

Samenvatting

1.

Introductie

Hoewel ouder worden veel voordelen met zich meebrengt, gaat het ook vaak samen met functieverlies in verschillende domeinen van het leven, zoals in het fysieke en het sociale domein. Functieverlies bij ouderen is vaak gerelateerd aan het tegelijk bestaan van meerdere chronische gezondheidsproblemen, multimorbiditeit genoemd. Het aantal ouderen met multimorbiditeit stijgt: rond 65 van alle mensen van 65 jaar en ouder lijden aan meerdere chronische ziekten of aandoeningen. Naast met functieverlies is multimorbiditeit geassocieerd met lichamelijke beperkingen en slechte kwaliteit van leven. Ouderen met meerdere chronische aandoeningen maken daarom frequenter en intensiever gebruik van zorg. Ouderen met meerdere chronische aandoeningen zijn vaak kwetsbaar, of kunnen uiteindelijk kwetsbaar worden. De term 'kwetsbaarheid' wordt gebruikt om een levensfase te beschrijven waarin mensen in oplopende mate geconfronteerd worden met gezondheidsproblemen en verlies van reservecapaciteit. Er bestaan meerdere conceptuele benaderingen en definities van kwetsbaarheid. Een vaak gebruikte definitie is dat kwetsbaarheid een combinatie is van klinisch

parameters op fysiek gebied (zoals bijvoorbeeld lage loopsnelheid en spierzwakte), die samen het ‘kwetsbare fenotype’ vormen. Een andere, vaak gebruikte definitie is gebaseerd op een multidimensionale interpretatie van kwetsbaarheid, die ervan uitgaat dat kwetsbaarheid gerelateerd is aan problemen in meerdere domeinen van functioneren (zoals het sociale en mentale domein). Tenslotte wordt kwetsbaarheid gezien als een opeenstapeling van problemen (ziektes, gebreken) die iemands kans op ongunstige gezondheidsuitkomsten kan vergroten. Onafhankelijk van welke definitie wordt gebruikt is kwetsbaarheid bij ouderen geassocieerd met slechte gezondheidsuitkomsten, zoals vallen, ziekenhuisopnames en mortaliteit. Bij de ACT-studie, de studie beschreven in dit proefschrift, gebruikten we een multidimensionale definitie van kwetsbaarheid.

Het is bekend dat Europa snel vergrijst, met als gevolg dat ook het aantal ouderen dat kwetsbaar is toeneemt. Kwetsbare ouderen lijden vaker aan meerdere chronische aandoeningen en gebreken, en hebben daardoor vaker behoefte aan langdurige zorg. Hierdoor neemt de vraag naar chronische zorg, en daarmee de druk op zorgsystemen in Europa, toe. Om deze druk te verminderen worden ouderen gestimuleerd om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven wonen. Kwetsbare ouderen zijn daarom een van de snelst groeiende populaties in de eerstelijns zorg, en de vraag naar langdurige zorg aan huis neemt toe. Ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijk krijgt daardoor te maken met verschillende knelpunten, die de kwaliteit van zorg voor kwetsbare, thuiswonende ouderen in gevaar kan brengen. Ten eerste worden gezondheids- en zorgbehoeften niet altijd tijdig herkend. Ten tweede wordt zorg voor kwetsbare ouderen niet altijd adequaat gecoördineerd en afgestemd door de betrokkenheid van meerdere zorgverleners, wat de kans vergroot op bijvoorbeeld onnodige onderzoeken, tegenstrijdige adviezen en medicatieproblemen. Tenslotte ervaren ouderen weinig regie in hun eigen zorgproces. Deze knelpunten geven aan dat herstructurering van zorg noodzakelijk is om tegemoet te kunnen blijven komen aan de zorgbehoeften van een vergrijzende huisartsenpopulatie.

Een van de manieren waarop een dergelijke herstructurering kan worden gerealiseerd is door het invoeren van ‘comprehensive’ zorgmodellen. Zulke modellen bieden een raamwerk voor de coördinatie en levering van zorgdiensten die gericht zijn op het stimuleren van zelf-management bij patiënten, het verbeteren van patiëntuitkomsten en het aan banden leggen van zorgkosten. Uit de literatuur blijkt dat verschillende soorten ‘comprehensive’ modellen mogelijk gezondheids- en zorguitkomsten kunnen verbeteren en kosten kunnen reduceren. Hierdoor lijken ze bij uitstek geschikt om de kwaliteit van zorg

voor kwetsbare, thuiswonende ouderen te verbeteren. Het Chronisch Zorgmodel is een ‘comprehensive’ zorgmodel voor chronisch zorgmanagement, en wordt vaak gebruikt om kwaliteitsverbeteringstrajecten en de reorganisatie van zorgsystemen in banen te leiden. Het model identificeert zes essentiële elementen voor een optimale levering van chronische zorg. Omdat het Chronisch Zorgmodel oorspronkelijk is ontworpen voor klinische zorgsystemen, is het in de loop van de tijd door gebruikers aangepast en uitgebreid om het ook bij andere zorgsituaties aan te laten sluiten. Er is echter nog weinig bekend over de mate waarin het Chronisch Zorgmodel geschikt is om transities in de eerstelijns ouderenzorg te ondersteunen, en over de effectiviteit en het implementatieproces van het model in deze setting. Daarom werd het Geriatriesch Zorgmodel ontworpen, een ‘comprehensive’ zorgmodel voor thuiswonende ouderen, en werd het getest op effectiviteit en kosteneffectiviteit door middel van een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek, of randomised controlled trial (RCT).

Omdat uitkomsten van implementaties van complexe interventies bij thuiswonende ouderen vaak tegenstrijdig zijn, is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in mogelijke determinanten van (gebrek aan) succes. Dit inzicht kan worden verkregen door middel van een procesevaluatie. Procesevaluaties helpen onderzoekers contextuele factoren die de interventie en haar uitvoering hebben beïnvloed beter te begrijpen, perspectieven van gebruikers te exploreren, en verschillende interventiecomponenten van elkaar te onderscheiden. Het theoretisch raamwerk van een proces evaluatie bestaat gewoonlijk uit verschillende theoretische constructen. De manier waarop deze constructen geoperationaliseerd worden in de onderzoekspraktijk hangt samen met de unieke kenmerken van een interventie, en verschilt dus per evaluatie. Een vaak gebruikt theoretisch construct is ‘fidelity’. Fidelity wordt gedefinieerd als de mate waarin een interventie wordt uitgevoerd zoals van te voren beoogd door de ontwikkelaars. In kaart brengen van fidelity kan onderzoekers helpen na te gaan of een gebrek aan interventie-effect wordt veroorzaakt door een gebrek aan programmaeffectiviteit of door een lage implementatiegraad, en geeft het interventieontwikkelaars handvatten voor toekomstige disseminatie van onderzoeksbevindingen.

Tussen 2010 en 2012 werd het Geriatriesch Zorgmodel geïmplementeerd onder 1147 kwetsbare ouderen in twee regio’s in Nederland. Dit proefschrift beschrijft de uitkomsten van een onderzoekproject met de volgende doelstellingen: inzicht krijgen in de manier waarop de invoer van het Geriatriesch Zorgmodel is verlopen, en in de factoren die van invloed zijn geweest op het implementatieproces (inclusief het in kaart brengen van fidelity) ; exploreren

van de theoretische en methodologische aspecten van interacties tussen de zorgverlener en oudere cliënt in de thuissituatie, en van de aard van zorgbehoeften die de inzet zijn van deze interacties.

2.

*Implementatie van het Chronisch Zorgmodel
voor kwetsbare ouderen in Nederland:
onderzoeksprotocol van ACT
(kwetsbare ouderen – zorg in transitie)*

Dit hoofdstuk beschrijft de opzet van de ACT studie. Het doel van de ACT studie was het aanpakken van knelpunten in de eerstelijns ouderenzorg door de implementatie van het Geriatriesch Zorgmodel, een ‘comprehensive’ model voor thuiswonende, kwetsbare ouderen. Hoofdstuk 2 beschrijft hoe het Geriatriesch Zorgmodel zal worden vergeleken met gebruikelijke zorg door middel van een twee jaar durende ‘stepped-wedge’ RCT met halfjaarlijkse metingen. De ACT studie wordt uitgevoerd in 35 huisartspraktijken in twee regio’s in Nederland. Per regio worden huisartspraktijken willekeurig toegewezen aan één van vier groepen, welke ieder op een ander moment beginnen met de interventie. Deelnemers zijn ongeveer 1200 thuiswonende, kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder en hun primaire mantelzorgverlener. Huisartsen identificeren kwetsbare ouderen op basis van een multidimensionale kwetsbaarheidsdefinitie en een polyfarmacie criterium. Het uiteindelijke inclusiecriteria is een score van 3 of hoger op een case-finding instrument.

De interventie bestaat uit halfjaarlijkse geriatrische assessments, door praktijkondersteuners van de huisarts (POHs) afgenomen in de thuissituatie. De resultaten van het assessment worden vastgelegd in een op maat gemaakt zorgplan, geschreven door de POH in samenwerking met de huisarts. Kwetsbare ouderen worden gemotiveerd om hun eigen zorgplan te beoordelen en zo nodig aan te passen, zodat de inhoud een adequate weergave is van de ervaren behoeften van de ouderen. POHs worden aangestuurd door geriatrische expert teams (bestaande uit een specialist ouderenzorg en een geriatrisch verpleegkundige), die zorgdragen voor kwaliteitsmanagement, het organiseren van op-maat trainingen voor POHs en het opzetten van lokale netwerken van zorgorganisaties. Ouderen met complexe zorgproblema-

tiek worden besproken in multi-disciplinaire overleggen (MDO's), waarbij de huisarts, POH, het geriatrisch expert team, een apotheker en – indien relevant – andere bij de zorg rondom een cliënt betrokken zorgverleners aanwezig zijn.

Om inzicht te krijgen in de impact van het Geriatrisch Zorgmodel worden een effectiviteitsevaluatie, een kosten-effectiviteitsevaluatie en een procesevaluatie uitgevoerd. Primaire uitkomstmaat is kwaliteit van leven, gemeten met de Short Form-12 vragenlijst. Effectanalyses worden uitgevoerd volgens het 'intention to treat' principe en door middel van multilevel regressie analyse. Kosten worden continu gemeten tijdens de studieperiode. Met behulp van een kosten-effectiviteitsanalyse en een kosten-utiliteitsanalyse worden de gemiddelde totale kosten vergeleken met functioneren, zorgbehoeften en QALY's. De procesevaluatie bevat een exploratie van de implementatiegraad, belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en de mate waarin de interventie in staat is om de beoogde transitie te bewerkstelligen. De ACT studie is de eerste studie dat de effectiviteit, kosten-effectiviteit en procesevaluatie van een Chronisch Zorgmodel voor kwetsbare, thuiswonende ouderen in kaart brengt.

3.

*Van concept naar inhoud:
implementatie fidelity van een Chronisch Zorgmodel
voor thuiswonende, kwetsbare ouderen*

Hoofdstuk 3 onderzoekt de fidelity van de implementatie van het Geriatrisch Zorgmodel. Het in kaart brengen van fidelity bij het evalueren van het effect van 'comprehensive' zorginterventies is belangrijk, omdat de mate van fidelity de impact van de interventie kan beïnvloeden. We brachten fidelity in kaart door eerst vijf kerncomponenten van het Geriatrisch Zorgmodel te identificeren waarvan we veronderstelden dat ze essentieel zijn om interventieeffect te verkrijgen. Vervolgens formuleerden we onderzoeksvragen overeenkomstig met Carrolls' fidelity raamwerk, dat fidelity definieert als 'adhesie aan de interventie', en dat vier constructen definieert die samen informatie verschaffen over de mate van adhesie: dekking, frequentie, duur en inhoud. De vier constructen werden tijdens en aan het einde van de interventieperiode per interventiecomponent in kaart gebracht, en twee modererende factoren (res-

ponsiveit van deelnemers en facilitatiestrategieën) werden aan het eind van de interventie in kaart gebracht. In het hoofdstuk rapporteren we dat de adhesie aan twee componenten (geriatrie assessments en zorgplannen) hoog was op een zorgverlenersniveau, maar dat adhesie afnam over de tijd. Daarnaast rapporteren we dat adhesie aan MDO's aanvankelijk laag was, maar dat deze steeg gedurende de interventie. Verschillen in adhesie tussen individuele POHs huisartsen waren gematigd. Op basis van onze ervaringen met het onderzoeken van fidelity van het Geriatrie Zorgmodel bevelen we aan dat een longitudinale exploratie van adhesie per interventiecomponent essentieel is om een compleet beeld te krijgen van het implementatieproces, evenals een inventarisatie van modererende factoren. We wijzen ook op het risico op het maken van een 'type 4' error: het trekken van de (mogelijk onjuiste) conclusie dat een lage fidelity de verklaring is voor de afwezigheid van interventieeffect, zonder rekening te houden met de mogelijkheid dat de interventie is aangepast aan lokale omstandigheden, wat kan resulteren in een lage fidelity maar interventieuitkomsten juist positief kan beïnvloeden.

4.

*Verbreden van toegang
tot maatzorg bij pijnklachten
voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk*

In dit hoofdstuk presenteren en bediscussiëren we de resultaten van een onderzoek naar de identificatie van nieuwe pijnklachten door POHs tijdens het afnemen van geriatrie assessments bij kwetsbare ouderen. Tevens gaan we in op de vraag of geriatrie assessments kunnen leiden tot op maat zorgactieplannen bij pijn. Met dit onderzoek hoopten we een betere indruk te krijgen van manieren waarop toegang tot zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen met pijnklachten kan worden uitgebreid. We gebruikten cross-sectionele data van door POHs gemaakte zorgplannen. De zorgplannen waren gebaseerd op de uitkomsten van een geriatrie assessment, door POHs afgenomen tijdens een proactief huisbezoek. Het assessment bevatte een inventarisatie van pijnklachten. POHs noteerden pijn-gerelateerde afspraken en acties (die we 'zorg-actieplannen bij pijn' noemden) in de zorgplannen. We zochten in de eerste zorgplannen van 781 ouderen voor de aanwezigheid van pijnklachten, pijnlocatie en oorzaak, nieuwe pijnklachten die nog niet

bekend waren bij de huisarts, en zorg-actieplannen bij pijn. We vonden dat 315 (40,3%) van de kwetsbare ouderen pijnklachten hadden. POHs identificeerden 20 (10,6%) pijnklachten die nog niet bekend waren bij de huisarts, 188 (57,7%) van de ouderen met pijn formuleerden samen met een POH ten minste één therapeutische of niet-therapeutisch zorg-actieplan, en meer dan 50% van de zorgplannen van ouderen wiens pijnklachten al bekend waren bij die huisarts bevatten een zorg-actieplan. De meeste van de zorg-actieplannen bestonden uit acties of afspraken met betrekking tot continuïteit van zorg, en bijna een derde van alle zorg-actieplannen uit therapeutische interventies. Op basis van deze uitkomsten concludeerden we dat de inzet van POHs vanuit de huisartsenpraktijk kunnen bijdragen aan het uitbreiden van de toegang tot maatzorg bij pijnklachten voor thuiswonende, kwetsbare ouderen.

5.

Zorgbehoeften van kwetsbare ouderen

In hoofdstuk 5 staat beschreven welke zorgbehoeften kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk hebben, in welke mate deze zorgbehoeften zijn vervuld en in hoeverre ze samenhangen met persoonlijke kenmerken van ouderen. IN een cross-sectionele studie werden 1137 thuiswonende, kwetsbare ouderen uit de regio West-Friesland en Amsterdam gevraagd naar hun zorgbehoeften. Hierbij werd gebruik gemaakt van 13 van de 24 vragen van het Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Er werd vervolgens gekeken naar de samenhang tussen ervaren zorgbehoeften en leeftijd, geslacht, partnerstatus, opleidingsniveau, functionele beperkingen, recente ziekenhuisopnames, chronische ziekten en een kwetsbaarheidsscore. We vonden dat de 1137 kwetsbare ouderen gemiddeld 4,2 zorgbehoeften ervoeren op 13 een totaal van items. Hiervan waren 0,5 behoeften onvervuld, met name behoeften gerelateerd aan aandoeningen waar ouderen nog voor werden behandeld of aan problemen waarvoor nog geen hulp was. Het merendeel van de behoeften hingen samen met het fysieke domein en het omgevingsdomein, echter, deze behoeften waren over het algemeen vervuld. Behoeften die onvervuld waren hadden met name betrekking op het psychosociale domein en gingen bijvoorbeeld over gezelschap en dagbesteding. We concludeerden dan kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk voornamelijk behoeften ervaren in het fysieke

en omgevingsdomein, maar dat voor deze behoeften vaak voldoende hulp wordt ontvangen. Een minderheid van de ervaren behoeften worden ervaren in het psychosociale domein, echter, deze behoeften zijn minder vaak vervuld.

6.

*Samen op weg naar vertrouwen:
zorgverlener-zorgontvanger interacties tijdens huisbezoeken
aan kwetsbare ouderen in beeld*

Hoofdstuk 6 exploreert de interactie tussen Ann, een praktijkondersteuner van de huisarts (POH) en mevrouw Peters, een oudere die deelneemt aan een zorgprogramma dat is gericht op huisbezoeken. Het doel van deze studie was om inzicht te verkrijgen in de processen die een rol spelen tijdens de zorgverlener-ontvanger relatie, en om zo een beeld te krijgen van de aspecten van deze relatie die zouden kunnen bijdragen een succesvolle uitkomst van de implementatie van ‘comprehensive’ zorgmodellen voor kwetsbare ouderen. In het hoofdstuk beschrijven we wat er plaatsvond tijdens twee opeenvolgende huisbezoeken, en rapporteren we uitkomsten van semi-gestructureerde diepte-interviews met mevrouw Peters en Ann. Onze bevindingen wijzen erop dat een ‘grant of authority’ (ofwel een overdracht van autoriteit) van ouderen aan hun zorgverlener een rol speelt bij het succesvol implementeren van zorgdiensten tijdens huisbezoeken. Zo’n ‘grant of authority’ is gefundeerd op een vertrouwensrelatie. Ann en mevrouw Peters konden een vertrouwensrelatie opbouwen omdat Ann de behoeften van mevrouw Peters met betrekking tot de relationele aspecten van hun relatie kon vervullen. We concluderen dat als zorgverleners tegemoetkomen aan zorgvragers’ relationele behoeften er een mogelijkheid ontstaat om de impact van zorgprogramma’s met huisbezoeken te vergroten.

7.

*Meeteigenschappen van de
Client-centered Care Questionnaire (CCCQ):
factor structuur, betrouwbaarheid en validiteit van een vragenlijst
voor het meten van zelfgerapporteerde cliëntgerichtheid
van thuiszorg in een populatie van kwetsbare ouderen*

In hoofdstuk 7 beschrijven we de resultaten van een studie waarin de factor structuur, betrouwbaarheid, inhoudsvaliditeit en aanvaardbaarheid van de Client-centered Care Questionnaire (CCCQ), een bestaand instrument om cliëntgerichtheid vanuit het cliëntenperspectief te meten, in kaart werd gebracht. We testten de meeteigenschappen van de CCCQ in een populatie kwetsbare ouderen, waarbij we data gebruikten van de ACT studie. We voerden eerst een confirmatieve factoranalyse uit, en onderzochten vervolgens betrouwbaarheids- en validiteitsparameters en brachten aanvaardbaarheid in kaart. De factoranalyse liet een bifactormodel met essentiële unidimensionaliteit zien. De interne consistentie was hoog (omega totaal: 0,88). We vonden een test-hertestbetrouwbaarheid van de totaalscores van 0,81; de standaardmeetfout was 2,61 (bij een range van 15-75) en de Limits of Agreement waren -7,03 and 7,86. We verwierpen drie van de vier hypothese voor constructvaliditeit. We vermelden dat bij het gebruik van de CCCQ totaalscores moeten worden berekend en dat de betrouwbaarheid van het instrument acceptabel is, maar trekken geen duidelijke conclusie over de constructvaliditeit. Respondenten vonden de CCCQ vragen lastig te beantwoorden, wat kan duiden op een hoge belasting. In hoofdstuk 7 concluderen we uiteindelijk dat instrumenten die cliëntgerichtheid van thuiszorg vanuit het perspectief van kwetsbare ouderen beogen te meten aangepast worden aan de specifieke omstandigheden van deze groep.

8.

Algemene discussie

Dit laatste hoofdstuk bevat een samenvatting van de hoofdbevindingen beschreven in dit proefschrift en implicaties voor onderzoek en praktijk, alsmede een uiteenzetting van methodologische onderzoeksaspecten, een reflectie op sterke en zwakke kanten van het onderzoek, en een bespreking van de uitkomsten.

Methodologische overwegingen

Hoofdstuk 8 beschrijft dat bij het ontwerpen van het design van de procesevaluatie er een aanpak is gekozen zoals beschreven door Saunders et al. Deze keus was heroverwogen en er werd uiteindelijk gebruik gemaakt van Carrolls raamwerk voor fidelity. We brachten de verschillende componenten van Carrolls raamwerk in kaart over de tijd heen, waardoor we inzicht kregen in de manier waarop fidelity ontwikkelde gedurende de interventieperiode.

Het in kaart brengen van alle componenten van Carroll's raamwerk en alle modererende factoren over de tijd bleek onuitvoerbaar, wat ons gehele begrip van de mate van fidelity heft belemmerd. Daarnaast gebruikten we bij het in kaart brengen van fidelity data dat was verzameld door zorgprofessionals. Op basis van uitdagingen bij het gebruik van zulke data bevelen we aan dat toekomstige fidelity onderzoekers al voorafgaand aan de start van de interventie de uitvoerbaarheid van het gebruik van dit soort data exploreren, en dat dataverzamelmethode worden ontwikkeld samen met de professionals die de data verzamelen. In dit gedeelte van hoofdstuk 8 wordt gerefereerd aan een "type 4 fout". Type 4 fouten kunnen optreden wanneer de methode gebruikt om de implementatiegraad in kaart te brengen gebaseerd is op vaststaande ideeën over de beoogde aard en levering van de interventiecomponenten, terwijl de interventie in de praktijk juist wordt aangepast aan de lokale omstandigheden. Het resultaat hiervan kan zijn dat op basis van fidelity metingen de incorrecte conclusie wordt getrokken dat de interventie niet is uitgevoerd als beoogd en dat de lage fidelity graad de afwezigheid van effecten kan verklaren. Tenslotte is het evalueren op cliëntniveau belangrijk, maar dat dit niet altijd zonder uitdagingen verloopt; tijdens de ACT studie hadden deze uitdagingen te maken met databetrouwbaarheid, zoals problemen met het interpreteren van abstracte kwantitatieve interviewvragen, of met het terughalen van het bezoek van de POH tijdens kwalitatieve interviews. We evalueerden het perspectief van de zorgprofessionals door het houden van interviews met POHs, huisartsen en geriatrisch verpleegkundigen. In hoofdstuk 8 bevelen we aan dat in toekomstig onderzoek zorgprofessionals tijdens het uitvoeren van de interventie meerdere keren worden geïnterviewd.

Reflectie op studieresultaten

In hoofdstuk 8 reflecteren we op de zorgverlener-zorgvrager relatie, een van de concepten die centraal staat bij twee studies beschreven in dit proefschrift. We geven aan dat, om te snappen waarom ouderen professioneel zorgadvies overnemen, het essentieel is om inzicht te hebben in de redenen waarom ouderen zorg afwijzen of juist accepteren. We benoemen verschillende redenen: het zorgadvies is niet op maat, er is geen vertrouwensrelatie met de zorgverlener, of ouderen ervaren geen zorgbehoefte. Het tegemoetkomen aan relationele behoeften van ouderen en het opbouwen van een vertrouwensrelatie vraagt om een initiële tijdsinvestering,

We bespreken daarnaast het meten van cliëntgerichtheid. We vonden dat de CCCQ belastend kan zijn voor de respondenten, wat veroorzaakt kan worden door te abstracte items, of omdat de normen die de basis zijn van sommige vragen niet altijd overeenkomen met normen en verwachtingen van respondenten. Bij het ontwikkelen van een meetinstrument voor het in kaart brengen van door ouderen gerapporteerde cliëntgerichtheid van thuiszorg is het daarom belangrijk om rekening te houden met de waarden, normen en verwachtingen van ouderen met betrekking tot autonomie in het zorgproces en de zorgverlener-zorgvrager relatie. Daarnaast moet bij het ontwikkelen van zo'n instrument rekening worden gehouden met de specifieke omstandigheden van kwetsbare ouderen, zoals meerdere zorgverleners en chronische aandoeningen) en het feit dat mensen soms geneigd zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Reflecties op de implementatie van het Geriatrisch Zorgmodel

In dit hoofdstuk bediscussiëren we het implementatieproces en haar uitkomsten. Eerst bespreken we adhesie aan de Geriatrisch Zorgmodel componenten waarvan was beoogd dat ze coördinatie van zorg bevorderden (zorgplan, multidisciplinaire overleggen en lokale netwerken), en factoren die de adhesie beïnvloedden. We leggen uit dat zulke factoren zich bevinden op een micro, meso en macro niveau, en dat sommige van deze factoren, zoals het gebruik van informatietechnologie, geassocieerd zijn met betere zorgcoördinatie. We bevelen daarom aan dat de mogelijkheden worden verkend om digitale, gebruiksvriendelijke zorgplannen te ontwikkelen, en schrijven dat de implementatie van multidisciplinaire overleggen kan bijdragen aan optimale zorgcoördinatie wanneer barrières voor implementatie worden opgeheven. Omdat

is aangetoond dat coördinatie van zorg verbetert door support vanuit de gemeenschap, is het tenslotte essentieel dat huidige barrières voor implementatie van samenwerking op gemeenschapsniveau worden overkomen.

Om meer inzicht te krijgen in de manier waarop tevredenheid en betrokkenheid van zorgprofessionals van invloed was op implementatie, was het noodzakelijk om hun ervaringen en meningen in kaart te brengen. Individuele ervaringen kunnen een rol spelen bij de manier waarop zorgprofessionals omgaan met een interventie, een methodologie overnemen en interventiecomponenten implementeren. Toekomstig fidelity onderzoek, zo bevelen we aan, kan profiteren van het meten van tevredenheid en betrokkenheid op verschillende momenten gedurende de interventieperiode, van het tegelijkertijd verzamelen van kwantitatieve data en kwalitatieve data over tevredenheid en betrokkenheid zodat meetuitkomsten kunnen worden verklaard, en van het exploreren van de relatie tussen tevredenheid en betrokkenheid van professionals en de kwaliteit van de geleverde interventie. Daarnaast moet zulk onderzoek zich richten op het in kaart brengen van voorkeuren en meningen van zorgprofessional ten aanzien van de structuur en levering van ouderenzorg, en van de relatie van deze factoren met professionals' tevredenheid en betrokkenheid.

Reflecties op effectiviteitsuitkomsten

Uitkomsten van effectiviteits- en kosteneffectiviteitsevaluaties suggereren dat het Geriatisch Zorgmodel is niet kosteneffectief ten opzichte van reguliere zorg. In hoofdstuk 8 bespreken we enkele factoren op een methodologisch, programma- en implementatieniveau die deze uitkomsten zouden kunnen verklaren. De uitkomstmaten gebruikt in de ACT studie hebben mogelijk de effecten van de verschillende zorginterventies niet kunnen oppikken, of de interventieperiode bood POHs niet genoeg tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen met een oudere – en bood een oudere daardoor niet genoeg tijd om adviezen van de POH over te nemen. Daarnaast kan er bias zijn opgetreden bij het selecteren van de onderzoekspopulatie, het Geriatisch Zorgmodel of een of meer van de componenten kan niet effectief zijn geweest, of het Geriatisch Zorgmodel heeft weinig toegevoegde waarde ten opzichte van reguliere zorg. Het feit dat adhesie aan de meeste interventiecomponenten adequaat was, houdt niet direct in dat we kunnen concluderen dat er geen implementatie-issues ten grondslag liggen aan de effectuutkomsten: de relatie tussen implementatie en uitkomst hoeft niet per se lineair te zijn en we hebben

geen inzicht in alle factoren die de implementatie beïnvloedt kunnen hebben. We concluderen dat het onduidelijk is of de afwezigheid van interventieeffect kan worden toegeschreven aan factors gerelateerd aan de studieopzet en methodologie, aan een niet effectief programma, of aan implementatie-issues.

Reflecties op einddoelen van het Geriatriesch Zorgmodel

In hoofdstuk 8 wordt verder beschreven in hoeverre de drie einddoelen van het Geriatriesch Zorgmodel (het tijdig identificeren van gezondheids- en zorgbehoeften, het versterken van de eigen regie van ouderen in het zorgproces, en het verbeteren van de coördinatie van zorg) zijn behaald, en worden de gevolgen van door het onderzoek opgedane kennis voor toekomstige implementatie kort bediscussieerd. Op basis van onderzoeksresultaten beargumenteren we dat proactieve huisbezoeken en door POHs afgenomen geriatriesch assessments inderdaad bij zouden kunnen dragen aan tijdige opsporing van nieuwe of veranderde zorgbehoeften en de toegang tot zorg-op-maat bij pijn kunnen verbreden. We bevelen daarom aan dat proactieve huisbezoeken, geriatriesche assessments en regelmatig monitoren breder worden geïmplementeerd in de praktijk, maar geven ook aan dat deze implementatie samen moet gaan met een her-evaluatie van individuele interventiecomponenten en de manier waarop ze worden geleverd. Daarnaast schrijven we dat het niet mogelijk is om een algemene conclusie te trekken over het vermogen van het Geriatriesch Zorgmodel om ouderen meer regie in hun zorg te geven, echter, er zijn aanwijzingen dat actieve betrokkenheid bij zorgkeuzes en beslissingen slechts kan worden bereikt door een subgroep van gemotiveerde mensen met voldoende mentale en fysieke mogelijkheden. Tenslotte argumenteren we dat, om de potentie van het zorgplan om coördinatie van zorg te verbeteren te benutten, alle mogelijke zorgplangebruikers (zowel professionals als ouderen zelf) betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van het zorgplan, en dat professionals moeten worden getraind in het gebruik van het zorgplan. Multidisciplinaire overleggen – inclusief overleggen waarbij familie van de cliënt of de cliënt zelf aanwezig is – kunnen mogelijk coördinatie van zorg verbeteren, mits huidige barrières voor hun implementatie worden opgeheven, en het opzetten van lokale zorgnetwerken vergt tijd en vaardigheden, maar is essentieel om optimaal gebruik te kunnen maken van bestaande structuren die geïntegreerde zorgverlening faciliteren.

Implicaties voor praktijk en onderzoek

Aan het einde van hoofdstuk 8 doen we nog enkele aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek. We beschrijven hoe ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijk zich moet aanpassen om op een veranderende toekomst voorbereid te zijn, en benoemen enkele eigenschappen van het Geriatrisch Zorgmodel die deze aanpassingen kunnen faciliteren. Een van die eigenschappen, zo pleiten we, is een centrale rol voor de POH op basis van een verhoogde mate van cliënttevredenheid na contact met verpleegkundigen en aanwijzingen dat ‘skill mix’ de potentie heeft om toegang tot huisartsenzorg te waarborgen, kwaliteit van zorg en cliëntuitkomsten kan verbeteren, en mogelijk zorgkosten kan verlagen. Een grotere rol voor POHs vereist echter wel gericht onderwijs. We bevelen verder aan dat toekomstige uitvoerders van het Geriatrisch Zorgmodel nadruk leggen op het faciliteren van het leerproces van professionals die de interventie uitvoeren om zo adequate implementatie van interventiecomponenten te versnellen, dat de mate van implementatie over de tijd in kaart wordt gebracht, en dat keuzes van onderzoekers voor het theoretisch raamwerk van hun procesevaluatie en te operationaliseren concepten bewust worden gemaakt.

