



**Wie is Hein van Hout?**

Hein van Hout is sinds 2019 hoogleraar 'Zorg voor Ouderen met een Kwetsbare Gezondheid in de eerste lijn.' Daarnaast is hij bestuurder van NEDRAI en interRAI, kennisnetwerken die [door] ontwikkeling en gebruikers van instrumenten ondersteunen.

Oratie: Van Hout HPJ. Zorg voor ouderen, tussen droom en werkelijkheid. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2022.

# ‘Een goede organisatie van ouderenzorg begint met een gemeenschappelijke visie’

Patrick Marx, Pieter Buis

**In de oratie van hoogleraar Hein van Hout staat het perfectioneren van de ouderenzorg centraal. Enerzijds door efficiënt gebruik van beslisondersteuning. Anderzijds door betere organisatie van zorg. Dit kan helpen kwetsbare ouderen eerder op het spoor te komen, zodat ze de juiste zorg krijgen en zorgcrises vermeden worden.**

De basis voor het hoogleraarschap van gezondheidswetenschapper en psycholoog Hein van Hout was de onderzoeklijn die hij opzette naar de detectie van depressie en dementie bij ouderen bij het VUmc. Ook zijn promotieonderzoek ging over dementie.

## ‘Het lukt de meerderheid van de ouderen tot aan hun dood zelfstandig te leven’

### *Zelfstandig leven*

Van Hout gaf zijn oratie de titel: ‘Zorg voor ouderen, tussen droom en werkelijkheid.’ De werkelijkheid en de droom gaan voor hem hand in hand. In zijn oratie noemt hij zijn opa die gezond oud werd in een kleine gemeenschap. ‘Op zijn negentigste hakte hij nog bomen. Hij woonde in bij een dochter en een zoon. Hoewel hij vergeetachtig werd, is hem een lange periode van afhankelijkheid bespaard gebleven.’

Ouderen en hun verzorgers dromen van zo’n scenario, waarin ouderen tot kort voor hun dood relatief zelfstandig en gezond leven. De praktijk blijkt weerbarstig. ‘Hoe ouder je wordt, hoe groter de kans dat je cognitief achteruitgaat. Boven de 90 jaar wordt zo’n 30 tot 40% van de ouderen als gevolg van dementie afhankelijk van zorg. Dat is overigens nog steeds de minderheid. Hoewel 9 van de 10 ouderen sterft met minstens 1 aandoening onder

de leden, lukt het de meerderheid dus tot aan hun dood zelfstandig te leven.’

### *Beslisondersteuning*

Van Hout gebruikt zijn hoogleraarschap om de ouderenzorg in de eerste lijn langs 2 pijlers te perfectioneren: door betere beslisondersteuning en door een betere organisatie van de zorg. Onderzoekers proberen sinds jaar en dag de huisarts te helpen met beslisondersteuning die op basis van gegevens uit het HIS automatisch alarm slaat bij kwetsbare patiënten. Van Hout: ‘We onderzoeken bijvoorbeeld een beslisondersteuning die aangeeft of een oudere patiënt een verhoogd risico heeft op een ongeplande ziekenhuisopname. Je kunt deze op individueel niveau gebruiken en kijken of de patiënt die voor je zit een verhoogd risico heeft. Je kunt ook kijken op populatieniveau en bijvoorbeeld 2 keer per jaar al je patiënten screenen, zodat je een goed beeld krijgt van de patiënten met een verhoogd risico op een ongeplande opname.’ Bij een vergelijkbaar Canadees project leidde screening tot 20% minder ongeplande ziekenhuisopnames door gerichte begeleiding van verpleegkundigen en zelfzorg.

### *Miljoenen casussen*

Op internationaal gebied coördineert van Hout de I-CARE4OLD-studie waaraan 8 landen meedoen. ‘We combineren data van miljoenen mensen. Het gaat om beoordelingen van het functioneren met interRAI-instrumenten die we koppelen aan gegevens uit bevolkingsregisters en de zorg. InterRAI is een internationaal netwerk waaraan ruim 150 experts uit meer dan 30 landen verbonden zijn. Zij ontwikkelen en onderhouden instrumenten met ingebedde beslisondersteuning op het fysieke, mentale en sociale domein. Diverse onderzoeken laten een gunstig effect zien van het werken met deze instrumenten. In meerdere landen worden ze grootschalig omarmd, met name in de ouderenzorg. Er zijn ook compacte versies beschikbaar en sinds kort een zelfinvulversie, die passen bij de eerste lijn.



Door de gegevens van je huidige patiënt te vergelijken met gelijksoortige patiënten van wie je de historie al kent, krijg je een beeld over hoe het de patiënt mogelijk zal vergaan. I-CARE4OLD geeft antwoord op vragen als: wat is de levensverwachting van vergelijkbare ouderen in dezelfde situatie? Of: hoe groot is de kans op verslechtering van mobiliteit, langdurige opname in een zorginstelling, of een ongeplande ziekenhuisopname? Maar ook: draagt een specifieke behandeling bij om het functioneren beter op peil te houden? Het helpt bij het maken van een planning rond de laatste levensfa-

## ‘Beslisondersteuning kan helpen om de juiste populatie te identificeren die baat kan hebben bij begeleiding’

se en het anticiperen op de wenselijkheid van behandelingen of ziekenhuisopnames. Mocht de oudere volgens de voorspelling van I-CARE4OLD nog lang stabiel blijven, dan helpt dat ook bij het beter inrichten van de thuissituatie. Aan het eind van het project testen we dit met ondersteunende software.’ Een voorbeeld van beslisondersteuning in de eerstelijns ouderenzorg dat al tot de praktijk is doordrongen, is het Utrechtse UPRIM dat kwetsbare ouderen uit het HIS filtert. Van Hout: ‘Het systeem signaleert nu te veel ouderen, maar heeft wel degelijk potentie. UPRIM verdient daarom verbetering, zodat het gericht kwetsbare groepen uit het HIS kan filteren.’

### *Ontbrekend bewijs*

De hoogleraar wil uitzoeken welke beslisondersteuning het meest toepasbaar zijn voor de ouderenzorg in de eerste lijn. Deze vraag is om meerdere redenen relevant. Toen onderzoek naar interventies bij ouderen opkwam, zo’n 10 jaar geleden, vonden menige onderzoeken maar een beperkt effect op het functioneren. Van Hout: ‘Veel studies includeerden nog redelijk vitale mensen, soms al vanaf de leeftijd van 65 jaar, en dat is een veel te brede en gezonde populatie om effect te zien. Het zorgde ook voor verwarring bij zorgverzekeraars, die zich afvroegen of ze wel moesten inzetten op deze interventies. We zien in onze eigen onderzoeken dat de kwetsbaarste groepen wel degelijk baat hebben bij proactieve interventies. Dat bleek na 18 maanden al kostenneutraal, waarmee de inzet van onder meer de POH en tijd voor multidisciplinair overleg is terugverdiend. Beslisondersteuning kan dus helpen om de juiste populatie te identificeren die baat kan hebben bij begeleiding.’

### *Organisatie van zorg*

Als er dan uiteindelijk goede, gevalideerde en breed implementeerbare interventies zijn, wie gaat ze dan gebruiken? Met andere woorden: hoe organiseren we de ouderenzorg zo

optimaal mogelijk? Vaak wordt naar de POH Ouderenzorg gewezen als het om de ouderenzorg in de eerste lijn gaat. ‘Die POH Ouderenzorg is echter nog geen gemeengoed’, zegt Van Hout. ‘In Amsterdam bijvoorbeeld, zijn ze vooral in de vergrijsde wijken en praktijken actief.’

Er zijn grote verschillen in de organisatie van de ouderenzorg, zowel tussen als binnen regio’s. Die verschillen zijn versterkt na de afschaffing van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten in 2015. ‘Voor die tijd waren bijvoorbeeld de casemanagers dementie heel succesvol’, zegt van Hout. ‘In heel Nederland bestonden netwerken die samenwerkten met huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Na de transitie stortten veel netwerken in, met name in regio’s zonder gemeenschappelijke visie op dementiezorg.’ De gevolgen zijn groot, merkt Van Hout. ‘In Noord-Holland Noord, met een gedeelde visie, wordt circa 40% van de mensen met dementie begeleid door een casemanager. Dat is veel aangezien ongeveer de helft van de mensen met dementie nog niet in beeld van zorg zijn. In Amsterdam werd enkele jaren terug 15% van de ouderen met dementie op die manier begeleid.’

### *Gemeenschappelijke visie*

Dit voorbeeld geeft aan dat een goede organisatie van de ouderenzorg in de eerste lijn begint met een gemeenschappelijke visie. Langzaam maar zeker zien regio’s de noodzaak van zo’n visie in. In Haarlem, bijvoorbeeld, lukte het om alle thuiszorgorganisaties samen met de huisartsenkoepel te brengen. Er is nu 1 meldpunt voor kwetsbare ouderen. Hierdoor is er minder behoefte aan een POH Ouderenzorg; de regie voor de zorg ligt bij de thuiszorgorganisaties. ‘De huisarts of de POH Ouderenzorg hoeven dus niet per se de regie voor de ouderenzorg op zich te nemen, als er maar goede afspraken zijn over wie de regisseur is’, aldus van Hout.

### *Van droom naar werkelijkheid*

Stel: iedere Nederlandse regio ontwikkelt een goede visie op de ouderenzorg en voert deze succesvol uit. Wat meer kan Van Hout zich dan nog wensen? Stiekem droomt hij van *blue zones*. Plekken op de wereld waar mensen van nature gezond oud worden, zoals Sardinië, Okinawa in Japan of de wijk Lima Loma in Los Angeles. Bewoners van blue zones worden gezonder oud door een combinatie van een gezonde leefstijl en sociale betrokkenheid. Misschien leefde Van Hout’s opa wel in een blue zone waar hij in een kleine dorpsgemeenschap op zijn negentigste nog bomen kon hakken.

In Bakkeveen zette een huisartsenpraktijk het project Bloei-zone op, waar volgens de principes van de blue zones sterk ingezet wordt op leefstijl, sociale betrokkenheid en betekenisvolle bezigheden voor ouderen. De eerste stappen naar het creëren van blue zones lijken daarmee gezet. Wie weet wordt de droom van Van Hout langzaam maar zeker werkelijkheid, dankzij alle inspanningen om de eerstelijns ouderenzorg naar een hoger plan te tillen. ■