensionale *frailty* gedefinieerd als “*een dynamische toestand waarin een individu verkeert die tekorten heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren - (lichamelijk, psychisch, sociaal en/of omgevingsgerelateerd), die onder invloed van een diversiteit aan variabelen worden veroorzaakt en die de kans op*

het optreden van ongewenste uitkomsten vergroot” (Gobbens et al, 2012; De Witte et al, 2013).

Beide benaderingen van *frailty* resulteerden in een groot aantal instrumenten om kwetsbaarheid te meten. Die instrumenten kunnen nogal variëren ten aanzien van de detectie van kwetsbare ouderen en ook wat betreft de verklaring van ongewenste negatieve uitkomsten (Gobbens et al, 2010; Peters et al, 2012; De Witte et al, 2013). Het doorlopende debat over de definitie van *frailty* leidt ertoe dat een duidelijke, eensgezinde en uniforme definitie en operationalisatie van *frailty* vooralsnog ontbreekt en niet onmiddellijk kan worden verwacht (Roppolo et al, 2015; Looman et al, 2018).

Inmiddels is ook bekend dat kwetsbaarheid vele uitingen heeft en dat kwetsbare ouderen een heterogene populatie vormen. Bovendien blijken ouderen zelf, hun naasten en ook hun dokters en andere hulpverleners kwetsbaarheid verschillend van elkaar te percipiëren (Van der Vorst et al, 2017).

Verder is er de afgelopen jaren nog wat anders duidelijk geworden: er bestaat namelijk ook een *countervailing power* (tegenkracht) tegen *frailty*. Sommige kwetsbare ouderen kunnen compenseren voor onderliggende (functionele) problemen om toch hetzelfde niveau van prestaties in het dagelijkse leven te behouden. Het inzetten van externe en interne compensatiestrategieën kan dus de impact van kwetsbaarheid verminderen en daardoor leiden tot behoud van voldoende fysiek, psychisch en sociaal functioneren (Xue, 2011; Huber et al, 2016; D-SCOPE, 2019).

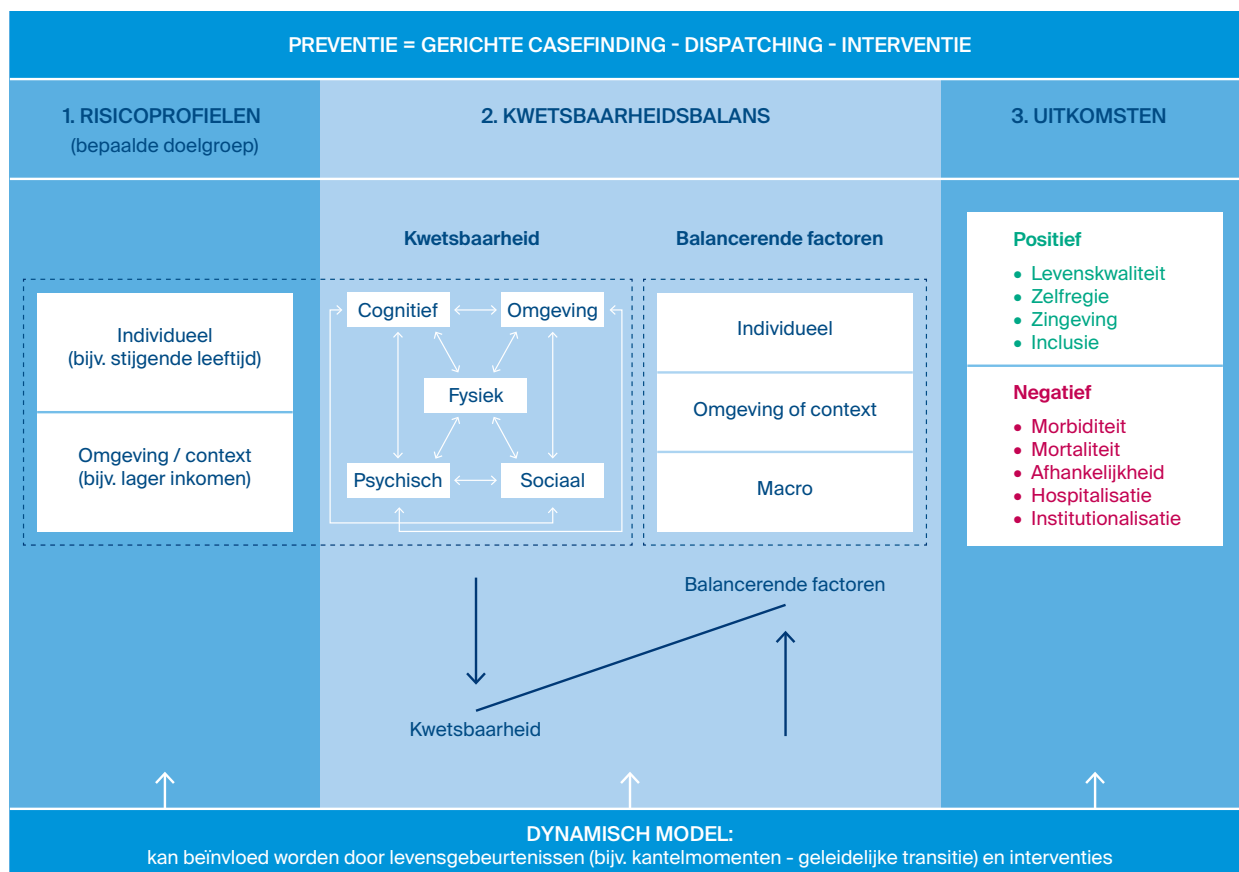
Ongeacht en ondanks de definitie-discussie wordt de laatste jaren dus steeds genuanceerder naar het *frailty* concept gekeken. De oorspronkelijke benaderingen van *frailty* gaan namelijk sterk uit van een ‘deficiet model’, terwijl de overtuiging groeit dat beter gebruik kan worden gemaakt van een model dat ook protectieve factoren tegen *frailty* incorporeert en rekening houdt met de resterende reserves van het individu.

Naast *frailty* heeft dit tot een herwaardering van het fenomeen *resilience* geleid en is er ook meer aandacht voor positieve uitkomsten gekomen zoals: regie, participatie, zingeving en *aging well in place*. Dat past in de positieve gezondheidsbenadering van Huber en ook in de benadering die het *frailty-balance* model volgt (afb. 1) (Huber et al, 2011; Huber et al, 2016).

In de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg wordt een kwetsbare oudere geleidelijk aan minder beschouwd als een individu met beperkingen die vanuit de zorg eigenlijk moeten worden opgelost of gesubstitueerd, en wordt de kracht van de oudere zelf meer benadrukt (Gallagher et al, 2008).

NAAR EEN PROACTIEVE, DUURZAME EN PERSOONS-GERICHTE OUDERENZORG

Een aanhoudend debat over *frailty* is weliswaar niet zo relevant voor de dagelijkse praktijk. Tot nu toe is één voordeel van het *frailty*-concept in ieder geval wel geweest dat er meer aandacht is gekomen voor het belang van een anticiperend



Afb 1. Model van de kwetsbaarheidsbalans – het frailty balance model (www.d-scope.be/nl/).

(zorg)beleid voor kwetsbare ouderen (Sacha et al, 2017).

Om ouderen langer in te staat stellen in hun eigen omgeving betekenisvol oud te worden, dient primair aandacht te worden besteed aan hoe ouderen, ook bij kwetsbaarheid, hun eigen kracht kunnen behouden én benutten. Anderzijds moet worden nagegaan hoe met de juiste randvoorwaarden een informele en formele zorgomgeving kan worden georganiseerd, die niet betuttelend maar inschikkelijk kan ondersteunen.

Voor een integrale, persoonsgerichte ouderenzorg is een brede benadering nodig met aandacht voor de volgende aspecten:

- *Keep-fit* strategieën voor ouderen (aandacht voor behoud van gezonde leefgewoonten en in het bijzonder voor goede voeding en beweging);
- *Empowerment* van ouderen en hun naaste omgeving (mantelzorgers);
- Veilige huisvesting en woonomgeving;
- Zorgzame buurt en ondersteunende vrijwilligers;
- Beschikbaarheid van lokale (sociale) activiteiten, die (kwetsbare) ouderen en hun naasten in staat stellen om zo lang mogelijk en vooral ook betekenisvol deel te blijven nemen aan het maatschappelijke leven;
- Zorgen voor een goede sociale kaart, dat wil zeggen duidelijkheid omtrent ondersteunende voorzieningen in de breedste zin van het woord;
- Voldoende en adequate beschikbaarheid van support

biedende respijtzorg (= voorzieningen voor tijdelijke opname/-opvang, dagzorg/-opvang enzovoort);

- Waar nodig, tijdige inschakeling van gezondheidszorgvoorzieningen, zowel preventief (bijvoorbeeld vaccinaties, aandacht voor veilig medicatiegebruik, preventieve mondzorg) als curatief en ook ter (langdurige) ondersteuning van de zorg zelf.

Het inschakelen van relevante gezondheidszorgvoorzieningen staat in de bovenstaande opsomming bewust op de laatste plaats om aan te geven dat de ouderenzorg niet primair vraagt om medicalisering. Het gaat erom dat de kwaliteit van leven zo dicht mogelijk bij de oudere zelf wordt gerealiseerd. Als formele zorg nodig is, moet deze passend en planbaar worden ingezet.

PASSENDE PROFESSIONELE OUDERENZORG

Professioneel ondersteunende ouderenzorg is zorg die steeds op de juiste plaats, op het juiste moment, op de juiste wijze en door de juiste zorgverlener(s) wordt geleverd en die aansluit bij de daadwerkelijke behoeften van het oudere individu. Omdat dé kwetsbare oudere niet bestaat, vereist ook professionele ouderenzorg elke keer opnieuw maatwerk en is deze misschien wel een expliciet voorbeeld van het tegenwoordig steeds meer voorgestane principe van gepersonaliseerde zorg

Het adagium is *“normaal waar mogelijk en alleen bijzonder als het niet anders kan”*. Dit betekent dat ouderen-

zorg vooral in de eerstelijns, moet plaatsvinden, dichtbij de woonomgeving van de oudere zelf. Waar mogelijk moeten ziekenhuisopnames van ouderen, kwetsbaar of niet, zoveel mogelijk worden voorkomen of tot een zo kort mogelijke duur worden beperkt. Voor ouderen is het ziekenhuis immers geen optimale omgeving; ze komen er functioneel vaak slechter uit dan dat ze erin gaan (Kortebein et al, 2008).

Om tot professionele zorgondersteuning van ouderen in de eerstelijns te komen, moeten alle betrokken zorgorganisaties en -verleners primair zoeken naar een goede afstemming met de oudere en diens omgeving zelf. Het sleutelbegrip daarvoor is echte samenwerking. Helaas wordt aan ouderen nu nog vaak gefragmenteerde zorg geboden met 'muren' tussen organisaties of zorgverleners; zorg waarin ook het zorgdomein en het sociale domein veelal nog aparte werelden zijn, terwijl juist koers moet worden gezet naar een duurzame, proactieve, integrale ouderenzorg, op wijk- of buurtniveau, dichtbij de oudere en diens omgeving (Bekaert et al, 2016).

Goede samenwerking is interdisciplinaire samenwerking en impliceert dat elke samenwerkende zorgverlener gelijkwaardig aan de opsporing, preventie en interventie met betrekking tot kwetsbaarheid bijdraagt om de balans tussen draagkracht en draaglast, tussen *frailty* en *resilience*, te herstellen.

Daarbij kan juist ook complementariteit tussen de verschillende benaderingen van *frailty* worden gezocht. Startend vanuit een evenwichtig multimodaal balansmodel van kwetsbaarheid, kan de zorgverlener (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, apotheker, verpleegkundige, fysiotherapeut, maar ook tandarts en mondhygiënist) zich richten op de fysieke aspecten van kwetsbaarheid en multimorbiditeit, terwijl andere deskundigen naar andere aspecten van kwetsbaarheid kijken. Vervolgens wordt tot een gedeelde integrale beoordeling van de oudere in kwestie gekomen, om daarna, op basis van diens concrete behoeften en wensen, interdisciplinair en op maat de juiste ondersteuning en zorg te bieden.

VORMGEVING VAN PROACTIEVE OUDERENZORG

In de vormgeving wordt deze proactieve ouderenzorg steeds

duidelijker. In de eerstelijns vormen de huisartsvoorziening en de wijk- of thuisverpleging de kern van het zorgteam. In Nederland wordt vervolgens via de wijkverpleegkundige de verbinding gelegd met het sociale wijkteam dat in de meeste gemeenten en wijken aanwezig is sinds het van kracht worden van de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 2015). In Vlaanderen (België) gebeurt dit door de thuisverpleegkundige. De genoemde zorgkern werkt steeds nauwer samen met andere eerstelijns zorgverleners zoals apotheker, fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut en diëtist en zou in de nabije toekomst ook veel meer en nauwer moeten samenwerken met mondzorgverleners, in het bijzonder de tandarts, mondhygiënist en tandprothetist. Daarnaast zijn tegenwoordig ook steeds meer andere zorgverleners ambulant beschikbaar, zoals medisch specialisten, waaronder de klinisch geriater, die ambulant werken in de zogenaamde 'anderhalvelijnszorg' en de huisarts ter plekke kunnen ondersteunen, of specialisten ouderengeneeskunde (verpleeghuisartsen nieuwe stijl) die buiten de muren van het verpleeghuis hetzelfde kunnen doen. Onnodige ziekenhuis- en verpleeghuisopnames kunnen hiermee worden voorkomen.

VOORKOMEN VAN ONGEWENSTE GEZONDHEIDSUITKOMSTEN

Passende zorg voor ouderen die uit balans dreigen te raken, bestaat uit preventieve zorg en zorg die verleend wordt bij een korter of langer durende balansverstoring.

Huisarts, apotheker, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist en niet te vergeten de tandarts en mondhygiënist zullen in de toekomstige ouderenzorg vroegtijdige preventie tot een nog zichtbaarder onderdeel van hun werk moeten maken. Bespreekbaar maken van leefstijl (allen), verantwoord omgaan met het voorschrijven van medicijnen (huisarts/tandarts en apotheker), aandacht voor gezonde voeding en beweging (diëtist en fysiotherapeut) en het veilig inrichten van de woonomgeving (ergotherapeut) zijn hier goede voorbeelden van. Dat geldt ook voor het behoud van een goede mondhygiëne en mondgezondheid (tandarts en mondhygiënist), waarbij ook het periodieke bezoek van deze mondzorgverleners logistiek en verzekerings-technisch gewaarborgd moet blijven. Allen dienen oog te



Beeld: Shutterstock

Afb. 2 Vitale ouderen.



Beeld: Shutterstock

Afb. 3. Kwetsbare oudere.

hebben voor een *common risk approach*, namelijk een gezamenlijk risicobeleid. Alle genoemde zorgverleners moeten verder oog hebben voor dreigende kwetsbaarheid of een balansverstoring bij ouderen, ongeacht of ze daar nu een kwetsbaarheidsinstrument voor gebruiken of vertrouwen op hun gezond verstand en klinische blik, daar waar het veranderingen betreft in het gedrag, handelen en functioneren van de oudere.

Maar ook als er al concrete zorgproblemen zijn, die ouderen daadwerkelijk uit balans hebben gebracht, is er een gezamenlijke interdisciplinaire taak voor alle genoemde eerste- en anderhalvelijns zorgverleners om te proberen de oudere weer in balans te krijgen of goed te leren omgaan met de zorg- en welzijnsproblemen die spelen. Dan gaat het om adequaat ziektemanagement en zorgmanagement. Voor het ziektemanagement betekent dit het verminderen van symptomen en ongemakken (medische insteek), het bieden van de juiste verpleegkundige zorg, het herstellen of behouden van de lichaamskracht (fysiotherapeut), het waarborgen van een goede voedingstoestand (diëtist), het verminderen van slikproblemen (logopedist), het creatief zoeken naar hulpmiddelen (ergotherapeut) en opnieuw het waarborgen van een goede mondgezondheid (tandarts en mondhygiënist). Het zorgmanagement richt zich dan vooral op het verlenen van de zorg op de juiste plaats, liefst thuis, met vermijden van onnodige ziekenhuisopnames en verpleeghuisopnames. Alle ouderen die uit balans raken of zijn, verdienen deze planbare, passende zorg. De Nederlandse Gezondheidsraad (2018) definieerde 3 groepen ouderen die volgens haar extra risico lopen op verlies van zelfredzaamheid:

1. Ouderen met weinig hulpbronnen waaronder lage sociaal-economische status (SES) en een beperkt sociaal netwerk.
2. Ouderen die tijdelijk kwetsbaar zijn (bijvoorbeeld door ziekenhuisopname of verlies van een partner).
3. Zeer kwetsbare ouderen die afhankelijk zijn van intensieve zorg thuis.

RANDVOORWAARDEN

De randvoorwaarden voor dit alles zijn divers. Denk aan wet- en regelgeving, financiering en ook de grensoverschrijdende samenwerking. Alle betrokken zorgverleners moeten voldoende kennis en vaardigheden hebben over ouderen, hun problematiek en hoe deze effectief en efficiënt en vooral ook samen tegemoet te treden met een correcte attitude. De complexiteit van de veroudering en het effect daarvan op de verschillende levensdomeinen én ook de complexiteit die samenhangt met multimorbiditeit, de eraan gerelateerde beperkingen en polyfarmacie, moeten niet onderschat worden en verdienen veel meer aandacht in alle professionele opleidingen.

De toegang tot de zorg voor ouderen moet, indien noodzakelijk, letterlijk en figuurlijk, materieel en imma-

terieel zo eenvoudig mogelijk en ouderenvriendelijk zijn. Terugkomend op het belang van samenwerking dient opgemerkt dat hier echt meer geïnvesteerd moet worden. Bewustzijn van het belang ervan is één kant van de medaille terwijl het vanuit de juiste attitude echt werken aan een goede samenwerking de andere kant betreft. Samenwerken is deels ook te leren en daarom zou er in alle professionele opleidingen veel meer aandacht aan besteed moeten worden, bijvoorbeeld door studenten van verschillende opleidingen al tijdens hun opleiding te laten samenwerken aan interdisciplinaire opdrachten.

MONDZORGVERLENERS

De boodschap voor mondzorgverleners, in het bijzonder de tandarts, mondhygiënist en tandprothetist, is eigenlijk duidelijk. In een proactieve ouderenzorg mogen zij niet geïsoleerd te werk gaan of afwachtend aan de zijlijn blijven staan.

Zij hebben zelf ook een belangrijke taak bij het opsporen van kwetsbare ouderen en dienen alert te zijn op signalen of op toestanden die wijzigen, bijvoorbeeld de oudere die het poetsen begint te verwaarlozen of stopt met het periodieke bezoek aan de mondzorgverlener. Verder kunnen ze in belangrijke mate bijdragen aan het behoud van een goede algemene gezondheid doordat ze een goede mondgezondheid kunnen promoten, ook tijdens actieve ziekteprocessen.

Om dat alles goed te kunnen doen, moeten mondzorgverleners natuurlijk gefaciliteerd worden. Voorop staat echter dat ze deze uitdaging zelf echt moeten willen aangaan; hun praktijken senior-vriendelijk maken, zich de vereiste gerontologische en geriatrie kennis en vaardigheden eigen maken, een correcte proactieve attitude aannemen en actief de samenwerking opzoeken met andere zorgverleners, met name de huisarts, apotheker en wijk- en thuisverpleegkundige (zie ook in dit thema Vanobbergen, 2019).

CONCLUSIE

In dit artikel werd de noodzaak van een proactief, interdisciplinair ouderenzorgmodel beschreven, dat past in het *aging in place*-beleid en dat kwetsbaarheid, primair in het publieke domein aanpakt vanuit een positieve benadering. Dat geschiedt via de ontwikkeling van een duurzame integrale community care die onnodige opnames van ouderen in ziekenhuizen en verpleeghuizen voorkomt. Daarmee kunnen ouderen hun eigen kracht behouden, ook als ze (even) uit balans zijn.

LITERATUUR

- * Bekaert A, Denys B, De Muynck J, et al. Buurtgerichte Zorg. De actieve zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel. Brussel: VVDC & Kenniscentrum Woonzorg, 2016.
- * Doekhie KD, Veer AJE de, Rademakers JJDJM, Schellevis FG, Francke

Nieuwe tijd vraagt ook om proactieve mondzorg bij ouderen

- AL. Ouderen van de toekomst, Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Nivel 2014. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Overzichtstudie-ouderen-van-de-toekomst.pdf (geraadpleegd 10 april 2019).
- * *D-SCOPE*. Detectio, support and care for older people: prevention and empowerment. www.d-scope.be/nl/ (geraadpleegd 4 april 2019).
 - * *Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56: M146-156.
 - * *Gallagher A, Li S, Wainwright P, Jones IR, Lee D.* Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nurs* 2008; 7: 11.
 - * *Gezondheidsraad*. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag; Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008-019.
 - * *Gezondheidsraad*. Zelfredzaamheid van ouderen. Den Haag; Gezondheidsraad, 2018; publicatienr. 2018/12.
 - * *Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA.* The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11: 344-355.
 - * *Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Schols JMGA.* Testing an integral conceptual model of frailty. *J Adv Nurs* 2012; 68: 2047-2060.
 - * *Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al.* How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
 - * *Huber M, Vliet M van, Boer I.* Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016; 160: A7720.
 - * *Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, et al.* Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63: 1076-1081.
 - * *Kuijper K.* Stijging zorgkosten in 2017 en 2018. *Zorgwijzer nieuws*: 13 januari 2017.
 - * *Looman WM, Fabbriotti IN, Blom JW, et al.* The frail older person does not exist: development of frailty profiles with latent class analysis. *BMC Geriatr* 2018; 18: 84.
 - * *Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K.* Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal* 2001; 1: 323-336.
 - * *Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA).* Monitor Zorg voor ouderen 2018. Utrecht: NZA, 2018.
 - * *Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JP.* Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 546-551.
 - * *Rijksoverheid.* Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015> (geraadpleegd 19-09-2019).
 - * *Roppolo M, Mulasso A, Gobbens RJ, Mosso CO, Rabaglietti E.* A comparison between uni- and multidimensional frailty measures: prevalence, functional status, and relationships with disability. *Clin Interv Aging* 2015; 10: 1669-1678.
 - * *Sacha J, Sacha M, Soborí J, Borysiuk Z, Feusette P.* Is it time to begin a public campaign concerning frailty and pre-frailty? A review article. *Front Physiol* 2017; 8: 484.
 - * *Staat van de Volksgezondheid en Zorg, de.* <https://www.staatvenz.nl/> (geraadpleegd 7 april 2019).
 - * *Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek.* Rapport De juiste zorg op de juiste plek. 1 maart 2019. www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/rapporten/2018/4/1/taskforce-rapport (geraadpleegd 10 april 2019).
 - * *Vorst A van der, Zijlstra GAR, Witte N de, et al.* Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: a mixed-methods study. *BMC Geriatr* 2017; 17: 251.
 - * *Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RE.* The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist* 2012; 52: 357-566.
 - * *Witte N de, Gobbens RJ, De Donder L, et al.* The comprehensive frailty assessment instrument: development, validity and reliability. *Geriatr Nurs* 2013; 34: 274-281.
 - * *Xue QL.* The frailty syndrome: definition and natural history. *Clin Geriatr Med* 2011; 27: 1-15.

SUMMARY

Towards proactive and personalised care for the elderly

The Netherlands, like other Western countries, shows an obvious demography of aging, which is associated with many challenges. People age differently, after all. Some remain vital until very old age, while others become frail and disabled much earlier in life. Because of the indicated demographic trend, morbidity is expected to increase and with it, the number of older people needing care. 'Aging in place' has become a central phenomenon in healthcare policies. This means that older people should be empowered to lead a meaningful life in their own living environment as long as possible, even when they are frail and care dependent. Therefore, in the future, most care for older people will actually occur at home. This article aims to present a meaningful care model for the older people. Starting from the 'definition discussion' about frailty and a reevaluation of the concept of 'resilience, a basis will be provided for a sustainable, proactive and personalised elderly care, close to the living environment of older people, in which dentists and other oral health professionals play an important role as well.

AUTEURSINFORMATIE

J.M.G.A. Schols¹, M. Petrovic², B. Janssens³, N. de Witte⁴.

Uit 'de vakgroep Huisartsgeneeskunde (sectie ouderengeneeskunde) en de vakgroep Health Services Research, CAPHRI, van de Universiteit Maastricht (Nederland), ²de vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie, sectie Geriatrie, van de Universiteit Gent (België), ³de vakgroep Mondzorg Bijzondere Noden, Gerodontologie, Mondgezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent (België) en ⁴de faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel (België) en de faculteit Mens en Welzijn van de Hogeschool Gent (België)

Datum van acceptatie: 19 oktober 2019

Adres: J.M.G.A. Schols, Universiteit Maastricht, postbus 616 6200 MD Maastricht

jos.schols@maastrichtuniversity.nl