

prof.dr. H.P.J. van Hout

# ZORG VOOR OUDEREN, TUSSEN DROOM EN WERKELIJKHEID



 **Amsterdam UMC**  
Universitair Medische Centra

**VU**  **VRIJE  
UNIVERSITEIT  
AMSTERDAM**

Professor Van Hout bekleedt de leerstoel ouderenzorg in de eerstelij. Deze leerstoel is ingebed in de afdeling huisartsgeneeskunde van Amsterdam UMC.



prof.dr. H.P.J. van Hout

# ZORG VOOR OUDEREN, TUSSEN DROOM EN WERKELIJKHEID

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar  
Zorg voor Kwetsbare Ouderen in de 1e lijn, bij de Faculteit der  
Geneeskunde/Amsterdam UMC op 19 april 2022.

## ***Inhoud***

1. Context .....	4
2. Doelstelling en focus van de leerstoel.....	6
CASUS DEEL I .....	8
3. Eerste Thema- beslisondersteuning .....	8
4. Tweede thema: Wat is een goed praktijkvoorbeeld? .....	13
CASUS DEEL II .....	14
CASUS DEEL III .....	17
5. Welke studies voeren we de komende jaren uit? .....	17
6. Blue Zones .....	18
7. Conclusies en Dromen.....	19
8. Dankwoord .....	19
9. Noten .....	21
10. Muziek .....	23

## Welkom

Van harte welkom! Het is heel verheugend om zoveel bekenden te zien. Speciaal welkom voor mensen van ver.

Also a warm welcome to the foreign friends and colleagues. I am very honoured that you paid the effort to come and are prepared to listening to a strange foreign language for about 40 minutes. I return to Dutch now.

Toen mijn kinderen wat jonger waren vroegen ze regelmatig “wat voor werk doe je nu eigenlijk”? De ene keer noemde ik mezelf een uitvinder, de andere keer ik een detective. Dat werd meestal wat ongelovig aangehoord: “Maar je zit vooral achter een computer, hoe kan je dan dingen uitvinden? En, je vangt toch geen boeven?”

Ik hoop dat jullie na vandaag eindelijk een idee hebben van wat een onderzoeker doet, wat we uitvinden en wat we ontdekken.

**How ben ik hier terecht gekomen?** Misschien begon de fascinatie voor de oudere mens met mijn opa en naamgenoot. Hij was lang de oudste inwoner van zijn woonplaats en veel mensen verwonderde zich over zijn vitaliteit. We hadden veel contact, hij woonde één huis verderop. Zijn vrouw was eerder overleden, haar heb ik nooit gekend. Hoewel hij wat vergeetachtig werd redde hij zich in zijn vertrouwde omgeving. Hij werd 94 jaar, dat is tegenwoordig helemaal niet zeldzaam meer.

Misschien was het wel die mevrouw die opgenomen was op een psychiatrische afdeling waar ik stageliep en waarvan niemand begreep wat er met haar aan de hand was. Ze was in ergens in de 50 en had mijn moeder kunnen zijn. Ze bleef maar vragen waar het toilet was. Ze bleek de ziekte van Alzheimer te hebben. Dat was toen een zeldzame en exotische ziekte.

**“Wat vind je nu het belangrijkste van je werk?”** vroegen mijn kinderen onlangs. Belangrijkste van mijn vind ik om een bijdrage te kunnen leveren aan een prettiger leven ondanks ziekte en beperkingen. De wetenschap levert daar belangrijke bouwstenen voor. Er zijn veel mogelijkheden om de zorg nog te verbeteren. Ik neem u mee op een reis tussen droom en werkelijkheid.

## 1. Context

‘Iedereen wil oud worden maar niemand wil oud zijn’. Dat hoor ik mijn moeder vaak verzuchten. Die verzuchtingen begonnen nadat zij op haar 85ste moest stoppen met tennissen vanwege onwillige gewrichten.

De meesten van ons zullen met het ouder worden beetje bij beetje inleveren op ons lichamelijk en cognitief functioneren. Van de mensen van 75 jaar en ouder hebben 9 van de 10 personen een chronische aandoening, en 3 van de 4 personen heeft zelfs drie of meer aandoeningen (CMR Uijen, vd IJssdonk). Vroeg of laat leidt dit tot belemmeringen in ons functioneren. We worden slechter ter been, horen en zien slechter.

Ook vergeetachtigheid neemt sterk toe met de leeftijd: 1 op de 5 mensen boven de 85 jaar wordt daardoor zodanig beperkt in het dagelijks functioneren dat we spreken van dementie (World Alzheimer report).

Vanaf dat de diagnose dementie wordt genoteerd in het huisartsdossier is de levensverwachting gemiddeld 5 jaar. Dit werd voor het eerst in Nederland berekend door Karlijn Joling van mijn onderzoeksgroep. **PLAATJE** Je ziet op het plaatje schattingen voor mannen en vrouwen van 75 en van 85. **Op de horizontale as staan de jaren.**

Vrouwen met dementie leven zo'n twee jaar langer dan mannen. Het grootste deel van deze periode wordt thuis doorgebracht.

Het middelste deel op de balk is een periode met hulp van thuiszorg. Het donkerste deel is de tijd die men in een instelling voor langdurige zorg doorbrengt.

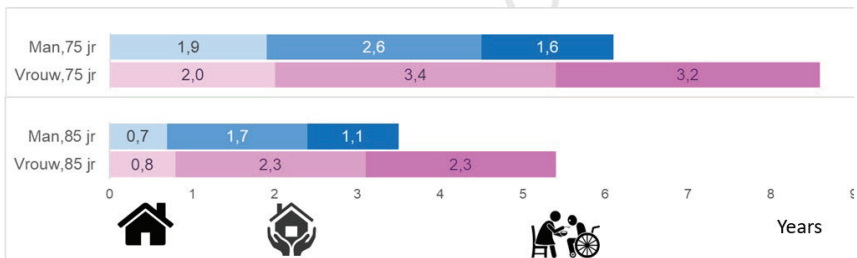
DOI: 10.1002/alz.12063

Alzheimer's & Dementia<sup>®</sup>  
THE JOURNAL OF THE ALZHEIMER'S ASSOCIATION

**RESEARCH ARTICLE**

## Time from diagnosis to institutionalization and death in people with dementia

Karlijn J. Joling<sup>1</sup> | Olin Janssen<sup>2</sup> | Anneke L. Francke<sup>3</sup> | Robert Verheij<sup>3</sup> | Birgit I. Lissenberg-Witte<sup>4</sup> | Pieter-Jelle Visser<sup>2,5</sup> | Hein P.J. van Hout<sup>1</sup>



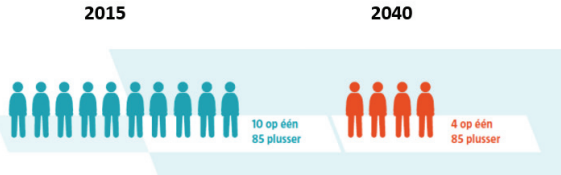
Want 9 van de 10 personen met dementie verhuist op enig moment naar een instelling. Dat is vaak het moment dat mantelzorgers het niet meer volhouden en er onveilige situaties ontstaan.

Ouder worden is niet alleen kommer en kwel. Het is goed om u te realiseren dat de meeste mensen tot op hoge leeftijd in staat blijven om regie te voeren over het eigen leven, met een goed welbevinden, ondanks chronische ziektes en beperkingen. Belangrijke elementen voor ons welbevinden zijn verbondenheid met anderen, ergens bij horen, iets kunnen betekenen, jezelf kunnen zijn.

Veel beleidsmakers maken zich zorgen over de vergrijzing die hand in hand gaat met 'ontjoning'. Het **PLAATJE** laat zien dat er in 2015 10 mogelijke mantelzorgers waren op 1 oudere persoon, tegen 4 op 1 oudere persoon in 2040.

# Vergrijzing & Ontjoning

Aantal 50-67 jarigen per 85 plusser



En het kraakt en piept nu al binnen de zorg. Er zijn duizenden onvervulde vacatures met name in de thuiszorg en in de langdurige zorg. De spoedeisende hulp sluit regelmatig de deuren omdat het overloopt. We zullen daarom nieuwe en betere manieren moeten vinden om zorg te bieden met minder mensen aan meer mensen.

## 2. Doelstelling en focus van de leerstoel

De **doelstelling van** deze leerstoel is het optimaliseren van de gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen met een kwetsbare gezondheid en hun naasten. **Hoe kan de eerstelijnsgezondheidszorg daaraan bijdragen?**

Ik start met een plaatsbepaling. In het **plaatje** ziet u een traject van veroudering waarbij de gezondheid en het functioneren beetje bij beetje achteruitgaat. Van robuust naar pre fragiel naar fragiel. Kunnen we dat traject uitstellen en de robuuste fase verlengen?



Daarvoor wil ik de **blue zone test** met doen met handopsteken:

1. Wie beweegt dagelijks een half uur of meer? Van huishoudelijk werk, wandelen, fietsen tot sporten.
2. Wie brengt wekelijks tijd door met familie of vrienden?
3. Wie doet regelmatig iets voor een ander? Meehelpen op school, sportclub, een boodschap doen?
4. Wie eet vegetarisch of veganistisch?
5. Wie drinkt weinig of geen alcohol? 1 glas per gelegenheid
7. Wie antwoorde positief op al deze vragen?

Houd even uw antwoorden vast, aan het eind van de rede kom ik hierop terug. Dit kan verschil maken tussen Droom en Werkelijkheid



Mijn aandachtsgebied start op het moment dat de zelfredzaamheid afneemt. Kunnen we dat traject verlichten en draaglijker maken? Functioneren en leefplezier behouden zolang dat gaat? En ook het eind van leven draaglijk maken? Ook dat kan, en als we het goed doen kan het de maatschappij ook veel geld besparen. Is dat makkelijk? Helaas niet, en daar staan droom en de werkelijkheid op gespannen voet met elkaar.

Twee onderzoeksthema's zijn leidend.

- 1) Welke beslisondersteuning draagt bij aan betere uitkomsten voor ouderen met een kwetsbare gezondheid? Ik zal zo uitleggen wat ik onder beslisondersteuning versta
- 2) Welke organisatie van zorg draagt bij aan betere uitkomsten?

Voordat ik deze thema's toelicht wil ik u kennis laten maken met **Dhr. & Mw Visser**



## CASUS DEEL I

*Meneer en Mevrouw Visser wonen in een appartement op de derde verdieping. Gelukkig is er een lift in het gebouw, want traplopen is onmogelijk geworden voor mw. Visser met haar moeilijke knieën.*

*Vorig jaar was zij gevallen in het winkelcentrum tegenover haar huis. Op advies van de huisarts is ze daarna begonnen met fysiotherapie. Daar is ze na een maand weer mee gestopt. Op zich beviel het prima, maar ze moest ervoor twee keer per week het huis uit. Dit was maar lastig te combineren met de zorg voor haar man.*

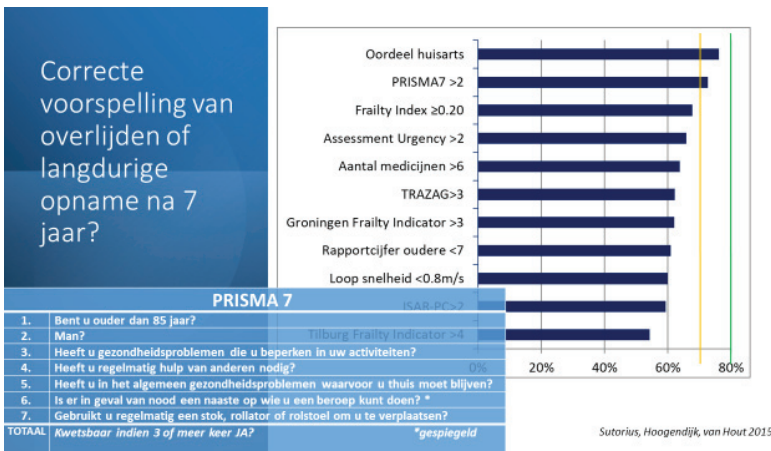
*Dhr. Visser, is in de negentig en is erg vergeetachtig geworden. Hij verdwaalde laatst tijdens zijn vaste rondje door het park. Hij kwam in een hoosbui terecht en werd drijfnat door de wijkagent thuisgebracht. Sindsdien laat Mw. Visser hem liever niet meer alleen thuis.*

*Vorige maand werd mevrouw Visser midden in de nacht wakker. Waarschijnlijk moest ze weer naar het toilet; haar blaas kan ze niet meer vertrouwen tegenwoordig. En toen lag ze plotseling op de badkamervloer, met hevige pijn! Ze kan zich niet herinneren wat er vervolgens gebeurd is, maar ze belandde in een ambulance die haar naar de Spoedeisende Hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis bracht. Ondertussen maakt ze zich zorgen over haar man...*

### 3. Eerste Thema- beslisondersteuning

Wat is beslisondersteuning? Artsen, verpleegkundigen andere hulpverleners ontwikkelen tijdens hun carrière een gevoel voor wat plus en niet plus is. Een niet plus gevoel helpt bij het inschatten van urgentie en de noodzaak tot handelen. Hoe goed is dat niet plus gevoel voor het inschatten van iemands kwetsbaarheid? En zijn er misschien instrumenten die dat ook goed kunnen?

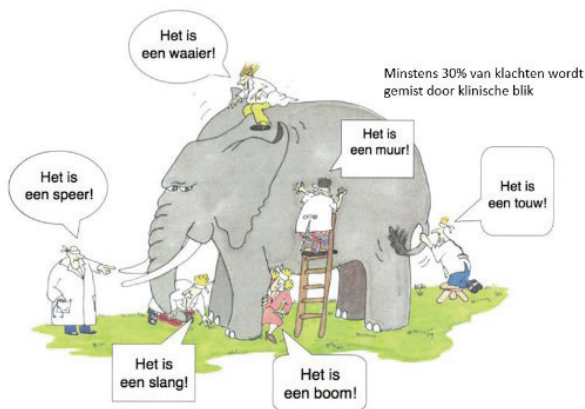
Onderzoekers uit mijn groep vergeleken bij ruim 100 oudere personen de inschatting van de huisarts met die van verschillende screenings instrumenten en keken wie van deze mensen na 7 jaar was overleden of langdurig was opgenomen. Wie voorspelde dit het best?



Het oordeel van de huisarts bleek het best samen te hangen met een beloop van sterfte of langdurige opname (Sutorius 2016). Het niet pluis gevoel werkt hiervoor kennelijk beter dan dat van een korte screener. Het is belangrijk te weten dat deze huisarts veel ervaring had en de patiënten goed kende. Dat zal zeker niet voor elke huisarts zo zijn. In dat geval kan een screeningsinstrument heel zinvol zijn. Van deze veelgebruikte screeners kwam de Prisma 7 als best uit de bus. Dat is een korte checklist met 7 ja nee vragen. Met 3 of meer items positief loop je meer risico op een ongunstig beloop. In de praktijk zien we echter dat vaak minder nauwkeurige screeners worden gebruikt.

**Kan een hulpverlener ook goed inschatten welke zorg passend is bij een oudere persoon met een kwetsbare gezondheid?** Dat blijkt veel lastiger met een klinische blik alleen. Daarvoor is het belangrijk om een goed beeld te hebben van iemands functioneren op zowel lichamelijk, psychisch en sociaal vlak, en ook te weten wat iemand zelf belangrijk vindt. Dat is niet altijd duidelijk.

Elke persoon, elke hulpverlener heeft een bril waardoor we naar de wereld kijken die is gevormd door onze ervaringen en opleiding. Daarbij horen ook blinde vlekken. In deze **cartoon** ziet u hoe verschillend we naar dezelfde werkelijkheid kunnen kijken. Deze personen zijn geblinddoekt en observeren op de tast. De persoon die aan de staart voelt denkt aan een touw, de persoon die aan de slurf voelt denkt aan een slang. Zouden ze de puzzel kunnen oplossen als ze hun observaties bij elkaar leggen?



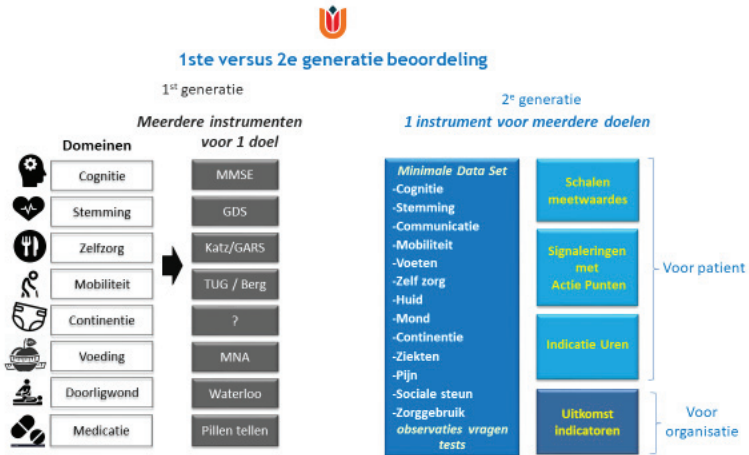
Dit speelt ook bij het observeren van oudere personen:

**Een voorbeeld:** 3 ervaren verpleegkundigen beoordeelden onafhankelijk van elkaar de gezondheid van 100 personen met meerdere aandoeningen en beperkingen en legden dat vast in het verpleegkundig observatiesysteem OMAHA. Zij bleken het slechts in 21% van de gevallen met elkaar eens te zijn ([Monsen 2011](#)).

**Nog een voorbeeld:** psychiaters en neurologen stelden onafhankelijk van elkaar een diagnose bij personen met geheugenklachten. Allen herkenden de geheugenproblemen maar de psychiaters noemden vaker een depressie als oorzaak, terwijl de neurologen aan de ziekte van Alzheimer dachten ([Verheij 1991](#)). U kunt zich voorstellen dat zij verschillende ideeën hebben over wat

passende zorg is. De psychiater zal een depressie behandeling voorstellen terwijl de neuroloog misschien denkt aan een Alzheimer remmer.

**Kunnen we blinde vlekken verminderen? En onze bril verbreden?** Een veelgebruikte methode is een systematische en brede beoordeling van het lichamelijk en psychosociaal functioneren. Die zijn er in vele soorten en maten. We onderscheiden eerste en tweede generaties.



Bij de eerste generatie ligt de nadruk op het meten van de meest belangrijke domeinen met een batterij van bestaande instrumenten. De meetwaardes geven zicht op iemands functioneren.

Ook in 2e generatie instrumenten vormt het goed observeren van het functioneren de basis, maar er worden handige beslisregels aan toegevoegd. Die kunnen worden berekend met software.

Een bijzonder voorbeeld is ontwikkeld dankzij internationale samenwerking van hulpverleners en wetenschappers uit meer dan 30 landen waaraan ook onderzoekers van mijn groep bijdragen. Zij hebben een standaard ontwikkeld die in veel landen wordt gebruikt. **Wat maakt deze zg interRAI instrumenten anders?**

(i) De basis vormt een gestructureerde beoordeling van iemands functioneren en zg Minimal Data Set of MDS. Een verschil met een eerste generatie instrumenten is er naar meer aspecten van functioneren wordt gekeken met een minimaal aantal items. Zo maakt de cognitietest in de MDS gebruik van 3 items en komt daarmee tot een even nauwkeurige meetwaarde als de MMSE die 10 testvragen gebruikt.

(ii) Nadat een beoordeling is vastgelegd verschijnen zg. signaleringen op meer dan 20 domeinen van functioneren. Deze signaleringen kijken naar risico's voor achteruitgang en naar kansen op verbetering en weerspiegelen het klinisch redeneren. Voor elke signalering is een handreiking samengesteld met passende acties.

Er verschijnt bv een signalering als iemand vaker is gevallen en weinig beweegt. Als deze persoon cognitief nog goed functioneert is er potentie tot beter leren bewegen en kan bv een beweeg cursus worden aanbevolen. Voor een persoon die al veel beweegt past dat niet, en ook voor personen met ernstige cognitieve beperkingen is leren bewegen in een cursus geen goed idee. Bij deze personen is mogelijk winst te boeken door risico's in huis te verkleinen en alarmering voor noodhulp na een val.

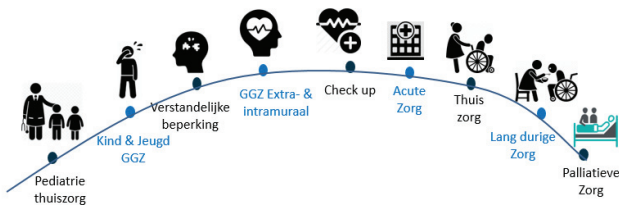
(iii) Met de MDS kan ook het passend aantal uren verzorging en verpleging worden geschat die een persoon met bepaalde beperkingen nodig heeft. Dat helpt verpleegkundigen en bespaart veel tijd om een zorgindicatie goed te onderbouwen (Zo-Dichtbij 2021).

(iv) De kwaliteit van gegeven zorg wordt inzichtelijk op het niveau van een zorgorganisatie. Professionals kunnen zo leren op welke uitkomstindicatoren het goed gaat en op welke verbetering mogelijk is.

(v) Er zijn interRAI instrumenten voor veel settings waar mensen met een kwetsbare gezondheid begeleid worden. Ze delen allemaal dezelfde kernitems waardoor iemand door settings gevolgd kan worden.



### InterRAI ondersteunt zorg trajecten tijdens de levensloop met zowel triages als comprehensive instrumenten



Met kern items kunnen personen door alle zorgsettings gevolgd worden

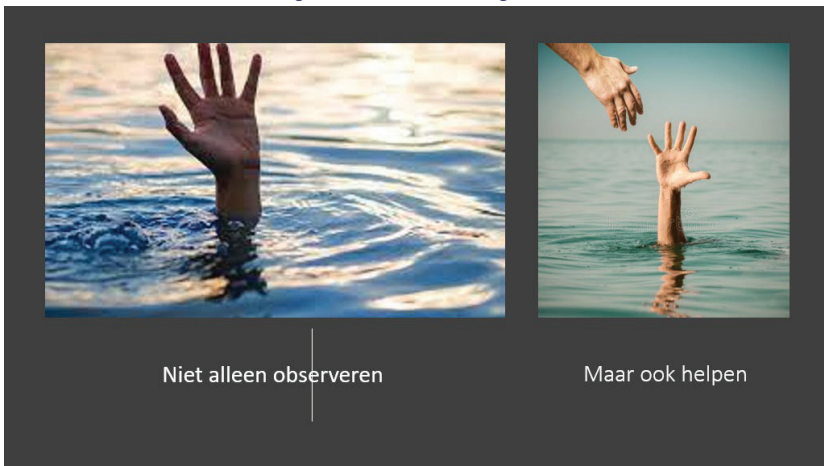
Afhankelijk van de situatie worden specifieke items toegevoegd. Bij een thuiswonend persoon is het belangrijk om te weten of iemand zelf kan koken en boodschappen doen, en of er mantelzorg is. Dat speelt in een verpleeghuis geen rol meer.

(vi) InterRAI instrumenten worden zorgvuldig ontworpen en getest door internationale teams van deskundigen en instrumentontwikkelaars.

(vii) Tenslotte worden de vastgelegde data, na toestemming, zonder identificerende gegevens gebruikt voor onderzoek. Over de hele wereld werken onderzoekers aan verdere verbetering van de instrumenten.

Kortom 1 beoordeling dient dus meerdere doelen, waarbij professionals geactiveerd worden om passende beslissingen te nemen.

**KLIK PLAATJE VERDRINKEN:** 2e generatie instrumenten gaan van observeren naar activeren.



**Leidt dit nu tot betere uitkomsten?** We deden een experiment in 10 woonzorgcentra. Zorgverleners uit 5 van de 10 huizen gingen aan de slag met de beslissondersteuning van interRAI en zochten actief contact met de huisarts om relevante signaleringen te bespreken.

**Betere uitkomsten bij woonzorg bewoners**

- Relevante signaleringen ↑
- Zorgacties ↑
- Tevredenheid bewoners ↑
- Kennis en Kunde zorgprofessionals ↑
- Functioneren op 11 van 32 indicatoren ↑
- Minder Medicatie
- Even duur

Boorsma 2012  
MacNeil-Vroomen 2013  
Kim 2019

Huisartsen gaven aan dat de informatie die ze over de bewoners kregen heel relevant was. We zagen na 6 maanden meer zorgacties in de zorgplannen met name op het gebied van psychosociale en paramedische zorg. KLIK Bewoners waren tevredener dan de bewoners in de andere huizen. Op maar liefst op 11 van 32 indicatoren zagen we beter behoud van functioneren, ze gebruikten minder

medicatie, de helft van de zorgprofessionals gaf aan dat hun kennis en kunde was toegenomen (Boorsma 2012).

In verschillende andere landen zijn ook positieve resultaten gevonden (Philips 1997, Mor 1997, Hawes 1997, Kim 2019, Bernabei 1998, Landi 2002). Het wordt inmiddels in heel wat landen toegepast.

#### 4. Tweede thema: Wat is een goed praktijkvoorbeeld?

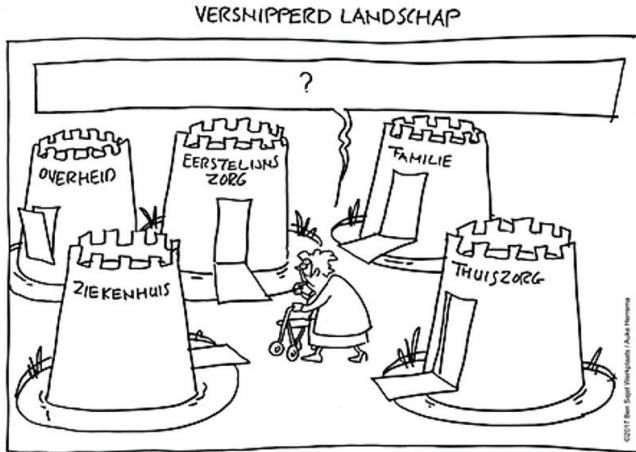
Goede beslisondersteuning alleen, is niet voldoende om tot betere zorg en uitkomsten te komen. Het moet zijn ingebed in het zorgproces binnen een zorgorganisatie. Stel voor we hebben hele goede beslisondersteuning ontwikkeld en dat kan je gaan uitrollen in goed georganiseerde praktijken. Dan zou mijn droom werkelijkheid worden. Wat is eigenlijk een goede zorgorganisatie? Hebben we daar goede praktijkvoorbeelden van? **Dat is mijn tweede onderzoeksthema.**

Dat kunnen we vanuit verschillende perspectieven bekijken. Om te bepalen of de organisatie van zorg bijdraagt keken we in het verleden vooral naar het functioneren en welbevinden van patiënten. Verbeterd dat, of blijft het langer stabiel? Daarnaast wil je weten wat de kosten zijn van zorggebruik. Een veelbelovende aanpak moet immers ook financieel haalbaar zijn. Meer recentelijk worden ook de zorgervaringen van patiënten, en de werkervaringen van hulpverleners meegewogen. Ook wel quadruple aim – 4 doelen genoemd.

In de Europese **IBenC studie** ontwikkelden we een methode om **goede praktijkvoorbeelden** te identificeren onder thuiszorgorganisaties uit 6 landen. We keken of het functioneren van zorgontvangers gunstig werd beïnvloed en berekenden de kosten van zorggebruik. PLAATJE IBEN CEA Op de verticale as staan de gemiddelde kosten van de zorgontvangers per organisatie. Hoe hoger hoe meer kosten worden gemaakt. Op de horizontale as staat in hoeverre het functioneren gunstig is beïnvloed. We hielden rekening met verschillen tussen patiënten. In deze studie zagen we met name enkele groene organisaties uit Duitsland die goed voor de dag kwamen, zowel qua kosten, als uitkomsten. U ziet ook dat een oranje organisatie uit Nederland er als duurste uitkwam en ook niet goed presteerde. Dat was best opmerkelijk omdat deze organisatie zelf claimt goedkoper en beter te werken dan anderen dankzij kleine zelfsturende teams. De hogere kosten zaten voor een deel in ziekenhuisopnames. Zij waren minder goed in staat om die te voorkomen.

De Nederlandse professionals waren wel meer tevreden met hun werkomstandigheden dan de Duitse collega's. Er werd bv meer ruimte ervaren om het werk zelf in te vullen en het werk werd beter beloond. Een uitwisseling is misschien leerzaam voor beide partijen: de Nederlanders kunnen wat opsteken over hoe je tot betere uitkomsten komt. De Duitsers kunnen hier misschien wat opsteken over werkomstandigheden voor professionals.

We kunnen weliswaar onderbouwen of een zorgorganisatie een **goed praktijkvoorbeeld** is, een oudere persoon met meerdere aandoeningen heeft vaak met veel verschillende hulpverleners en organisaties te maken.



We hebben ons zorgstelsel zo ingewikkeld gemaakt dat je er makkelijk in kan verdwalen. Wat is dan eigenlijk een **goed praktijkvoorbeeld** vanuit het perspectief van een oudere persoon?

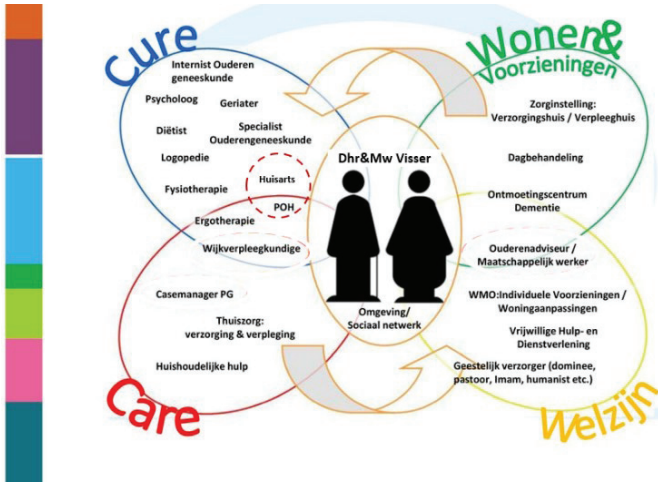
## CASUS DEEL II

*Mw Visser is na haar val en bezoek aan de spoedeisende hulp weer thuis. Wat zegt ze er zelf over: "Dat kan je niet voorkomen want ik lag onverwachts. Je kan ook struikelen over iets, dan lig je ook. Nee. Geloof me. Dat kan je niet voorkomen."*

**De Huisarts van mw Visser zegt het volgende:** "Er zijn uiteraard veel valpartijen die je niet kunt voorkomen. Maar er zijn best een aantal dingen die we kunnen checken: is er niet iets met een urineweginfectie? met de bloeddruk? (...) We kijken naar duizeligheid, vreemde loopjes of plotseling gewichtsverlies (...) En ik moet zeggen, de fysio doet bij veel mensen zo'n goed werk. In het versterken van de spieren, verkleinen van valrisico, inzicht in het eigen bewegen. Helaas maken maar weinig mensen daar gebruik van."

**De Praktijkverpleegkundige gaat in gesprek met Dhr en Mw Visser:** Ze zoekt naar een oplossing waarbij Mw Visser haar eigen gezondheid meer prioriteit geeft en tegelijk Dhr Visser met een gerust hart achter kan laten. Ze stelt voor samen een kijkje te nemen in een ontmoetingscentrum waar mensen met dementie overdag worden begeleid. Ook mantelzorgers kunnen er terecht met hun zorgen. Ze besluiten ook alvast een oproep te plaatsen voor een vrijwilliger die wekelijks met Dhr. Visser een rondje kan lopen.

Zou het helpen om personen als mw en dhr Visser beter te begeleiden? Hoe zouden we dat kunnen doen? (ACT/BOA)



Er zijn veel professionals die vroeg of laat een rol spelen in het traject van ouder worden met zorg.

In dit plaatje staan ze geordend in 4 vleugels van een vlinder. Wie heeft er nu eigenlijk overzicht en regie? Dat is lang niet altijd duidelijk.

In steeds meer huisartspraktijken werken praktijkverpleegkundigen die opgeleid zijn om ouderen met een kwetsbare gezondheid te begeleiden. Zij zijn extra oren en ogen van de huisarts en kunnen laagdrempelig advies geven. Zij kunnen een belangrijke rol vervullen bij het opzetten van een netwerk. Een goed functionerend netwerk is er niet van vandaag op morgen. Men moet elkaar leren kennen, weten wat je wel en niet aan elkaar kan vragen. Afspraken maken over wie regie neemt, en hoe je elkaar informeert.

Vergelijk het met een orkest. Als iedereen zijn eigen riedeltje speelt is het vreselijk om naar te luisteren. Als ze samen hetzelfde muziekstuk spelen en de muzikanten op het juiste moment hun partij inzetten wordt het prachtig. Dat kan lastig zijn met veel muzikanten. Dan kan een dirigent helpen om alles in balans te houden.

**Heeft dit effect?** In een experiment zagen we dat ouderen zich beter gehoord voelden, en huisartsen voelden zich ontlast dankzij de praktijkverpleegkundige. Er was beter behoud van zelfredzaamheid met name bij de oudste ouderen, alleenwonenden en mensen met thuiszorg. Dat effect werd sterker na verloop van tijd. In onze studie werd gebruik gemaakt van 2e generatie beslisondersteuning. De kosten voor de extra inzet van de verschillende hulpverleners werden binnen 18 maanden terugverdiend. (Hoogendijk, vLeeuwen, Muntinga 2015, 2016).

Onze studie vormt de basis om deze aanpak verder uit te rollen. In deze regio bekend als Beter Oud in Amsterdam, afgekort BOA. In de regio West-Friesland, waar we ook veel onderzoek doen, bekend als het geriatrisch zorgmodel. Ook in veel andere regio's in Nederland wordt een meer gestructureerde aanpak van ouderenzorg in eerstelijnsnetwerken omarmd. Bij die uitrol worden vooralsnog vooral eerste generatie instrumenten gebruikt. Die zijn voor veel hulpverleners bekend en je hoeft er geen software voor aan te schaffen. In studies laten eerste generatie instrumenten

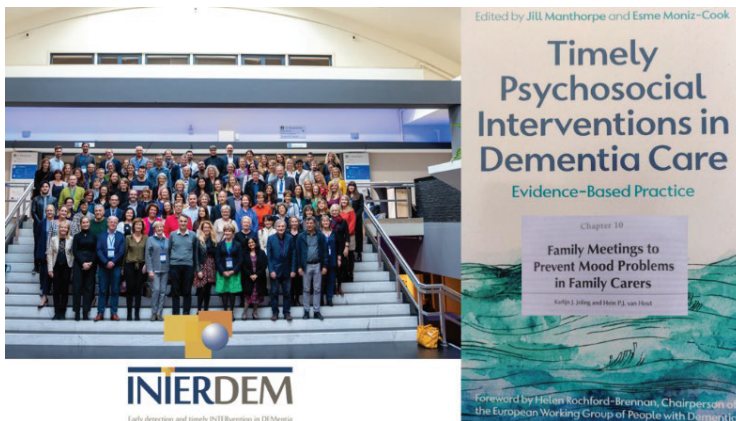


alleen ook minder effect zien. Ook worden regelmatig screeners gebruikt die niet zo nauwkeurig zijn in plaats van bv de PRISMA7. DROOM en werkelijkheid lopen hier niet helemaal samen.

**Zijn er ook goed praktijkvoorbeelden voor de begeleiding van mensen met dementie en hun naasten? In onze COMPAS-studie zagen we dat begeleiding door een casemanager** veel verlichting kan bieden en zorgkosten kan besparen; zoals minder ziekenhuiskosten, uitstel van verpleeghuisopname.

Mantelzorgers waren veel minder tijd kwijt aan regelzaken. **Een casemanager is een hulpverlener met veel verstand van dementie**, vaak een verpleegkundige. Begeleiding door een casemanager bespaarde de maatschappij per persoon tussen de 22.000 en 38.000 euro per persoon met dementie over 2 jaar. Dat is een indrukwekkend bedrag. Gespecialiseerde casemanagers weten daarnaast ook de kwaliteit van leven van patiënten en mantelzorgers gunstig te beïnvloeden. Dat is ook niet zo vreemd want er valt heel veel te weten over wat kan helpen bij dementie.

Vers van de Pers is een boek door leden van het Europese INTERDEM netwerk waarin ik ook participeer. Hierin zijn 17 evidence based psychosociale interventies beschreven die kunnen bijdragen aan betere zorg en kwaliteit van leven (Manthorpe Moniz-Cook 2020). Karlijn Joling en ik beschrijven daarin hoe familiegesprekken kunnen helpen om steun van familie en vrienden te vergroten.



Op dit moment wordt een minderheid van mensen met dementie begeleid door een casemanager. In Amsterdam is dat slechts zo'n 15%. Terwijl het in andere regio's zo'n 40% is. Hier is dus nog veel winst te boeken.

**Wat als het thuis niet meer gaat?** Het aantal bedden voor woonzorg in Nederland groeit al jaren niet mee met het aantal ouderen. Beleid is om mensen langer dan voorheen thuis op te vangen. Dat sluit ook aan bij de wens van de meeste ouderen zelf. Toch lukt het lang niet altijd. Ik noemde al eerder dat 9 van 10 personen met dementie uiteindelijk in een zorghuis terecht komt.

## CASUS DEEL III

### Hoe gaat het verder met Dhr en Mw Visser?

*Dhr Visser zag het eerst helemaal niet zitten. “Wat moet ik in dat ontmoetingscentrum met allemaal vreemde mensen?” Ze gingen 2 keer kijken. Eigenlijk was het best fijn, hij hoefde zich niet beter voor te doen dan hij zich voelde. En als hij daar was kon zijn vrouw even haar eigen dingen doen.*

*Mw Visser voelt daardoor lucht en ze sluit zich op advies van de praktijkondersteuner en de fysiotherapeut aan bij een groepje dat wekelijks balans en spierversterkingen doet. Na afloop een gezellig kopje koffie met de deelnemers maakt het tot een leuk uitje.*

*Dat gaat een poos goed tot haar gezondheid verslechtert. Haar hart werkt niet meer zo goed, ze is heel snel buiten adem. Artsen durven een operatie niet goed aan. Mw Visser krijgt nu ook hulp bij aankleden en wassen in de ochtend. Ze zetten een maaltijd en boodschappen service in gang. Ze maakt zich zorgen over haar man, hoe moet het nu verder als zij er niet meer is? Met de praktijkondersteuner en de huisarts bespreken ze de mogelijkheden. Het lijkt ze verstandig om te gaan oriënteren op een woonzorgcentrum waar Dhr. Visser ondersteund kan worden met dagelijkse activiteiten en ook onder de mensen kan zijn.*

*Ze vinden een kleinschalige woonvoorziening. Mw. Visser komt om de dag met een taxi op bezoek. Ze brengen graag tijd door in de mooie binnentuin. Na enkele maanden breekt Dhr. Visser echter zijn been bij een ongelukkige val. Tijdens zijn herstel ligt hij veel op bed. Tijdig op het toilet komen is daardoor lastig, hij moet om hulp vragen en voelt zich afhankelijk. Zijn eetlust is minder, hij valt wat af en zijn stemming is wisselend. Met één verzorgende kan hij het goed vinden en maakt dan ook grapjes.*

*Wat is de prognose van Dhr. En Mw Visser? Zou zijn stemming kunnen verbeteren? Kunnen andere interventies worden ingezet?*

## 5. Welke studies voeren we de komende jaren uit?

We werken verder aan twee thema's (i) het verbeteren van beslissondersteuning voor zorgprofessionals en ouderen., en (ii) verbeteren van de organisatie van zorg.

Alle lopende projecten op deze 2 thema's en wie waarop werkt staan op deze poster. Ik zal ze niet allemaal met u doorlopen. Ik pik er een paar uit.

In de Europese studie **ICARE4OLD** werken we aan een volgende generatie beslissondersteuning waarbij we beter gebruik maken van bestaande gegevens. Dankzij de gestructureerde observaties met interRAI instrumenten, niet alleen in Nederland, maar wereldwijd is het beloop van miljoenen personen met een kwetsbare gezondheid vastgelegd.

We kunnen in deze data mensen opzoeken die qua gezondheid en sociale context erg lijken op meneer Visser. Dit kan ons informeren over zijn mogelijke prognose. We kunnen ook schatten of meneer Visser beter of net slechter gaat functioneren met een bepaald medicijn. Experts uit de kunstmatige intelligentie helpen ons hierbij mee. *Eline Kooijman, Emiel Hoogendijk, Karlijn Joling en Collin Exmann* werken hieraan met 14 partner organisaties uit 8 landen.

## Wat gaan we nog meer doen?

We ontwikkelen ook beslisondersteuning die identificatie van personen met een risicovol beloop verbeterd. Zo ontwikkelt *Jet Klunder* in de PROFILE studie een beslisregel die ongeplande ziekenhuisopnames van ouderen voorspelt. Tegelijkertijd zet ze op een rij welke interventies helpen om ongeplande ziekenhuisopnames te voorkomen.

Hoe gaan mensen om met tegenslag en beperkingen? *Milou Angevaere* probeert beter zicht te krijgen op wat bijdraagt aan veerkracht bij ouderen. Zij kijkt onder meer naar de impact van de sluiting van de woonzorgcentra en verpleeghuizen tijdens corona op het functioneren en de stemming van bewoners.

Ad (ii) verbeteren van de organisatie van zorg

Met de Haarlemse Huisartsen coöperatie ontwikkelt *Mieke Bogerd* een nieuwe manier van persoonsgericht werken voor mensen met meerdere chronische aandoeningen. Daarbij is meer oog voor iemands functioneren. Een beslisregel helpt om uit de grote groep mensen met meerdere chronische aandoeningen personen te identificeren die minder zelfredzaam zijn en baat kunnen hebben bij een consult.

### Onderzoekslijn - Zorg voor Ouderen

**Missie**

Bijdragen aan functionele autonomie, gezondheid en kwaliteit van leven van ouderen met kwetsbare gezondheid en hun naasten.

Senioren	Junioren	Project	Externen	Project
Eniel Hoogendijk	Milou Angevaere	Vereniging COPILLOT	Jim Barkent	Good-Go
Helen van Hout (coördinator)	Mieke Bogerd	ICAREDD	Wimke Chareant	Opdrachtgever
Korlijn Joling	Collin Esserman	PROFILE	Gisèle Duran	Demotie & migratie
Otto Maarstingh	Jet Klunder	IBENC	Viviane Lagrouw	BOA
Pauline Slotje	Lisanne van Lier	Devoerscribing?	Hans Weeters	CGD-A
	Alfred Malek Mahan	ICAREDD		
	Eline Kooijmans	ICAREDD		
	Bianca Slonitz	IBAGDEM		
			April 2022	

#### Organisatie van zorg

- COPILLOT**  
Persoonsgerichte zorg voor mensen met multi morbiditeit. Met HZC Haarlem Huisartsen, steun van Zilvere Kruis
- BOA - Beter Oud in Amsterdam**  
Beter inlevende en bewonderde factoren bij het helpen van ouderen met meerdere chronische aandoeningen in Amsterdam. Met steun van Ben Sijpe en Jansz PVE
- DAADEEM**  
Kwaliteit van zorg bij oudere migranten met demensie en diabetes. Met steun van de ZBOV
- Draaidoer SEH**  
Preventie van hersenproblemen op de werkvloer met een veilige draaidoer voor medewerkers in de zorg. Met steun van de VUmc
- IBenO**  
Ontwikkeling van een methode om kosten effectieve thuiszorg te identificeren in Europese landen. Met steun van de Europese Unie
- Demensie bij migranten**  
Toegang tot zorg voor ouderen van Turkije en Marokkoanse ouderen en mantelzorgers. Met steun van NWO-RAAK

#### Beslisondersteuning

- PROFILE**  
Va lidere van een beslisregel die ongeplande hospitalisaties voorspeld en ontwikkeling van preventieve interventies. Met steun van het PVE Jansz
- veerkracht bij ouderen**  
Wat is veerkracht en hoe meet het het? Met steun van de MIND- modellen
- Medicatie minderen?**  
Reductie eerschorsterven bij ouderen in langdurige zorg. In eigen regio's en met COPILLOT
- CGD-A**  
Afdelingscoördinator Amsterdam met steun van de HZC Haarlem Huisartsen
- GoedZD**  
Deel in instrumenten van ondersteuning bij ouderen in de langdurige zorg en ontwikkeling van een interventie. Met steun van NWO-RAAK

#### Data Infrastructuur

- RAI data**  
Route van zorg data vastgelegd met een innovatief instrumenten over zorg afhankelijk ouderen in de en in de zorghuizen, ca. 20.000 personen in 2022. Met steun van MZORA
- ANHA**  
Route van zorg data vastgelegd met een innovatief instrumenten over zorg afhankelijk ouderen in de en in de zorghuizen, ca. 20.000 personen in 2022. Met steun van MZORA
- TOPICS MDS**  
Fotoreportage Outcome Measuring for Older Persons Bevat gegevens van ca. 40.000 ouderen in 6000 mantelzorgers
- Zorg implementatie**  
BOA Beter Oud in Amsterdam: handreiking voor de implementatie van het geriatric zorgmodel in de huisartsenpraktijk. Ondersteuning implementatie met een eerste Amsterdamse HZC
- PIKOV-ii**  
Implementatie van de beslisregel voor ondersteuning van ouderen met meerdere chronische aandoeningen in de thuiszorg. Met steun van de HZC Haarlem Huisartsen

## 6. Blue Zones

Ik neem u tot slot weer even terug naar het plaatje van de levensloop en de vraag of we achteruitgang uit kunnen stellen. Kunnen we gezonder oud worden dan we nu doen? Want daar is verreweg de meeste winst te boeken. Ook daar kunnen we leren van goede praktijkvoorbeelden. Er zijn namelijk plekken op aarde waar veel meer mensen gezond oud worden dan gemiddeld. Misschien heeft u er weleens van gehoord, bergdorpjes in Sardinië, Japanse vissersdorpen in

Okinawa. Dat worden blue zones genoemd. Is het de verse vis? De rode wijn? Abrikozenpitten? Antropologen doen onderzoek naar wat deze blue zones kenmerkt.

Tot mijn verbazing blijkt er ook een blue zone midden in Los Angeles te zijn, een miljoenen stad met dagelijkse files en vaak smog alarm. Wat blijkt het geval: deze blue zone ligt in een wijk waar leden van de 7e advent kerk wonen. Zij hebben leefregels die wellicht het recept zijn voor gezond ouder worden: (i) Probeer iets voor je gemeenschap te doen; (ii) ben dagelijks fysiek actief, (iii) Respecteer het leven en dood geen dieren voor voedsel (iv) neem voldoende rust (v) breng tijd door met vrienden en familie, (vi) drink weinig of geen alcohol. Komt dit u bekend voor van de testvragen aan het begin?

Deze mensen in Los Angeles worden door de Universiteit van California gevolgd. Er komen minder chronische aandoeningen voor, er is ook minder beroep op zorg (<https://www.bluezones.com/exploration/loma-linda-california/>). Met deze gezonde en betrokken levensstijl lijkt ook het risico op dementie verminderd te worden (FINGERS collaborative).

‘Extraatje’ is dat we met plantaardig eten ons beslag op de aarde kunnen halveren. Daarmee kunnen we een reuzestap zetten naar een groenere gezondere wereld (Govers, oneworld.nl 2019, gezien op 3 april 2022).

## 7. Conclusies en Dromen

Ik zet de belangrijkste conclusies en dromen op een rij: PLAATJE

- Ik ga me de komende periode bezig houden met het verder verrijken van beslisondersteuning, met nieuwe toepassingen voor zowel het huisartsinformatiesysteem, als het interRAI instrument. U heeft al enkele voorbeelden gehoord
- Ik wil in de komende jaren ook op zoek naar goede praktijkvoorbeelden die bijdragen aan betere en doelmatige zorg met goede zorg ervaringen door patiënten en waar professionals graag werken.
- Tenslotte, laten we van Nederland een blue zone maken.

## 8. Dankwoord

Ik wil de Raad van Bestuur van het A'dam UMC en College van Bestuur van de Vrije universiteit danken voor deze benoeming tot hoogleraar. Ik wil Henriette van der Horst danken, mijn oud afdelingshoofd. Zij staat aan de wieg van deze leerstoel doordat zij zich sterk maakte om van zorg voor ouderen een aandachtsgebied te maken. Ik wil ook Jettie Bont bedanken, ons huidige afdelingshoofd die met haar dynamische persoonlijkheid de twee bloedgroepen van VUmc en AMC succesvol aan het verbinden is. Ik kijk elke vrijdag uit naar het wekelijkse gangkletspraatje dat een begrip is geworden.

Op de volgende dia's staan collega's, vrienden en familie genoemd die ik speciaal wil danken.

Onderzoekers van wie ik dagelijks leer

- Mikou Angwaere
- Mirke Bogerd
- Jos Borkent
- Wilmar Charmant
- Gizde Duran
- Collin Emann
- Emiel Hoogendijk
- Yvonne Lagrouw
- Karlijn Joling
- Jet Klunder
- Eline Kooijmans
- Alireza Malek Makaan
- Blanca Strooij
- Hans Wouters

Uitgevlogen onderzoekers (PhD jaar)

- Oscar Brook (2003)
- Marleen Hermens (2005)
- Judith Bosmans (2006)
- Koen van der Kooij (2007)
- Danielle Jansen (2007)
- Eva van der Ploeg (2009)
- Marjke Boorsma (2011)
- Adrie Seldenrijk (2011)
- Karlijn Joling (2012)
- Emiel Hoogendijk (2015)
- Lisa van Mierlo (2014)
- Janet MacNeil-Vroomen (2015)
- Pim van den Dungen (2016)
- Maud ten Koppel (2019)
- Lisanne van Lier (2021)

Collega's

- Marja Diekmans: WFA (vroegerecht) op maat te houden, de tijd om het te laten te voelen
- Ger Hagen: niet zo goed met zegelvoering, het project dating vóór, veel agende
- Maya Neneed Ocasio: wil dat joverbij, ook om te ervaren na geen jury, critici maar persoonlijke ervaringen van mensen aan andere, wat voor mij
- Peter Inthoven & Kees de Boer: in heel veel andere omgeving, wat een sfeer en betrokken voor mijzelf
- Geert de Boer: de laatste maanden om dit college, wat grote geleide discussieverbanden met mijn onderzoek
- Pieter de Boer: de laatste maanden mijn onderzoek, wat een laatste voor mij een beetje in de verwachting
- Geert de Boer: de laatste maanden mijn onderzoek
- Wouter van der Pluijm: de laatste maanden mijn onderzoek, wat een laatste voor mij een beetje in de verwachting
- Marja Diekmans: WFA (vroegerecht) op maat te houden, de tijd om het te laten te voelen
- Geert de Boer: de laatste maanden mijn onderzoek
- Geert de Boer: de laatste maanden mijn onderzoek
- Geert de Boer: de laatste maanden mijn onderzoek
- Geert de Boer: de laatste maanden mijn onderzoek



## 9. Noten

Noot: *De namen in deze casus zijn gefingeerd. Voor het beloop van Dhr en Mw Visser staan 2 andere casussen model.*

Angevaere MJ, Roberts J, van Hout HPJ, Joling KJ, Smalbrugge M, Schoonmade LJ, Windle G, Hertogh CPM. Ageing Resilience in older persons: A systematic review of the conceptual literature. *Res Rev.* 2020 Nov;63:101144. doi: 10.1016/j.arr.2020.101144.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ.* 1998;316:1348-51.

Blue Zones <https://www.bluezones.com/exploration/loma-linda-california/> Geraadpleegd op 14 april 2022

BOA: *Beter Oud in Amsterdam - Elaa. Programma voor gestructureerde ouderenzorg in Amsterdam.*

Boorsma M, Frijters DH, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, van Hout HP. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ.* 2011 Aug 9;183(11):E724-32

FINGERS, A GLOBAL COLLABORATION FOR FUTURE GENERATIONS to reduce risk of cognitive impairment or dementia: <https://www.alz.org/wwfingers/overview.asp>

Govers, Site: [oneworld.nl](http://oneworld.nl) 2019, gezien op 3 april 2022

Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, Nijpels G, van Hout HP. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing.* 2013 Mar;42(2):262-5.

Hoogendijk EO, van der Horst HE, van de Ven PM, Twisk JW, Deeg DJ, Frijters DH, van Leeuwen KM, van Campen JP, Nijpels G, Jansen AP, van Hout HP. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: Results from a stepped wedge cluster randomized trial. *Eur J Intern Med.* 2016 Mar;28:43-51. doi: 10.1016/j.ejim.2015.

Joling K, van Hout 2020, *Family Meetings to prevent mood problems of family carers for persons with dementia in Manthorpe Moniz-Cook 2020. Timely psychosocial interventions in dementia care.*

Joling KJ, Janssen O, Francke AL, Verheij RA, Lissenberg-Witte BI, Visser PJ, van Hout HPJ. Time from diagnosis to institutionalization and death in people with dementia. *Alzheimers Dement.* 2020 Apr;16(4):662-671. doi: 10.1002/alz.12063.

Joling KJ, van Marwijk HW, Smit F, van der Horst HE, Scheltens P, van de Ven PM, Mittelman MS, van Hout HP. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS One.* 2012;7(1):e30936.

Joling KJ, van Marwijk HW, Veldhuijzen AE, van der Horst HE, Scheltens P, Smit F, van Hout HP. The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk? *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23:293-303.

Kim H, Jung YI, Kim GS, Choi H, Park YH. Effectiveness of a Technology-Enhanced Integrated Care Model for Frail Older People: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial in Nursing Homes. *Gerontologist*. 2021 Apr 3;61(3):460-469.

Klunder JH, Bordonio V, Heymans MW, van der Roest HG, Declercq A, Smit JH, Garms-Homolova V, Jónsson PV, Finne-Soveri H, Onder G, Joling KJ, Maarsingh OR, van Hout HPJ. Predicting unplanned hospital visits in older home care recipients: a cross-country external validation study. *BMC Geriatr*. 2021 Oct 14;21(1):551. doi: 10.1186/s12877-021-02521-2.

MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, Eekhout I, Joling KJ, van Mierlo LD, Meiland FJ, de Rooij SE, van Hout HP. The Cost-Effectiveness of Two Forms of Case Management Compared to a Control Group for Persons with Dementia and Their Informal Caregivers from a Societal Perspective. *PLoS One*. 2016 Sep 21;11. doi: 10.1371/journal.pone.0160908.

MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, Holman R, van Rijn M, Buurman BM, van Hout HP, de Rooij SE. Place of Death with Dementia--Dutch People Rarely Die in the Hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Sep;63:1961-2. doi: 10.1111/jgs.13637.

MacNeil Vroomen JL, Boorsma M, Bosmans JE, Frijters DH, Nijpels G, van Hout HP. Is it time for a change? A cost-effectiveness analysis comparing a multidisciplinary integrated care model for residential homes to usual care. *PLoS One*. 2012;7(5):e37444.

Monsen K, Lytton A, Ferrari S, et al. Evaluating Reliability of Assessments in Nursing Documentation. *Online Journal of Nursing Informatics* 2011: 15;3.

Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BA, van Hout HP. Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. *BMC Fam Pract*. 2016;17:102.

van der Roest HG, van Eeoo L, van Lier LI, Onder G, Garms-Homolova V, Smit JH, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Draisma S, Declercq A, Bosmans JE, van Hout HPJ; IBenC project. Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project. *BMC Health Serv Res*. 2019 15;19:310.

Van Hout H, Eerstelijns en wijkgerichte ouderenzorg: onderbouwing voor een integrale vernieuwingsstrategie in Amsterdam. 2016 Ben Sajet Rapport.

van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HP, Nijpels G, van der Horst HE, van Tulder MW. Cost-Effectiveness of a Chronic Care Model for Frail Older Adults in Primary Care: Economic Evaluation Alongside a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:2494-2504.

van Mierlo LD, MacNeil-Vroomen J, Meiland FJ, Joling KJ, Bosmans JE, Dröes RM, Moll van Charante EP, de Rooij SE, van Hout HP. Implementation and (cost-)effectiveness of case management for people with dementia and their informal caregivers: results of the COMPAS study *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2016 ;47:223-233.

Verheij 1991 Different disciplines, different diagnoses? A survey among participants of a consensus conference on dementia. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1991;22:187-94.

## 10. Muziek

- *“Ascenseur pour l’échafaud : Générique - Miles Davis”*
- *“Take 5 – Brubeck & Desmond”*
- *“Pink Panther theme” bij binnenkomst Cortège*
- *“Bobby MacFerrin – Be Happy” bij dankwoord*
- *“Stromae - Formidable” bij vertrek*



