

Implementatie van een proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk: van onderzoek naar praktijk

Auteurs: Nienke Bleijenberg, Artine de Jonge, Morris P. Brand, Caitriona O'Flynn, Marieke J. Schuurmans, Niek J. de Wit

Samenvatting Achtergrond

Multimorbiditeit, functionele beperkingen en kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen leiden tot een toenemende zorgcomplexiteit in de eerstelijnszorg. Een proactieve, integrale aanpak is hierbij noodzakelijk. In de periode oktober 2014–oktober 2015 is een evidence-based proactief zorgprogramma voor kwetsbare ouderen geïmplementeerd in de regio Noord-West Veluwe en Zeewolde. In deze studie is de haalbaarheid van de implementatie geëvalueerd. De focus lag op de verbinding en samenwerking tussen het medische en sociale domein.

Methoden

Met een mixed-methods design zijn verschillende procesindicatoren geanalyseerd. Data waren afkomstig van routine zorggegevens uit de huisartsenpraktijk, vragenlijsten en interviews met ouderen. De vragenlijsten gaven inzicht in verwachtingen en ervaringen ten aanzien van het programma en waren op baseline en na zes maanden follow-up afgenomen bij huisartsen, praktijkondersteuners ouderenzorg (POH's-OZ) en na 12 maanden bij andere professionals uit verschillende domeinen (stakeholders). Interviews met ouderen en hun mantelzorgers brachten de ervaringen in kaart. Regionale werkgroepen waren opgezet waarin verschillende professionals participeerden om de verbinding tussen de domeinen te realiseren.

Resultaten

Het proactieve zorgprogramma is geïmplementeerd in 42 huisartsenpraktijken die zorg verlenen aan 7904 75-plussers. In totaal vulden 101 zorgverleners en 44 stakeholders de vragenlijst in. Voorafgaand aan de implementatie bleek zowel bij zorgverleners als bij de stakeholders behoefte aan meer structuur, samenwerking en coördinatie in de zorgverlening aan kwetsbare ouderen. De implementatie van het proactieve zorgprogramma verbeterde significant de structuur in de organisatie van zorg en transparantie over verwijzingsmogelijkheden met respectievelijk 34 % ($p \leq .001$) en 27 % ($p = .009$). Zowel zorgverleners als stakeholders gaven na afloop van de implementatie aan kwetsbare ouderen beter in beeld te hebben dan voor de implementatie ($p = .005$). Ongeveer de helft van de deelnemers vond na afloop dat de regionale afstemming is verbeterd. Kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers waren tevreden met de insteek, opzet en uitvoering van de nieuwe proactieve zorg. De POH's-OZ gaven aan dat de screeningsvragenlijst te lang was en veel tijd kostte. Ook is niet voor alle ouderen die kwetsbaar waren een zorgplan opgesteld.

Conclusie

De implementatie van het proactieve zorgprogramma bleek haalbaar. Een sterke verbinding en domein overstijgende samenwerking is gerealiseerd. Het programma kon eenvoudig aangepast worden aan de actualiteit en de lokale context.

Implementation of a proactive integrated primary care program for frail older people: from science to evidence-based practice

Abstract Background

Multimorbidity, functional impairment and frailty among community-dwelling older people are causing increasing complexity

in primary care. A proactive integrated primary care approach is therefore essential. Between October 2014–2015, an evidence-based proactive care program for frail older people was implemented in the region Noord-West Veluwe en Zeewolde, the Netherlands. This study evaluated the feasibility of the implementation, having a strong focus on the collaboration between the medical and social domain.

Methods

Using a mixed-methods design we evaluated several process indicators. Data were obtained from electronic routine medical record data within primary care, questionnaires, and interviews with older adults. The questionnaires provided information regarding the expectations and experiences towards the program and were sent to health care professionals at baseline and six months follow-up. Stakeholders from various domains were asked to fill in the questionnaire at baseline and twelve months follow-up. Interviews were conducted to explore the experiences of older adults with the program. Regional work groups were set up in each municipality to enhance the interdisciplinary and domain transcending collaboration.

Results

The proactive primary care program was implemented in 42 general practices who provided care to 7904 older adults aged 75 years or older. A total of 101 health care professionals and 44 stakeholders filled in the questionnaires. The need for better structure and interdisciplinary cooperation seemed widespread among the participants. The implementation resulted in a positive significant change in the demand for a better regional healthcare-framework (34% $p \leq .001$) among health care professionals, and the needs for transparency regarding the possibilities for referral improved (27% , $p = .009$). Half of the participants reported that the regional collaboration has been improved after the implementation. Health care professionals and stakeholders gained increased attention and awareness of frail elderly in their area compared to before the implementation. Older people and their caregivers were positive about the proactive approach. The nurses reported that the screenings questionnaire was too lengthy and therefore time consuming.

Conclusions

The implementation of the proactive primary care approach in daily practice was feasible. A strong interdisciplinary collaboration was realized. The program was easily adapted to the local context.

Kernwoorden: eerstelijns, kwetsbare ouderen, multidisciplinair, proactieve ouderenzorg, proces evaluatie

Keywords: Frail older people, Multidisciplinary, Proactive primary care program, Process evaluation

Inleiding

Optimale zorgverlening aan kwetsbare ouderen in de eerstelijns is complex en vraagt een domeinoverstijgende samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners. De complexiteit heeft vaak betrekking op zowel de problematiek van de oudere als het systeem daar omheen. Factoren zoals multimorbiditeit, functionele achteruitgang en kwetsbaarheid dragen bij aan de complexiteit van zorg.^{1,2}

Kwetsbaarheid is gedefinieerd als een gelijktijdige afname in het somatische, psychische, sociale en het functionele domein en is geassocieerd met verminderde zelfredzaamheid en kwaliteit van leven, en toenemende zorgconsumptie.^{3,4} Mede om die reden is het van belang om thuiswonende kwetsbare ouderen vroegtijdig in beeld te hebben zodat mogelijke acute ontsporingen voorkomen kunnen worden en ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Dat vraagt om een proactieve organisatie van zorg waarin huisartsen, praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, en professionals uit het sociale domein gezamenlijk een geïntegreerd zorgprogramma aanbieden voor deze groeiende groep.

Vanaf 2008 is in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) fors geïnvesteerd in de transitie naar een proactieve en gestructureerde ouderenzorg in de eerstelijns.⁵ Verschillende zorgprogramma's zijn geëvalueerd waarbij de focus ligt op een integrale en multidisciplinaire aanpak. Uitgangspunt is het behoud van zelfredzaamheid en dagelijks

functioneren van ouderen. Een centrale zorgcoördinator, vaak de praktijkverpleegkundige ouderenzorg, heeft een belangrijke rol in de uitvoering en aansturing van de multidisciplinaire zorg. Een van de 126 NPO projecten is het transitieproject Ouderenzorgproject Midden Utrecht (Om U) dat vanuit het Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen (NUZO) is uitgevoerd in de periode 2010-2013.⁶ Het Om U zorgprogramma bestaat uit een software tool die potentieel kwetsbare ouderen uit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) identificeert op basis van routine zorgdata, gevolgd door een proactief zorgprogramma, uitgevoerd door de verpleegkundige. In een driearmige trial met één jaar follow-up is het proactieve zorgprogramma onderzocht. Ruim 3000 zelfstandig wonende ouderen namen hieraan deel. Uit de evaluatie bleek dat ouderen die het programma ontvingen meer behoud van zelfredzaamheid hadden dan ouderen die het traditionele zorgaanbod ontvingen.⁷ Bovendien werd het zorgprogramma positief ontvangen door ouderen en hun mantelzorgers, huisartsen en praktijkverpleegkundigen.^{8,9} Mede hierdoor waren verschillende huisartsenpraktijken in de regio gemotiveerd om het programma in de praktijk te implementeren.

Huisartsencoöperatie Medicamus, een van de regionale NUZO partners, wilde het proactieve ouderenzorgprogramma eveneens implementeren. Motivatie hiervoor was dat de effectiviteit op patiëntenuitkomsten zoals dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en zorgconsumptie in de trial is onderzocht.⁷ De professionals van Medicamus waren intrinsiek gemotiveerd gezien de hoge prevalentie van ouderen in hun werkgebied. Daarnaast wilde de organisatie een sterke verbinding tussen het medische en sociale domein realiseren gezien recente hervormingen in de langdurige zorg en decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten. Hierdoor werden enkele additionele activiteiten toegevoegd aan het oorspronkelijke Om U programma welke in de methode paragraaf worden toegelicht.

Om te evalueren of het aangepaste programma haalbaar is in de praktijk is een procesevaluatie van de implementatie opgezet. Een procesevaluatie van de implementatie geeft inzicht in de factoren die het proces c.q. de implementatie beïnvloeden en de wijze waarop bepaalde uitkomsten bereikt worden.^{10,11} Steckler en Moore et al. beschrijven verschillende componenten van een adequate procesevaluatie zoals het bereik van de doelgroep (*reach*), hoeveelheid uitgevoerde en ontvangen zorg (*dose delivered and dose received*) en tevredenheid met de interventie (*satisfaction*).^{10,12} Operationalisatie van deze begrippen wordt toegelicht in tab. 1.

Dit artikel beschrijft de procesevaluatie van de implementatie van het proactieve zorgprogramma bij Huisartsencoöperatie Medicamus in de regio NoordWest Veluwe en Zeewolde. Aan het bestaande zorgprogramma is de verbinding met het sociale domein toegevoegd.

Methoden

Design

Gezien de complexiteit van het implementeren en evalueren van een proactief zorgprogramma is gekozen voor een mixed-methods design, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve data is verzameld (tab. 1).

Deelnemers

Huisartsenpraktijken

De implementatie vond plaats bij de huisartsenpraktijken van huisartsencoöperatie Medicamus. Alle 51 praktijken van de coöperatie werden uitgenodigd om deel te nemen aan de implementatie. Doelstelling was om het programma bij 25 % van de praktijken te implementeren in het eerste jaar. Het programma werd gefaseerd geïmplementeerd in de periode oktober 2014 tot oktober 2015. Pilotgroep 1 startte in oktober 2014, pilotgroep 2 in januari 2015 en pilotgroep 3 in april 2015. Het doel was om per normpraktijk (bestaande uit 2350 ingeschreven patiënten) ten minste tien kwetsbare ouderen (75+) in het programma op te nemen en voor deze groep een zorgplan op te stellen.

Ouderen

Ingeschreven patiënten van 75 jaar en ouder en die voldeden aan ten minste één van de volgende criteria werden via de eigen huisartsenpraktijk uitgenodigd voor deelname.

1. Polyfarmacie, gedefinieerd als het chronisch gebruik van vijf of meer verschillende soorten medicijnen.
2. Een frailty index score van $\geq 0,20$.¹³ De frailty index is gebaseerd op het frailty deficit concept van Rockwood[14], waarbij het totaal aantal geregistreerde deficits (Anatomisch Therapeutisch Chemisch [ATC] en International Classification of Primary Care [ICPC] codes in het Huisartsen Informatie Systeem [HIS]) wordt gedeeld door het totaal aantal deficits. Een hogere score impliceert een hogere mate van kwetsbaarheid.¹⁴ De Frailty Index op basis van HIS data blijkt een goede voorspeller te zijn voor negatieve gezondheidssuitkomsten van ouderen zoals verpleeghuisopname, ziekenhuisopname en mortaliteit.¹³
3. Een consultatie gap, waarbij de patiënt drie jaar of langer geen contact heeft gehad met de huisarts, met uitzondering van de griepvaccinatie. Motivatie voor dit criterium was om mogelijke zorgmijders te includeren.

Tabel 1 Procevaluatiecomponenten, gerelateerde onderzoeksvragen en data onderdelen.

procevaluatie-component ^a	onderzoeksvraag	data onderdeel
fidelity (Getrouwheid)	is de Om U interventie geïmplementeerd zoals gepland?	HIS-data
reach (Bereik)	is het vooraf opgestelde aantal kwetsbare ouderen benaderd middels de vragenlijst en heeft deze groep een vragenlijst ingevuld?	HIS-data
dose delivered (hoeveelheid uitgevoerd)	zijn de interventie onderdelen zoals het versturen van de vragenlijsten, een huisbezoek, een CGA, een zorgplan uitgevoerd zoals gepland? In hoeverre zijn de implementatie activiteiten (werkgroep en scholing) uitgevoerd zoals gepland?	HIS-data Documenten werkgroep
dose received (hoeveelheid ontvangen)	hebben alle POH's-OZ de training gevolgd bij aanvang van de implementatie in de praktijk?	evaluatie scholing
satisfaction (tevredenheid)	in hoeverre zijn zorgverleners en kwetsbare ouderen tevreden met het programma? In hoeverre zijn de multidisciplinaire stakeholders ^b tevreden met het de implementatie van het programma?	interviews ouderen en mantelzorgers Vragenlijsten barrières en bevorderende factoren
context	welke organisaties, omgevings- of andere factoren hebben mogelijk invloed gehad op de implementatie of de uitkomsten?	interviews ouderen en mantelzorgers Vragenlijsten barrières en bevorderende factoren

^aLinnan & Steckler [12]

^bMultidisciplinaire stakeholders: apothekers, gemeentemedewerkers, ouderenadviseurs, casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen, vertegenwoordigers van thuiszorgorganisaties, maatschappelijk werkers, welzijnsconsulent, fysiotherapeuten, en specialisten ouderengeneeskunde

In het oorspronkelijke Om U zorgprogramma is op verzoek van de huisartsen gekozen voor de doelgroep van 60 jaar en ouder aangezien er vanuit de literatuur bekend is dat bij oudere migranten het risico op lichamelijke en psychosociale problematiek op jongere leeftijd begint.¹⁵ In dit implementatieproject is om pragmatische redenen (relatief weinig migranten en actuele financiering van zorgprogramma's) gekozen voor een kwetsbaarheid screening vanaf 75 jaar. Ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis en terminaal zieken werden geëxcludeerd.

Huisartsen en praktijkondersteuners ouderenzorg (POH's-OZ)

Huisartsen van de deelnemende praktijken konden deelnemen indien de omvang van de POH-OZ formatie in de praktijk voldoende was om het zorgprogramma te implementeren. De volgende vuistregel werd hierbij gehanteerd: uitgaande van 5–10 % 75- plussers per normpraktijk (N = 2350) tenminste 1 dagdeel per week uitsluitend voor de uitvoering van het ouderenzorgprogramma.

De praktijkverpleegkundigen/POH's-OZ waren reeds in dienst van de huisartsenpraktijk.

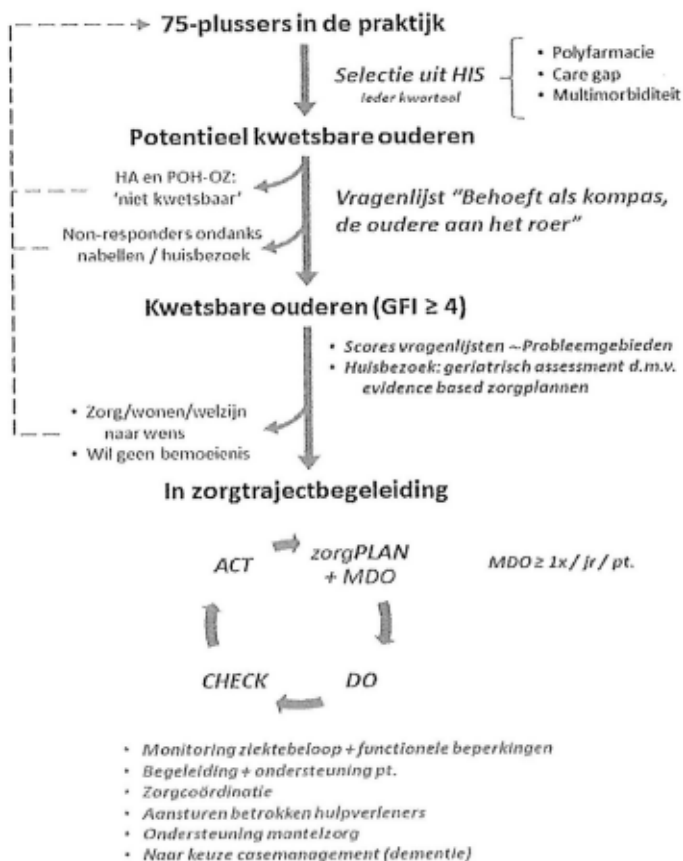
Alle praktijkverpleegkundigen/POH's-OZ (n = 33) volgden voorafgaand aan de implementatie de POH module ouderenzorg aan de Hogeschool Utrecht. Deze module is afgestemd op de inhoud van het proactieve zorgprogramma. Voorwaarde voor deelname was dat de huisartsen en praktijkverpleegkundigen/POH's-OZ gezamenlijk participeerden aan de startbijeenkomst waarin het programma, de werkwijze en evaluatie werd toegelicht. Verder waren de randvoorwaarden om deel te nemen omschreven in de Ouderenzorgmodule van Achmea waarbij uitgegaan werd van 5–10 % 75-plussers per normpraktijk. Hiervoor werd tenminste 1 dagdeel per week in de praktijk gereserveerd voor ouderenzorg.

Interventie: Het proactieve zorgprogramma kwetsbare ouderen

Het proactieve zorgprogramma bestaat uit twee componenten (fig. 1):

1. Selectie van potentieel kwetsbare ouderen op basis van routine zorg data middels de Utrechtse Periodieke Risico-Identificatie en Monitoring (U-PRIM).¹³
2. Het proactieve zorgprogramma dat volgt na de U-PRIM selectie uitgevoerd door praktijkverpleegkundigen/POH's-OZ.¹⁶

Werkwijze POH-OZ



* Selectie uit HIS middels de Utrechtse Periodieke Risico Identificatie en Monitoring (U-PRIM)

** Vragenlijst "Behoeft als kompas, de oudere aan het roer" bevat de Groningen Frailty Indicator (GFI), Intermed-Self Assessment, en Groningen Wellbeing Indicator (GWI).

Figuur 1 Flowchart stappen proactief ouderenzorgprogramma Om U.

U-PRIM is een screeningsinstrument dat op basis van routine zorg data van de huisarts potentieel kwetsbare ouderen uit HIS identificeert. De U-PRIM criteria waren tevens de inclusiecriteria zoals hierboven beschreven: polyfarmacie en/of een frailty index van $\geq 0,20$ en/of een consultatie gap van 3 jaar of langer. De U-PRIM rapportage werd iedere drie maanden gedraaid en de deelnemende praktijken ontvingen de rapportage in Excel. Details van de U-PRIM zijn eerder beschreven.¹³ Tijdens de implementatie selecteerden huisartsen en POH's-OZ op basis van de U-PRIM lijst en in enkele gevallen op basis van eigen inzicht een aantal ouderen voor deelname aan het proactieve zorgprogramma.

Zorgprogramma

Potentieel kwetsbare ouderen die middels de U-PRIM waren geïdentificeerd ontvingen per post een vragenlijst om de mate van kwetsbaarheid, complexiteit van zorg en welbevinden te meten. Ouderen die de vragenlijst na twee weken niet terugstuurden werden gebeld en gevraagd of hulp gewenst was of dat er een mantelzorgere bereid was te helpen met het invullen van de lijst. Kwetsbaarheid werd gemeten met de Groningen Frailty Indicator (GFI),¹⁷ complexiteit van zorg werd gemeten met de Intermed-Self Assessment for the Elderly^[18, 19], en met de Groningen Wellbeing Indicator (GWI) werd het welbevinden in kaart gebracht. Ouderen die kwetsbaar waren op de GFI (GFI score ≥ 4) ontvingen een huisbezoek en een uitgebreid geriatrische anamnese (CGA) van de POH-OZ. Verpleegkundigen gebruikten als hulpmiddel de Toolkit Kwetsbare Ouderen²⁰ waarin evidence-based zorgplannen zijn ontwikkeld voor 13 veel voorkomende (geriatrische) problemen. Na afloop van het huisbezoek werd een individueel zorgplan (IZP) opgesteld en hield de POHOZ het overzicht, de coördinatie van zorg en followup. Indien nodig, werd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd. Een uitgebreide beschrijving van het

zorgprogramma is eerder beschreven.¹⁶

Additionele activiteiten ter bevordering van verbinding en samenwerking

Gedurende het implementatieproces vonden er in iedere gemeente 3 wijknetwerkbijeenkomsten plaats met direct betrokken zorgverleners (huisartsen en POH'sOZ) en andere stakeholders in de eerstelijns zoals apothekers, gemeentemedewerkers, ouderenadviseurs, casemanagers dementie, wijkverpleegkundigen, vertegenwoordigers van thuiszorgorganisaties, maatschappelijk werkers, welzijnsconsulent, fysiotherapeuten, en specialisten ouderengeneeskunde. Doel was om lokale afstemming en samenwerking te realiseren en de voortgang van de implementatie te bespreken. Op regionaal niveau maakten de zorgverleners en stakeholders samenwerkingsafspraken voor geriatrische problemen zoals eenzaamheid, polyfarmacie en vallen tijdens periodieke bijeenkomsten. Per gemeente werden functionele sociale kaarten gemaakt voor deze geriatrische problemen om de samenwerking en afstemming tussen de verschillende domeinen en professionals te bevorderen.

Dataverzameling

Data voor de procesevaluatie werden verzameld middels een vragenlijst, routine zorg data (HIS) en interviews (tab. 1). De vragenlijsten werden digitaal verstuurd naar alle deelnemende huisartsen en POH's-OZ voorafgaand aan de implementatie en na zes maanden. De verwachtingen en ervaringen (*satisfaction*) ten aanzien van het zorgprogramma is gemeten met een aangepaste en ingekorte versie van de vragenlijst van Peters et al. "Ruimte voor verandering".²¹ De vragenlijst voor de huisartsen en POH's-OZ bestond uit 18 items en kwam gedeeltelijk overeen met de vragenlijst die in Om U is gebruikt.⁹ Dezelfde vragenlijst is eveneens digitaal naar de stakeholders gestuurd aan het begin van de implementatie en na twaalf maanden. Deelnemers ontvingen na twee weken een eenmalige herinnering. De vragenlijsten identificeerden tevens de huidige knelpunten in de zorgverlening aan ouderen en na afloop werden de ervaringen ten aanzien van onder andere de samenwerking, coördinatie, structuur en regionale afstemming gemeten. Ten slotte werd bij de start en na afloop gevraagd hoe goed de populatie kwetsbare ouderen in beeld was en hoe de samenwerking en taakverdeling tussen zorgverleners en stakeholders verliep.

HIS data werd verzameld om inzicht te verkrijgen in welke mate het programma werd uitgevoerd volgens planning en de intensiteit (*dose delivered*) (tab. 1). In alle deelnemende praktijken werd de prevalentie van kwetsbaarheid, het aantal huisbezoeken, het aantal individuele zorgplannen en het aantal en type geregistreerde diagnosen voor 13 geriatrische problemen geregistreerd (tab. 2). Deze data geeft inzicht in de daadwerkelijk uitgevoerde zorg (*dose delivered*) door de POH's-OZ en de ontvangen zorg door patiënten (*dose received*). Kwalitatieve data werd verzameld middels interviews met ouderen. De POH's-OZ nodigden ouderen uit voor een semigestructureerd interview dat thuis werd afgenomen. Doel van de interviews was om de ervaringen ten aanzien van de huisartsenzorg en het proactieve zorgprogramma in kaart te brengen (*satisfaction*). De volgende topics kwamen aan bod: de huidige gezondheid van de oudere, ervaringen met de huidige huisartsenzorg en de ervaringen met het nieuwe proactieve programma zoals het invullen van de vragenlijst, het huisbezoek en wat het voor de oudere had opgeleverd (Bijlage fig. A.2).

Analyse

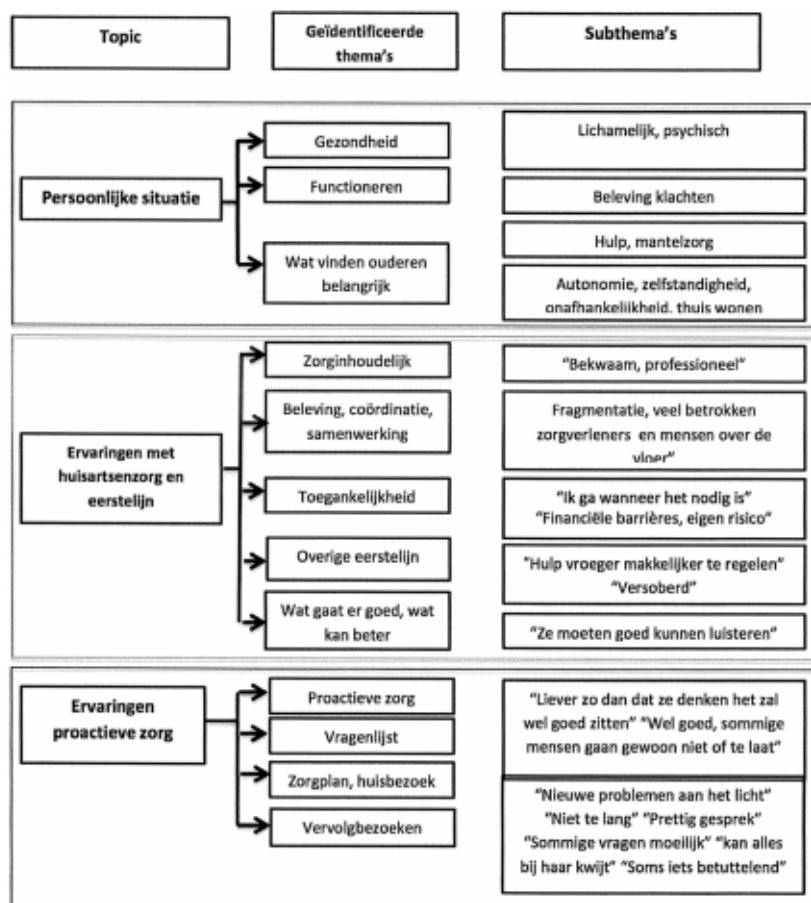
Voor data afkomstig van de vragenlijsten werden voor categorische vragen frequenties en percentages berekend van het aantal deelnemers dat de vraag beantwoordde met "Zeer mee eens" en "Eens". Voor de vragen met een ordinale schaal van 0-10 werden gemiddelden en standaarddeviaties (SD) berekend. Vervolgens werd met een independent T-tests een p-waarde berekend voor het verschil tussen de voor- en nameting. Data afkomstig uit het HIS werd met beschrijvende statistiek geanalyseerd. De analyses werden verricht middels SPSS (SPSS Statistics versie 21.0, Chicago, IL, USA).

Interviews werden opgenomen met een digitale audiorecorder en vervolgens verbatim uitgeschreven voor analyse. Analyse vond plaats door middel van datasegmentatie en reconstructie. Via open codering werden sleutelwoorden in de tekst geïdentificeerd en vervolgens vond er thematische identificatie plaats om de hoofdthema's van de interviews te beschrijven. Middels axiaal coderen werden de subthema's geïdentificeerd.²² De hoofd- en subthema's zijn opgenomen in fig. 2.

Resultaten

In totaal namen 42 van de 51 (82 %) praktijken deel aan de implementatie en 33 POH's-OZ volgden de scholing POH module

ouderenzorg (*reach*). Drie praktijken uit pilotgroep 3 vielen af vanwege pragmatische redenen: onvoldoende uitbreiding (POH) capaciteit en geen tijd om de scholing te volgen. De deelnemende praktijken verlenen zorg aan 114.660 patiënten waaronder 7904 75-plussers. De U-PRIM identificeerde in totaal 1818 (23 %) potentieel kwetsbare ouderen, vervolgens is bij 727 (40 %) de GFI afgenomen (*reach*). In totaal hadden 529 (73 %) ouderen een GFI score van ≥ 4 . De gemiddelde GFI was 5,4 (SD 2,9). In totaal werd bij 391 ouderen (73 %) een huisbezoek afgelegd door de POH's-OZ en is er voor 57 (15 %) kwetsbare ouderen een zorgplan opgesteld (*dose delivered*). Tijdens de implementatieperiode werden bij 529 kwetsbare ouderen 427 ICPC diagnoses gesteld die vielen binnen één van de 13 (geriatrie) probleemgebieden (tab. 2). De volgende probleemgebieden werden het meest geregistreerd: cognitieve achteruitgang (17 %), polyfarmacie (16 %) en vallen en mobiliteit (15 %).



Figuur 2 Resultaten en thema's van interviews met ouderen en mantelzorgers

Verwachtingen en ervaringen van huisartsen, POH's-OZ en stakeholders

In totaal vulden 101 deelnemers (zorgverleners $n = 61$, stakeholders $n = 40$) de baseline vragenlijst in. Na 12 maanden vulden 44 zorgverleners en 10 stakeholders de vervolgvragenlijst in (*reach*) (tab. 3). Voorafgaand aan de implementatie bleken huisartsen, POH's-OZ en stakeholders positief over de implementatie van het zorgprogramma (*satisfaction*). Meer dan 80 % van de zorgverleners verwachtte dat het zorgprogramma tot verbetering zou leiden in de coördinatie van zorg aan kwetsbare ouderen, dat de samenwerking met andere disciplines zou verbeteren en dat het programma meer structuur zou bieden in de zorgverlening aan kwetsbare ouderen. Na zes maanden bleek zowel de structuur in de organisatie van de ouderenzorg en de behoefte aan transparantie significant te zijn verbeterd met respectievelijk 34 % ($p \leq .001$) en 27 % ($p = .009$). Bovendien waren de kwetsbare ouderen na zes maanden beter in beeld bij zowel de zorgverleners ($p = .005$) als bij de stakeholders ($p \leq .001$) en vonden de zorgverleners de regionale afstemming ($p = .015$) en samenwerking verbeterd ($p = .04$) (*fidelity*). Minder positief waren zorgverleners en stakeholders over de vraag of crisissituaties voorkomen zouden kunnen worden ($p = .047$ en $p = .17$) (*satisfaction*).

Er werden echter ook enkele barrières gesignaleerd in de uitvoering, zoals de lengte en de uitgebreidheid van de screeningsvragenlijsten (GFI, Intermed, Welbevinden), en de ICT beperkingen bij het opstellen van een zorgplan (*context*). Daarnaast is niet voor alle kwetsbare ouderen een zorgplan opgesteld (*dose delivered*). Op basis van de behoefte van de POH's-OZ is besloten om alleen de GFI vragenlijst te versturen en de vragen over incontinentie, vallen, moeite met eten en drinken, alcoholgebruik en personenalarmering hieraan toe te voegen.

Tabel 2 Zorginhoudelijke indicatoren op basis van extracties uit het huisartsen informatiesysteem (HIS) per deelnemende gemeente.

	totaal N = 39 praktijk- ken	Ermelo (n = 4)	Harderwijk (n = 14)	Putten (n = 6)	Elspeet, Ud- del, Garderen (n = 2)	Nunspeet (n = 7)	Zeewolde (n = 6)
aantal ingeschreven patiënten, n	114.660	12.521	42.550	21.383	5142	17.013	16.051
75 jaar en ouder, n (%)	7904 (6,9)	1001 (8,0)	2876 (6,8)	1567 (7,3)	340 (6,6)	1467 (8,6)	653 (4,1)
vrouw, n (%)	4682 (59)	599 (60)	1717 (60)	915 (58)	202 (59)	898 (61)	351 (54)
verhoogd risico op kwetsbaarheid in U-PRIM^a, n (%)	1818 (23)	230	661	360	78	337	150
GFI score bepaald, n (%)	727 (40)	133 (57,8)	275 (41,6)	88 (24,4)	18 (23,1)	168 (49,9)	45 (30)
GFI score, gemiddelde (SD)	5,4 (2,9)	6,1 (3,1)	5,3 (2,8)	5,3 (2,9)	5,8 (3,8)	5,1 (2,7)	5,6 (2,7)
aantal GFI score ≥ 4 (kwetsbaar), n (%)	529 (73)	102 (77)	206 (75)	59 (67)	13 (72)	113 (67)	36 (80)
aantal huisbezoeken/CGA, n (% met GFI ≥ 4)	391 (74)	55 (60)	157 (99)	61 (120)	10 (100)	103 (111)	5 (17)
aantal zorgplannen/IZP's, n (% met huisbezoek)	57 (15)	5 (9)	16 (10)	15 (25)	0 (0)	21 (20)	0 (0)
kwetsbare ouderen > 75jr, n (%)^b	431 (5,4)	79 (7,9)	132 (4,5)	95 (6,1)	14 (4,1)	61 (4,1)	50 (7,6)
aantal diagnoses in geriatrisch probleemgebied, n (%)	427	57	154	104	25	59	28
geriatrische problematiek, n (%)^c							
polyfarmacie (A49.02)	66 (16)	3 (5)	28 (18)	23 (22)	3 (12)	7 (12)	2 (7)
functioneren (L29)	29 (7)	2 (3)	14 (9)	3 (3)	2 (8)	6 (10)	2 (7)
vallen en mobiliteit (A80)	62 (15)	3 (5)	32 (21)	11 (11)	5 (20)	8 (14)	3 (11)
risico op ondervoeding (T05)	11 (3)	1 (2)	0 (0)	6 (6)	2 (8)	2 (3)	0 (0)
incontinentie voor urine (U04)	19 (4)	2 (3)	11 (7)	3 (3)	0 (0)	3 (5)	0 (0)
incontinentie voor ontlasting (D17)	5 (1)	1 (2)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (2)	1 (4)
stemming/depressie (P03/P76)	17 (4)	5 (9)	4 (3)	5 (5)	0 (0)	2 (3)	1 (4)
cognitieve achteruitgang (P20,P70)	71 (17)	10 (18)	15 (10)	21 (20)	2 (8)	14 (24)	9 (32)
gehoor (H02)	43 (10)	4 (7)	15 (10)	13 (13)	3 (12)	5 (9)	3 (11)
visus (F05)	40 (9)	6 (11)	12 (8)	11 (11)	2 (8)	5 (9)	4 (14)

Tabel 2 Zorginhoudelijke indicatoren op basis van extracties uit het huisartsen informatiesysteem (HIS) per deelnemende gemeente. (Vervolg)

	totaal N = 39 praktijk- ken	Ermelo (n = 4)	Harderwijk (n = 14)	Putten (n = 6)	Elspeet, Ud- del, Garderen (n = 2)	Nunspeet (n = 7)	Zeewolde (n = 6)
mantelzorgondersteuning (Z04)	9 (2)	0 (0)	3 (2)	2 (2)	3 (12)	0 (0)	1 (4)
tijdig bespreken levenseinde (A20)	55 (13)	20 (35)	19 (12)	5 (5)	3 (12)	6 (10)	2 (7)

Ervaringen ouderen en mantelzorgers

In totaal namen vier ouderen deel aan de interviews. ‘Zelfstandig kunnen blijven wonen’ en ‘autonomie’ kwamen tijdens alle interviews naar voren als belangrijke individuele doelstellingen (fig. 2). Over het algemeen waren de ouderen tevreden met de bestaande huisartsenzorg (*satisfaction*). Ten aanzien van het proactieve programma waren de ouderen overwegend positief: de ouderen waardeerden de preventieve insteek. Een voorbeeld hiervan was een oudere met valneiging waarbij naar aanleiding van een huisbezoek valvoorkomende maatregelen in huis werden gerealiseerd. Een van de ouderen vond de screeningsvragenlijst lang, maar vond het wel een goede stimulans om over zijn situatie na te denken. Een andere oudere gaf aan: “liever zo, dan dat ze denken; het zal wel goed zitten”. Daarnaast gaf een mantelzorger aan het een prettig idee te vinden dat iemand vanuit de huisartsenpraktijk de situatie goed in beeld houdt. Het contact met de POH-OZ werd unaniem als prettig ervaren; “een vriendelijke mevrouw”, “ik kon bij haar alles kwijt”, “ik hoop haar vaker te zien”. Een andere oudere gaf aan dat de POH-OZ zeer bekend was met de sociale kaart: zij hielp bij praktische zaken, zoals het aanvragen van medische hulpmiddelen en aanpassingen in huis. Een nadeel dat werd genoemd was “het ietwat betuttelend karakter” van het huisbezoek (*satisfaction*).

Opbrengsten werkgroepen gemeenten

In vijf regionale werkgroepen Zorg & Maatschappelijke ondersteuning werd gedurende het jaar gewerkt aan een functionele sociale kaart voor vier veel voorkomende probleemgebieden bij kwetsbare ouderen: eenzaamheid, stemming en depressie, mantelzorgondersteuning en zingeving. Er vonden drie bijeenkomsten plaats in iedere gemeente van 1,5 uur (*fidelity*). Hieraan gekoppeld werden multidisciplinaire samenwerkingsafspraken gemaakt over verwijzen en terugverwijzen, vroegsignalering en het uitwisselen van informatie tussen professionals uit de zorg, welzijn en de gemeente (*fidelity* en *context*). De samenwerking tussen de domeinen is hierdoor versterkt.

Discussie

Het proactieve zorgprogramma werd in 42 huisartsenpraktijken geïmplementeerd in de regio NoordWest Veluwe en Zeewolde en bleek goed uitvoerbaar. Zorgverleners en stakeholders rapporteerden na zes en twaalf maanden verbeteringen in coördinatie, domein overstijgende samenwerking en structuur in de zorgverlening aan kwetsbare ouderen. Daarnaast waren kwetsbare ouderen na afloop van de implementatie beter in beeld. Ouderen waardeerden de proactieve insteek en gaven aan de nieuwe manier van zorg als prettig te ervaren. Aanvankelijk was de doelstelling om het programma in ten minste 25 % van de Medicamus praktijken te implementeren. Echter, de belangstelling vanuit de coöperatie was groot en uiteindelijk is het programma in 83 % van de praktijken geïmplementeerd. Barrières werden ervaren op het gebied van de screeningsvragenlijst: de POH's-OZ gaven aan dat de screeningsvragenlijst te lang was en veel tijd kostte.

Vergelijking met de literatuur

De afgelopen jaren zijn in het kader van het NPO meerdere proactieve zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen ontwikkeld en geïmplementeerd. In een procesevaluatie studie van Metzeltin et al. bleek dat het goed uitvoeren van een complexe interventie zoals een proactief zorgprogramma niet altijd wordt uitgevoerd als gepland. Bovendien kost het veel tijd voordat het volledig is geïmplementeerd.²³ Het blijkt in de praktijk zeer complex een grootschalig programma in korte tijd volledig te implementeren en uit te voeren. Mede om die reden is gekozen in dit project om bij slechts 10 % van de kwetsbare ouderen een zorgplan op te stellen vanwege de tijdsinvesteringen op het logistieke en organisatorische vlak. Uit de literatuur blijkt dat de meeste ouderen deze proactieve zorg waarderen.^{8,24} De bevindingen van deze studie sluiten hierbij aan. De relatie met

de zorgverlener en timing van bezoek zijn voor ouderen belangrijke aspecten.⁸ Echter de effectiviteit van deze programma's op uitkomsten als dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en zorgconsumptie zijn diffuus.^{7,25,26,27} In de regio Zuidoost Groningen is het zorgprogramma "SamenOud" geëvalueerd.²⁸ In dit programma voerden zogenaamde ouderenzorgteams de huisbezoeken uit. Deze teams bestaan uit verschillende professionals die de ouderen bezoeken, een belangrijk verschil ten opzichte van het Om U programma. Ouderen die participeerden in Samen Oud gaven aan dat het programma een gevoel van veiligheid en geborgenheid gaf. De positieve ervaringen hebben er toe geleid dat het programma de komende jaren middels de NZA beleidsregel uitgevoerd kan worden. Een studie uit Noorwegen liet zien dat een soortgelijk proactief zorgprogramma slechts bij twee van de zes praktijken leidde tot betere coördinatie. Verondersteld werd dat de mate waarin de implementatie succesvol is voor een groot deel afhangt van de wijze waarop de zorgverleners vooraf zijn getraind en geïnstrueerd.²⁹ Andere cruciale factoren die genoemd werden voor een succesvolle implementatie waren een gedegen gemeentelijke aansturing en management (voldoende bestuurlijke prioriteit) met een focus op het creëren van overlegmomenten, betrokkenheid en samenwerking tussen alle betrokken partijen.²⁹

Tabel 3 Uitkomsten van de vragenlijst "Verwachtingen en ervaringen proactieve ouderenzorg", baseline en zes of twaalf maanden na implementatie.

Meetmoment	zorgverleners <i>huisartsen, POH's-OZ</i>			stakeholders <i>gemeenten, andere professionals</i>		
	Base-line	6 mnd	P-waarde ^a	Base-line	12 mnd	P-waarde ^a
<i>Vanuit mijn functie ervaar ik in het kader van de ouderenzorg:</i>	<i>n = 61</i>	<i>n = 34</i>		<i>n = 40</i>	<i>n = 10</i>	
- behoefte aan structuur om goede zorg te verlenen	49 (81 %)	16 (47 %)	<.001	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
- behoefte aan grotere transparantie verwijsmogelijkheden	52 (86 %)	20 (59 %)	.009	27 (68 %)	8 (80 %)	.12
- behoefte aan meer afstemming met andere disciplines	46 (75 %)	25 (74 %)	.80	36 (90 %)	9 (90 %)	.60
- knelpunten omdat ik onvoldoende kennis van coördinatiemogelijkheden heb	42 (69 %)	15 (44 %)	.007	24 (60 %)	6 (60 %)	.047
<i>door de implementatie van het ouderenzorgprogramma zal/is:</i>						
- er een verschuiving van ad hoc naar proactieve zorg plaatsvinden	44 (72 %)	12 (68 %)	.28	31 (78 %)	5 (50 %)	.80
- er een verbetering in de samenwerking plaatsvinden	50 (82 %)	26 (77 %)	.24	32 (80 %)	7 (70 %)	.42
- er een verbetering in coördinatie van zorg plaatsvinden	53 (87 %)	26 (77 %)	.064	32 (80 %)	6 (60 %)	.19
- de regionale afstemming verbeteren	41 (67 %)	17 (50 %)	.075	18 (45 %)	4 (40 %)	.74
- meer gestructureerde zorg verleend worden	54 (88 %)	28 (82 %)	.091	n.v.t.	n.v.t.	-
- er een verbetering in patiënttevredenheid plaatsvinden	49 (80 %)	21 (62 %)	.13	31 (78 %)	2 (20 %)	<.001
- het MDO meerwaarde bieden voor kwaliteit van zorg	41 (67 %)	22 (65 %)	.84	30 (75 %)	8 (80 %)	.84
- kwetsbare ouderen beter in beeld komen	55 (90 %)	28 (82 %)	.46	30 (75 %)	7 (70 %)	.52
- crisissituaties worden voorkomen	28 (46 %)	9 (27 %)	.047	23 (58 %)	2 (20 %)	.17
<i>Waardering op een schaal van 1-10</i>						
- interdisciplinaire samenwerking, gemiddelde (SD)	6,52 (1,0)	6,94 (.6)	.015	6,35 (1,0)	7,0 (1,2)	.08
- regionale afstemming, gemiddelde (SD)	6,03 (1,2)	6,71 (.9)	.04	5,48 (1,5)	6,2 (1,0)	.15
- populatie van kwetsbare ouderen in beeld, gemiddelde (SD)	6,55 (1,4)	7,26 (1,0)	.005	5,8 (1,2)	7,4 (1,3)	.001

De percentages hebben betrekking op de antwoorden "Zeer mee eens" en "Eens". a P verschil: tweezijdig significantieniveau (.05) gebaseerd op een independent-samples T-test

Sterke punten en beperkingen

Het proactieve ouderenzorg programma Om U is geïmplementeerd bij 42 van de 51 huisartsenpraktijken in de regio Noord-West Veluwe en Zeewolde. Het merendeel van zorgverleners uit het medische domein en verschillende stakeholders uit het sociale domein participeerden in deze studie. De mixed-methods benadering geeft breder inzicht in de

implementatieevaluatie dan kwantitatieve of kwalitatieve data alleen.²² Daarnaast is gebruik gemaakt van procesevaluatie en implementatie literatuur om de verschillende componenten van het zorgprogramma te evalueren.^{10,12,30} Het proactieve ouderenzorgprogramma had een integrale benadering door de sterke verbinding tussen de huisartsenzorg, de wijkverpleegkundige en het sociale domein. De resultaten laten zien dat het bestaande zorgprogramma in aangepaste vorm goed ingevoerd kan worden in de dagelijkse praktijk.

Deze procesevaluatie heeft ook enkele beperkingen. Er is mogelijk sprake van selectiebias aangezien de deelnemende praktijken op vrijwillige basis konden participeren. Mogelijk is er ook voor de interviews sprake van selectieve inclusie. Het bleek lastig om kwetsbare ouderen te rekruteren voor de interviews en het aantal dat participeerde was laag. Hierdoor zijn mogelijk de minst kwetsbare ouderen geïnterviewd. Ondanks een schriftelijke reminder was de respons bij de follow-up vragenlijsten laag (reach). Verklaringen hiervoor zijn onduidelijk, mogelijk kan een beperking in tijd een beïnvloedende factor zijn geweest. Daarnaast was er sprake van onderregistratie van de HIS data, niet alle handelingen en acties waren geregistreerd zoals vooraf afgesproken (context). Hierdoor zijn de gepresenteerde HIS uitkomsten mogelijk een onderschatting van de daadwerkelijk geleverde zorg.

Implicaties voor in de praktijk

Maatschappelijke en demografische veranderingen vragen om een doelmatige, efficiënte zorgverlening aan kwetsbare ouderen in de eerstelijns. Door het wegvallen van de AWBZ in 2015 en het overhevelen van taken en verantwoordelijkheden naar gemeenten is een intensievere samenwerking tussen het medische en sociale domein noodzakelijk. De Nederlandse politiek en zorgverzekeraars zetten sinds 2015 fors in op de rol van de wijkverpleegkundige als spil in de (wijk)zorg voor ouderen. De samenwerking tussen de huisarts en de praktijk- of wijkverpleegkundige en het sociale domein moet in veel gemeenten nog vorm krijgen, ook op het gebied van de ouderenzorg. De rol van de wijkverpleegkundige in het ouderenzorgprogramma moet verder uitgewerkt en onderzocht worden.

De behoefte aan afstemming en samenwerking is vanuit alle professionals en stakeholders sterk aanwezig. Deze bevindingen kwamen overeen met de bevindingen van een peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).³¹ Het geïmplementeerde proactieve ouderenzorgprogramma kwam deels tegemoet aan deze behoefte. De bevindingen van deze implementatie laten zien dat het proactieve zorgprogramma eenvoudig aangepast kan worden aan de lokale context. Casefinding vanuit de huisartsenpraktijk is een belangrijk voordeel: dat is dé plek waar de oudere komt wanneer klachten ontstaan. Middels routine zorgdata uit het HIS kunnen ouderen met een verhoogd risico eenvoudig geïdentificeerd worden gevolgd door een interventie op maat.

In de huidige transitie is domein overstijgende samenwerking essentieel. Dat vraagt om ervaren verpleegkundigen in de eerstelijns die overstijgend denken, verbinding zoeken, de zorg coördineren en het overzicht houden voor de oudere patiënt. Daarvoor is verbinding en inbedding met de curatieve huisartsenzorg van primair belang, niet het dienstverband. Elementen voor succes zijn een brede participatie en aansluiting bij bestaande (wijk)netwerken. Het creëren van regionale werkgroepen en het stimuleren van samenwerking tussen de domeinen moet een speerpunt zijn. Echter, aandacht voor praktische uitvoerbaarheid (invullen vragenlijst en registraties) en integratie met ICT-systemen zijn belangrijke aandachtspunten voor de toekomst (context). Zo is het wenselijk dat er één systeem komt waar zorg- en hulpverleners in kunnen en dat het zorgplan niet alleen toegankelijk is voor de professional maar ook voor de patiënt en zijn of haar mantelzorgers.

Conclusie

Een proactief integraal ouderenzorgprogramma is bij 42 aantal huisartsenpraktijken in de regio Noord West Veluwe en Zeewolde geïmplementeerd. Het programma kon eenvoudig aangepast worden aan de actualiteit en de lokale context. Zorgverleners en stakeholders rapporteerden verbeteringen in coördinatie en structuur en hadden de populatie kwetsbare ouderen na afloop beter in beeld. Barrières werden ervaren op het gebied van de screeningsvragenlijst: deze werd als tijdrovend ervaren door de POH-OZ. Samenwerking en verbinding in de regio zowel binnen het medische domein én tussen het medische en sociale domein werden gerealiseerd door middel van werkgroepen.

Dankbetuiging.

Onze dank is groot voor een ieder die heeft bijgedragen aan deze studie, alle ouderen, zorgverleners en stakeholders. Deze studie is gefinancierd door ZonMw en het Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen (NUZO): NPO implementatie ronde 6 (60-61900-98- 655).

Auteurs

Nienke Bleijenberg

Divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, afdeling verplegingswetenschap, Universitair Medisch Centrum Utrecht
divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en
Eerstelijns Geneeskunde, afdeling verplegingswetenschap, Universitair Medisch Centrum Utrecht

e-mail: n.bleijenberg@umcutrecht.nl

Artine de Jonge

Huisartsen Coöperatie Medicamus
Huisartsen Coöperatie Medicamus, Harderwijk

thans: Huisartsopleider, huisarts in praktijk De Jonge & Co
Apeldoorn, Gelderland, Netherlands

Morris P. Brand

Geneeskundestudenten, Universiteit Utrecht
Geneeskundestudent, Universiteit Utrecht, Utrecht

Caitriona O'Flynn

Geneeskundestudenten, Universiteit Utrecht
Geneeskundestudent, Universiteit Utrecht, Utrecht

Medical doctor, Ireland

Marieke J. Schuurmans

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Marieke J. Schuurmans is hoogleraar Verplegingswetenschap UMC Utrecht.

Niek J. de Wit

divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, afdeling huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht
Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht, Utrecht

Literatuurlijst

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-762. 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
2. Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: Focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad; 2009. ISBN9789055497577.
3. Rockwood K. Frailty and its definition: A worthy challenge. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1069-1070. 10.1111/j.1532-5415.2005.53312.x
4. Slaets JJP. Vulnerability in the elderly: Frailty. *Med Clin North Am*. 2006;90:593-601. 10.1016/j.mcna.2006.05.008
5. van Aken P. Het nationaal programma ouderenzorg 'op stoom'; bundelen, verspreiden en invoeren van de

- opbrengsten. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2015;4675-77. 10.1007/s12439-015-0132-6
6. ten Dam V, Bleijenberg N, Numans M, Drubbel I, Schuurmans M, de Wit N. Proactieve en gestructureerde zorg voor kwetsbare oudere patiënten in de eerstelijns: Achtergrond, opzet en uitvoering van een screenings-en zorgprogramma. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2013;4481-90. 10.1007/s12439-013-0013-9
 7. Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam VH ten, Zuithoff NPA, Numans ME, Wit NJ de. The effectiveness of a proactive patient-centered primary care programme on daily functioning of frail older patients; a cluster randomised controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2016;64(9):1779-88
 8. Bleijenberg N, Boeije HR, Onderwater AT, Schuurmans MJ. Frail older adults' experiences with a proactive, nurse-led primary care program: A qualitative study. J Gerontol Nurs. 2015;41(9):20-29. 10.3928/00989134-20150814-03
 9. Bleijenberg N, ten Dam VH, Steunenberg B. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: A mixed-methods study. J Adv Nurs. 2013;692262-2273. 10.1111/jan.12110
 10. Moore GF, Audrey S, Barker M. Process evaluation of complex interventions: Medical research council guidance. BMJ. 2015;350h1258-10.1136/bmj.h1258
 11. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new medical research council guidance. BMJ. 2008;337(7676):979-983.
 12. Linnan L, Steckler A. In: Process evaluation for public health interventions and research. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
 13. Drubbel I, de Wit NJ, Bleijenberg N, Eijkemans RJ, Schuurmans MJ, Numans ME. Prediction of adverse health outcomes in older people using a frailty index based on routine primary care data. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68(3):301-308. 10.1093/gerona/gls161
 14. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. Sci World J. 2001;1323-336. 10.1100/tsw.2001.58
 15. Denktas S, Koopmans G, Birnie E, Foets M, Bonsel G. Ethnic background and differences in health care use: A national cross-sectional study of native dutch and immigrant elderly in the netherlands. Int J Equity Health. 2009;835-10.1186/1475-9276-8-35
 16. Bleijenberg N, ten Dam VH, Drubbel I, Numans ME, Wit NJ, Schuurmans MJ. Development of a proactive care program (U-CARE) to preserve physical functioning of frail older people in primary care. J Nurs Scholarsh. 2013;45230-237.
 17. Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JPJ. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. J Am Med Dir Assoc. 2012;13546-551. 10.1016/j.jamda.2012.04.007
 18. de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JP, Gans RO. INTERMED – a clinical instrument for biopsychosocial assessment. Psychosomatics. 2001;42106-109. 10.1176/appi.psy.42.2.106
 19. Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. J Psychosom Res. 2013;-
 20. Bleijenberg N, ed. Toolkit kwetsbare ouderen screeningsinstrument en evidence-based zorgplannen voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. 1st ed 2015. <http://www.bsl.nl/shop/9789035239234.html>.
 21. Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. In: Ruimte voor verandering? knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. in room for change? barriers and facilitators for improvements in patient care . Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud; 2003.
 22. Boeije H. Analysis in qualitative research. Los Angeles: Sage Publications Ltd; 2009.
 23. Metzelthin SF, Daniëls R, van Rossum E. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation. Int J Nurs Stud. 2013;501184-1196. 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.016
 24. van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Olde Rikkert MG, Melis RJ, Schers HJ. Home visits for frail older people: A qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. Br J Gen Pract. 2012;62(601):554-560. 10.3399/bjgp12X653606
 25. Blom J, den Elzen W, van Houwelingen AH. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated systematic care for

older people-the ISCOPE study. *Age Ageing*. 2016;45(1):30-41. 10.1093/ageing/afv174

26. Hoogendijk EO, van der Horst HE, van de Ven PM. 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*. 2015;-
27. Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347f5264-10.1136/bmj.f5264
28. Uittenbroek R, Spoorenberg S, Brans R. SamenOud, een model voor geïntegreerde ouderenzorg: Studieprotocol van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit betreffende patiëntuitkomsten, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2014;4592-104. 10.1007/s12439-014-0062-8
29. Røstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Håland E, Kristoffersen L, Grimsmo A. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1-10.1186/s12913-015-0751-1
30. May C. Towards a general theory of implementation. *Implement Sci*. 2013;8(1):18-10.1186/1748-5908-8-18
31. Huisarts LHV. gemeente: Samen werken in de wijk. 2013.
<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijkeondersteuning/wmo-2015/publicaties/huisarts-gemeentesamenwerken-in-de-wijk>. Geraadpleegd op: 1 september 2016.