

Van NPO naar BeterOud: van kwetsbaar naar veerkrachtig

Thea Heeren

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) nadert zijn afronding. In deze aflevering van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie staan voor de derde maal uitkomsten van projecten en onderzoeken uit het programma centraal. Opnieuw wordt duidelijk uit deze artikelen hoe breed de scope was van het NPO. Kwetsbaarheid op oudere leeftijd werd bij vele groepen op verschillende manieren onderzocht, maar ook was er nadrukkelijk aandacht voor implementatie van kennis en voor de vertaling van de opbrengsten van het onderzoek in modules voor onderwijs en opleiding in het brede domein van zorg, welzijn en wonen.

Inbreng van ouderen

Het unieke van het NPO was echter de voortdurende aandacht voor de inbreng van ouderen en hun naasten in de netwerken en in de projecten van het programma. Die voortdurende aandacht was ook nodig, want het is niet vanzelfsprekend voor onderzoekers, professionals of beleidsmakers om degenen om wie het gaat te betrekken bij onderzoek, zorg of beleid. Het wordt echter steeds duidelijker dat het samen – onderzoekers en cliënten – bedenken van onderzoeksvragen, een grotere kans geeft op het toepassen van de uitkomsten in de dagelijkse praktijk. Herhaaldelijk is geconstateerd dat we in Nederland beschikken over vaak excellente kennis uit wetenschappelijk onderzoek maar dat die kennis maar mondjesmaat zijn weg vindt naar de dagelijkse zorgpraktijk. Door samen aan het begin van het onderzoek na te denken over de vragen die beantwoord moeten worden, is er al in een vroeg stadium aandacht voor uitkomsten die niet alleen relevant zijn vanuit wetenschappelijk oogpunt maar ook vanuit maatschappelijk of persoonlijk oogpunt. Het gaat dan niet alleen om de vraag ‘wat weten we nog niet?’, maar bijvoorbeeld ook om de vraag ‘wat willen we?’. Door van meet af

aan de stakeholders, in dit geval naast de onderzoekers en professionals ook de ouderen en hun naasten, te betrekken neemt het risico aanzienlijk af dat er aan het eind van het traject een prachtige toolkit ligt om ‘ouderen te helpen oversteken naar de overkant waar ze helemaal niet willen zijn’!

Zoals gezegd is dit niet vanzelfsprekend, omdat we het niet gewend zijn, maar ook omdat wetenschap zich vaak niet bezighoudt met ‘wat willen of kunnen we ermee in de dagelijkse praktijk?’. Dat is iets voor ‘het veld’ of ‘de politiek’. Met het risico dat het veld de wetenschappelijke kennis niet herkent als een mogelijk antwoord op de vragen waarmee zij worstelt. Gelukkig wordt dit nu beter onderkend en wordt bij nieuwe onderzoeksprogramma’s, bijvoorbeeld in de langdurige zorg, vereist dat cliënten en mensen uit de praktijk vanaf het begin worden betrokken bij de opzet van het programma en de projecten die worden uitgevoerd.

Veerkrachtige ouderen in plaats van kwetsbaar

In het NPO hebben we gezien dat we eigenlijk nog niet vroeg genoeg begonnen waren met ouderenparticipatie, want in de loop van het programma werd duidelijk dat er bij veel ouderen bezwaar bestond tegen de term ‘kwetsbare ouderen’, ook bij degenen die volledig voldeden aan de definitie daarvan. De term werd gekozen om aan te geven dat in het programma niet de leeftijd bepalend was, maar het ‘risico dat ouderen liepen op functieverlies en verminderde zelfredzaamheid door een combinatie van chronische ziekten, welzijnsproblemen, gebrekkige woonsituatie, een zwak sociaal netwerk of een laag inkomen’. Veel ouderen bleken kwetsbaarheid echter te associëren met zwakte; door kwetsbaarheid te koppelen aan ouderen wordt de indruk gewekt dat kwetsbaarheid typisch iets voor de oudere leeftijd is, terwijl elke leeftijd eigen kwetsbaarheden en risico’s meebrengt. Ouderen hadden bijvoorbeeld liever gezien dat de term ‘veerkrachtige’ ouderen zou zijn gekozen. Daarmee doelen ze op het tijdig inzetten op het voorkomen van verlies van zelfredzaam-

T. Heeren (✉)
Utrecht, Nederland
e-mail: t.heeren2@gmail.com

heid door hun leefstijl of omgeving te veranderen, of door hulp in te schakelen. Deze wens sluit goed aan bij het nieuwe concept van gezondheid: 'Het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' [1].

Het leven leiden dat je wilt leiden

De gezondheidszorg, maar ook welzijns- en woonvoorzieningen, moeten leren om ouderen tot op hoge leeftijd te faciliteren in het vorm blijven geven aan hun leven, ongeacht eventuele fysieke beperkingen. Ondersteuning bijvoorbeeld bij het in stand houden van sociale activiteiten of contacten met vrienden en buurtgenoten zijn minstens zo belangrijk voor de kwaliteit van leven als een goed gereguleerde diabetes of hypertensie. Het gaat erom dat iemand het leven kan leiden dat hij wil leiden.

Het NPO heeft enorm veel opgebracht aan wetenschappelijke kennis en praktische inzichten om hieraan te voldoen, maar ook is duidelijk geworden dat de

vaak negatieve associatie met ouderdom maakt dat veel mensen het zien als een periode van achteruitgang en verlies. Dit belemmert om echt na te denken over het leven dat men wil leiden als 80-plusser.

Mensen hebben van de verschillende levensfasen in hun levensloop in het algemeen een redelijk goed beeld wat ze ervan verwachten of wat ze willen bereiken, maar met het bereiken van een hoge leeftijd lijken deze verwachtingen te verdwijnen en plaats te maken voor angst voor achteruitgang en verlies, waarbij zorg bijna een doel in plaats van een middel lijkt te worden!

Vanuit het NPO is daarom 'Beter Oud' in het leven geroepen. Eerst als online platform, www.beteroud.nl, waarop alle vernieuwingen vanuit het NPO worden gedeeld maar met het uiteindelijke doel een beweging op gang te brengen die professionals, wetenschappers, ouderen en jongeren stimuleert en inspireert om de ouderdom een volwaardige plaats te geven in de levensloop van iedereen. 'Forever Young' bestaat niet, dus denk na over hoe je graag oud wilt zijn! Wanneer we dat met zijn allen doen, is een volgende generatie 75-plussers niet meer kwetsbaar, maar veerkrachtig!

Literatuur

1. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JW van der, Schnabel P, Smith R, Weel C

van, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. doi:[10.1136/bmj.d4163](https://doi.org/10.1136/bmj.d4163).

Implementatie en (kosten-)effectiviteit van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: resultaten van de COMPAS-studie

Lisa D. van Mierlo · Janet MacNeil Vroomen · Franka J. M. Meiland · Karlijn J. Joling · Judith E Bosmans · Rose Marie Dröes · Eric P. Moll van Charante · Sophia E. J. A. de Rooij · Hein P. J. van Hout

Implementation and (cost-)effectiveness of case management for people with dementia and their informal caregivers: results of the COMPAS study

Abstract

Background Different forms of case management for dementia have emerged over the past few years. In the COMPAS study (Collaborative dementia care for

patients and caregivers study), two prominent Dutch case management forms were studied: the linkage and the integrated care form.

Aim of study Evaluation of the (cost)effectiveness of two dementia case management forms compared to usual care as well as factors that facilitated or impeded their implementation.

Methods A mixed methods design with a) a prospective, observational controlled cohort study with 2 years follow-up among 521 dyads of people with dementia and their primary informal caregiver with and without case management; b) interviews with 22 stakeholders on facilitating and impeding factors of the

Bijdragen auteurs LDVM, JMV, FJMM, KJ, JB, RMD, EPMvC, SedR, HvH waren allemaal betrokken bij het conceptuele ontwerp, manuscript herzieningen en goedkeuring van het definitieve manuscript.

L. D. van Mierlo · F. J. M. Meiland · K. J. Joling · R. M. Dröes · H. P. J. van Hout

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO+, VUmc, Amsterdam, Nederland

L. D. van Mierlo

e-mail: l.vanmierlo@vumc.nl

F. J. M. Meiland

e-mail: fj.meiland@vumc.nl

K. J. Joling

e-mail: k.joling@vumc.nl

R. M. Dröes

e-mail: rm.droes@vumc.nl

H. P. J. van Hout

e-mail: hpj.vanhout@vumc.nl

J. MacNeil-Vroomen · S. E. J. A. de Rooij

Afdeling Interne geneeskunde, Sectie Geriatrie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

J. MacNeil-Vroomen

e-mail: j.l.macneil-vroomen@amc.uva.nl

S. E. J. A. de Rooij

e-mail: s.e.derooij@amc.uva.nl

J. E. Bosmans

Afdeling Gezondheidswetenschappen en het EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland

e-mail: j.e.bosmans@vu.nl

R. M. Dröes

Afdeling Psychiatrie, VUmc, Amsterdam, Nederland

E. P. Moll van Charante

Afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

e-mail: e.p.mollvancharante@amc.uva.nl

H. P. J. van Hout (✉)

Afdeling Gezondheidswetenschappen, EMGO+, VUmc, Van der Boechorststraat 7, kamer: D558 1081 BT, Amsterdam, Nederland

e-mail: hpj.vanhout@vumc.nl

Samenvatting

Achtergrond In de afgelopen jaren zijn er verschillende vormen van casemanagement voor dementie ontstaan. In de COMPAS-studie (Collaborative dementia care for patients and caregivers study) werden twee casemanagementmodellen bestudeerd die in Nederland het meest prominent aanwezig zijn: het netwerkmodel en het geïntegreerde zorg model.

Doel van het onderzoek Evaluatie van de (kosten)effectiviteit van twee casemanagementmodellen dementie ten opzichte van gebruikelijke zorg en het onderzoeken van factoren die de implementatie van de twee modellen kunnen bevorderen of belemmeren.

Methoden Gemengde methoden waaronder a) een prospectieve, observationele, gecontroleerde cohortstudie met vier meetmomenten (elke 6 maanden gedurende 2 jaar) onder koppels van personen met dementie en hun primaire mantelzorger met en zonder casemanagement; b) interviews met sleutelfiguren naar de bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie en continuïteit van de twee verschillende casemanagementmodellen. De primaire uitkomstmaten waren ernst en frequentie van gedragsproblemen (NPI) bij de persoon met dementie en mentale gezondheidsklachten als uiting van belasting (GHQ-12) bij de mantelzorger. Als secundaire maten namen we onder meer het aantal vervulde en onvervulde zorgbehoeften (CANE) en voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (quality adjusted life years, QALY) mee. Kosten van zorggebruik en mantelzorg werden geschat voor kosteneffectiviteitsanalyses.

Resultaten 521 koppels van mensen met dementie en hun primaire mantelzorger werden geïncludeerd. Er werden geen significante verschillen gevonden op de primaire uitkomstmaten.

Mantelzorgers in het geïntegreerde-zorgmodel hadden een betere kwaliteit van leven in vergelijking met het netwerkmodel. Mantelzorgers in de controlegroep rapporteerden meer zorgbehoeften dan die in de casemanagementgroepen. Voor de procesevaluatie zijn 22 personen geïnterviewd die direct en indirect betrokken waren bij een van de casemanagementmodellen. De onafhankelijkheid van de casemanagement-aanbieder in het geïntegreerde zorg model faciliteerde de implementatie, terwijl de aanwezigheid van concurrentie in het netwerkmodel de implementatie belemmerde. Het geïntegreerde model was kosteneffectief ten opzicht van zowel de controles als het netwerkmodel. Vergeleken met de controlegroep waren de gemiddelde kosten van zorg lager in zowel het netwerk (-22 %) als het geïntegreerde model (-33 %), hoewel deze verschillen niet significant waren.

Conclusie Het geïntegreerde-zorgmodel is kosteneffectief ten opzichte van het netwerkmodel en zorg zonder casemanagement. De procesevaluatie laat zien dat het geïntegreerde-zorgmodel makkelijker te implementeren is.

Trefwoorden dementie · casemanagement · kosteneffectiviteit · mantelzorger-implementatie

implementation and continuity of the two case management models. Outcome measures were severity and frequency of behavioural problems (NPI) for the person with dementia and mental health complaints (GHQ-12) for the informal caregiver, total met and unmet care needs (CANE) and quality adjusted life years (QALYs).

Results Outcomes showed a better quality of life of informal caregivers in the integrated model compared to the linkage model. Caregivers in the control group reported more care needs than those in both case management groups.

The independence of the case management provider in the integrated model facilitated the implementation, while the rivalry between multiple providers in the linkage model impeded the implementation. The costs of care were lower in the linkage model

(minus 22 %) and integrated care model (minus 33 %) compared to the control group.

Conclusion The integrated care form was (very) cost-effective in comparison with the linkage form or no case management. The integrated care form is easy to implement.

Keywords Dementia · Case management · Cost-effectiveness · Caregiver-implementation

Introductie

Dementie is een chronische en ingrijpende aandoening die gekenmerkt wordt door geheugenverlies, cognitieve achteruitgang en gedragsproblemen. Dit heeft een grote impact op het leven van zowel de persoon met dementie, de familie als de maatschappij. De globale prevalentie van dementie wordt geschat op 46 miljoen

en de verwachting is dat dit getal naar 131,5 miljoen zal stijgen in 2050 [1]. De levensverwachting van mensen van 65 jaar en ouder met een gestelde diagnose dementie is gemiddeld 4 tot 8 jaar [2]. Hoewel er een verscheidenheid aan diensten beschikbaar is voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers, weten mensen vaak niet welke diensten er aan hun zorgbehoeften kunnen voldoen [3].

Om de zorg beter aan te laten sluiten bij de zorgbehoeften van mensen met dementie en hun informele zorgverleners zijn in Nederland de laatste jaren meerdere vormen van casemanagement ontstaan. Er zijn echter grote verschillen tussen aanbieders met betrekking tot het type zorg dat casemanagers leveren, de mate waarin ze samenwerken met andere professionals, de integratie in een multidisciplinair team, de professionele achtergrond van casemanagers en de wijze van financiering. Deze heterogeniteit verklaart mogelijk de wisselende klinische en kostenuitkomsten van casemanagement bij dementie [4, 5].

In Nederland benadrukt de Zorgstandaard Dementie de urgentie van verdere implementatie van casemanagement [6]. Het is echter onbekend of er verschillen in klinische uitkomsten tussen de verschillende casemanagementmodellen bestaan in vergelijking met gebruikelijke zorg en of dergelijke modellen kosteneffectief zijn. Daarnaast is het ook van belang om te onderzoeken welke faciliterende en belemmerende fac-

toren een rol spelen bij de implementatie van de verschillende modellen. Minkman et al. [7] en Peeters et al. [8] beschreven eerder succesfactoren voor de implementatie van Nederlandse casemanagementprogramma's: een investering in een sterke aanbieder of zorgnetwerk, een goede samenwerking met zorgprofessionals, expertkennis van de casemanagers en het inbedden van casemanagement in een multidisciplinair team. Belemmerende factoren voor implementatie waren: wantrouwen en concurrentie tussen lokale zorgaanbieders rondom het casemanagement programma, onvoldoende financiering en een matige samenwerking met huisartsen. Echter maakten beide studies bij het beschrijven van de factoren geen onderscheid tussen verschillende casemanagementmodellen.

In de COMPAS-studie (Collaborative dementia care for patients and caregivers study) werden de twee meest prominent aanwezige casemanagementmodellen in Nederland bestudeerd: het netwerkmodel en het geïntegreerde-zorgmodel (tab. 1). Een Engelse en Nederlandse beschrijving van de opzet van de studie is eerder beschreven door MacNeil-Vroomen et al. [9] en Hout et al. [10].

Het *doel* van de COMPAS-studie was om verschillen in klinische uitkomsten van mensen met dementie en mantelzorgers tussen de twee casemanagementmodellen en het gebruikelijke zorgmodel te identificeren, rekening houdend met de ernst van dementie. Verder zijn

Tabel 1 Vergelijking van de kenmerken van de twee casemanagement modellen en de gebruikelijke zorg.

kenmerken	netwerk model	geïntegreerd model	gebruikelijke zorg
<i>centraal punt voor registratie van cognitieve stoornissen</i>	verwijzing van nieuwe cliënten door de huisarts of specialist naar een centraal registratiepunt	verwijzing van nieuwe cliënten door de huisarts of specialist naar het multidisciplinair team op centraal registratiepunt	geen
<i>levering van diensten</i>	onafhankelijke diensten in een gezamenlijk netwerk	voornamelijk aangeboden door één organisatie	onafhankelijke diensten in verschillende netwerken
<i>mogelijkheid om dementie te diagnosticeren</i>	door de huisarts of via doorverwijzing naar bijv. geheugenpoli of specialist ouderengeneeskunde van een GGZ instelling	door de huisarts of door het multidisciplinair team na verwijzing via het centraal registratiepunt	door de huisarts of via doorverwijzing naar bijv. geheugen poli of specialist ouderengeneeskunde van een GGZ instelling
<i>case manager/dementie verpleegkundige</i>	ja	ja	verpleegkundige incidenteel aanwezig
<i>sociaal psychiatrisch verpleegkundige</i>	nee	nee	mogelijk
<i>multidisciplinair team</i>	extern team dat casemanagers zo nodig kunnen raadplegen	casemanager, specialist ouderengeneeskunde, neuropsycholoog, neuroloog, psychiater, dementie consultant. Alle werkzaamheden vinden plaats binnen de organisatie waar de casemanagers in dienst zijn	nee

in een procesevaluatie factoren onderzocht die de implementatie van de twee casemanagementmodellen faciliteren, dan wel belemmeren. De resultaten van deze studie leveren kennis op over welk casemanagement model mogelijk effectiever is, en kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van richtlijnen voor een succesvolle implementatie van casemanagement. Daarnaast zijn de kosten en kosteneffectiviteit van de twee vormen van casemanagement en de gebruikelijke zorg zonder casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers geëvalueerd.

Onze primaire *hypothese* was dat personen met dementie die casemanagement ontvangen volgens het netwerkmodel of het geïntegreerde-zorgmodel minder gedrags- en stemmingsproblemen zullen hebben en dat hun mantelzorgers een betere geestelijke gezondheid ervaren dan personen die gebruikelijke zorg ontvangen. Een Engelstalige beschrijving van de klinische uitkomsten van de COMPAS-studie is te vinden in MacNeil-Vroomen et al. [9]. Een Engelstalige beschrijving van de procesevaluatie naar faciliterende en belemmerende factoren is te vinden in Mierlo et al. [11]. De beschrijving van de kosteneffectiviteitsstudie is te vinden in MacNeil-Vroomen et al. [12].

Methoden

Gemengde onderzoeksofzet

Voor de *evaluatie van de klinische effecten* van de twee casemanagementmodellen en de vergelijking met gebruikelijke zorg (zonder toegang tot een casemanager) werd een prospectieve, observationele, gecontroleerde cohortstudie uitgevoerd. Mensen met dementie en hun primaire mantelzorgers werden gevolgd gedurende 2 jaar.

Voor de *procesevaluatie* naar bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van twee casemanagementmodellen werd gebruik gemaakt van een kwalitatieve evaluatie. Er werden afgevaardigden van verschillende organisaties die betrokken zijn bij casemanagement (o. a. projectleiders, casemanagers, zorgverzekeraars, gemeenten) geïnterviewd in verschillende fasen van het implementatieproces.

De Medisch Ethische Commissie van het VU medisch centrum heeft het studieprotocol goedgekeurd.

Deelnemers en setting van de COMPAS-studie

Mensen met dementie en hun primaire mantelzorger zijn geworven in verschillende regio's in het noorden, westen en midden van Nederland. Mensen met dementie kwamen in aanmerking voor de studie als ze thuiswonend waren, een door een arts gestelde diagnose dementie hadden, niet terminaal ziek waren, een mantelzorger hadden en niet werd verwacht dat ze binnen 6 maanden zouden worden opgenomen in een

verzorgings- of verpleeghuis. Mantelzorgers kwamen in aanmerking als ze de primaire verzorger waren, het Nederlands voldoende beheersten en niet ernstig ziek waren. Casemanagers in de geïncludeerde regio's leverden lijsten aan van hun cliënten die in aanmerking kwamen voor de studie. In de controlegroep vond de rekrutering van deelnemers plaats via huisartsenpraktijken, Alzheimercentra en geheugenklinieken.

Zorgmodellen

De casemanagementmodellen die in dit onderzoek centraal staan en de gebruikelijke zorg worden hieronder beschreven en in tab. 1 samengevat.

Dataverzameling

Mensen met dementie en hun mantelzorgers werden thuis geïnterviewd door getrainde interviewers aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. Voorafgaand aan het baseline interview tekenden alle deelnemers een informed consent. De vragenlijsten werden gedurende 2 jaar elke 6 maanden afgenomen. Wanneer er mensen uitvielen werd hen gevraagd aan een exitinterview deel te nemen, waarin de reden voor uitval werd gevraagd en de vragenlijsten voor de primaire uitkomstmaten werden meegenomen.

Voor de *procesevaluatie* zijn semigestructureerde interviews afgenomen met de vragen die waren afgeleid van het theoretische model van adaptieve implementatie [13, 14]. Dit model onderscheidt verschillende fasen van de implementatie (voorbereidings-, invoerings- en continueringsfase), en beschrijft de factoren die de implementatie kunnen beïnvloeden op het micro- (zorgverlener, patiënt en mantelzorger), meso- (samenwerking tussen zorgverleners en organisaties) en macroniveau (juridisch en financieel kader) voor elke implementatiefase.

Meetinstrumenten

Primaire klinische uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat voor mensen met dementie was de aanwezigheid van neuropsychiatrische gedragsproblemen zoals gemeten met de Neuropsychiatric Inventory (NPI) [15]. De NPI omvat 12 domeinen die ernst (3-puntsschaal) en frequentie (4-puntsschaal) van gedrags- en psychologische symptomen bij de patiënt en de emotionele impact van de symptomen op de mantelzorger in beeld brengen. De totale score wordt weergegeven door de som van 12 domeinscores, die loopt van 0–144 waarbij hogere scores duiden op meer problemen.

De primaire uitkomstmaat voor de mantelzorgers was de aanwezigheid van mentale gezondheidsklachten, gemeten met de General Health Questionnaire

(GHQ-12) [16]. De GHQ-12 bestaat uit drie domeinen: sociaal disfunctioneren, angst en verlies van vertrouwen. De totaalscore loopt van 0–12 waarbij een hogere score duidt op meer mentale gezondheidsklachten.

Secundaire klinische uitkomstmaten

Secundaire uitkomstmaten voor mensen met dementie waren: tijd tot langdurige opname in een verpleeg- of verzorgingshuis of overlijden, zoals gerapporteerd door de mantelzorger; gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven, zoals gemeten met de EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D-3L)[17]; ziektespecifieke kwaliteit van leven via de Quality of Life-Alzheimer's Disease (QOL-AD)[18]; vervulde en onvervulde behoeften zoals gemeten met de Camberwell Assessment of Needs (CAN)[19, 20]; de activiteiten van het dagelijks leven zoals gemeten met de Katz activiteiten of daily living (ADL) index score (KATZ-6); en de aangepaste Katz ADL index (15 ADL + instrumentele ADL items) [21].

Secundaire uitkomstmaten voor de mantelzorger waren: kwaliteit van leven (QOL-AD)[18]; gevoel van regie over eigen leven (Pearlin's mastery scale)[22]; gevoel van competentie (Short sense of competence scale; SSCQ)[23]; eenzaamheid ('Jong-Gierveld' loneliness scale)[24]; en mantelzorgbelasting zoals gemeten met de CarerQoL [25].

Economische uitkomstmaten

Kwaliteit van leven: Voor de kosteneffectiviteitsanalyse werden Quality-Adjusted Life-Years (QALYs) berekend op basis van de EQ-5D-3L. De gezondheidstoestanden van de EQ-5D-3L werden hiervoor omgezet naar zogenaamde utiliteitsscores op basis van het Nederlands gezondheidstarief [26]. De QALYs werden berekend door de utiliteitsscores van elke gezondheidstoestand te vermenigvuldigen met de tijd tussen elke twee meetmomenten, en de resultaten bij elkaar op te tellen.

Kosten van zorg: De mantelzorgers rapporteerden zorggebruik in 'kostendagboeken'. Gebruik van gezondheidszorgdiensten en mantelzorg alsmede verzuim van betaald en onbetaald werk werd nagevraagd in die kostendagboeken. Gezondheidszorgdiensten omvatten onder andere huisartsbezoeken, medicatie en polikliniekconsulten.

Data-analyse

Effectevaluatie. Baselineverschillen tussen de groepen werden getest met de chi-kwadraattoets, ANOVA, Kruskal-Wallis of Mann-Whitney test. Om te corrigeren voor mogelijke verschillen tussen de drie groepen door selectie werd gebruik gemaakt van propensity scores, een eendimensionale maat die direct gerelateerd is aan de voorspelde kans dat een patiënt met de baselinenkenmerken is opgenomen in één van de drie

groepen (2 interventiegroepen en de controlegroep) [27, 28]. Alle covariaten waarop de groepen verschilden bij de basismeting of die samenhangen met de primaire uitkomstmaat (NPI score) werden geïncordeerd in de berekening van de propensity score.

Voor de uitkomstmaten werden de verschillen in tijd tussen de drie groepen vergeleken door gebruik te maken van multi-level modellen met twee niveaus; metingen genest binnen paren. Alle modellen bevatten een hoofdeffect van de behandelgroep, een lineaire term voor tijd en de interactie tussen tijd en de behandelgroep.

Procesevaluatie. Semigestructureerde interviews met sleutelfiguren werden afgenomen en verbatim uitgetypt. Alle interviews werden onafhankelijk van elkaar beoordeeld en gecodeerd door twee onderzoekers op de aanwezigheid van bevorderende en belemmerende factoren. Na consensusoverleg werden de gecodeerde tekstfragmenten ingevoerd in Atlas-ti [29].

De bevindingen werden samengevat per casemanagement model en reflecteerden faciliterende en belemmerende factoren voor de implementatie van beide modellen per niveau (micro, meso, macro) en in verschillende fasen van de implementatie (voorbereiding, uitvoering en voortzetting).

Economische evaluatie. De economische evaluatie werd vanuit maatschappelijk perspectief gedaan. Ontbrekende kosten- en effectdata werden geïmputeerd met behulp van multi-pele imputatietechnieken. We berekenden de incrementele kosteneffectiviteitsratio (Incremental Cost-Effectiveness Ratios, ICERs) door het verschil in de totale kosten tussen de casemanagementmodellen en gebruikelijke zorg te delen door het verschil in klinische effecten. Omdat kostendata doorgaans een zeer scheve verdeling hebben, werd gebruik gemaakt van 'bootstrapping' om betrouwbaarheidsintervallen rondom kostenverschillen te schatten. De onzekerheid wordt gepresenteerd in 'cost-effectiveness acceptability curves' waarin de kans dat het casemanagementmodel kosteneffectief is ten opzichte van de controleconditie (het andere casemanagement model of geen casemanagement) uitgezet wordt tegen een bepaalde drempelwaarde, dat is de hoeveelheid geld die beleidsmakers bereid zijn te betalen per extra eenheid effect.

Resultaten

Inclusie

Paren van mensen met dementie en hun mantelzorger werden geworven tussen april 2011 en november 2012. In totaal zijn er 2810 paren geëvalueerd, waarvan 1628 paren geschikt waren voor deelname en een uitnodigingsbrief voor de studie ontvingen. Vijfhonderd-

eenentwintig paren (32 %) stemden in met deelname en werden geïncludeerd.

In totaal vielen er 207 (40 %) mensen uit tijdens de studie. De belangrijkste reden hiervoor was overlijden (36 %). Variabelen die geassocieerd waren met uitval waren o. a.: lage MMSE-scores, een oudere mantelzorg, oudere mannen met dementie en lagere Katz-scores tijdens de baselinemeting. Er was geen significant verschil in het aantal uitvallers tussen de drie groepen.

Mensen met dementie in de casemanagementmodellen waren vaker ouder, vrouw, ongehuwd, hadden een lager opleidingsniveau en vaker multimorbiditeit dan die in de controlegroep. Twee derde ($n = 348$, 67 %) van de mantelzorgers was vrouw. Mantelzorgers in de controlegroep waren vaker partner van de persoon met dementie vergeleken met de casemanagementgroepen ($X^2 = 12.24$, $df = 2$, $p = .002$). Zeventig procent van de mantelzorgers in de controlegroep woonde samen met de persoon met dementie, tegenover 49 % in het netwerkmodel en 55 % het geïntegreerde-zorgmodel ($X^2 = 10.03$, $df = 2$, $p = .007$).

In totaal werden er voor de *procesevaluatie* 22 sleutelfiguren geïnterviewd die 8 verschillende perspectieven vertegenwoordigden (2 casemanagers, 5 projectleiders en zorgcoördinatoren van zorgaanbieders, 2 huisartsen, 2 sleutelfiguren van zorgverzekeraars, 2 sleutelfiguren vanuit de GGZ, 2 programmacoördinatoren van dagcentra voor mensen met dementie, 3 sleutelfiguren vanuit Alzheimer Nederland, 3 sleutelfiguren van de gemeente en 1 vertegenwoordiger van een mantelzorgbelangenvereniging).

Klinische effecten

Primaire en secundaire uitkomstmaten bij mensen met dementie

Er werden geen verschillen gevonden in de verandering van NPI-scores tussen de drie groepen over 2 jaar tijd. Verschillen tussen de gemiddelde NPI-scores over 2 jaar tijd konden als constant worden verondersteld en werden geschat op $-0,7$ (95%CI: $-4,8;3,5$) voor het geïntegreerde-zorgmodel versus de controlegroep, $1,7$ (95%CI: $-2,5;5,8$) voor het netwerkmodel versus de controlegroep, en $2,3$ (95%CI: $-0,8;5,4$) voor het netwerkmodel versus het geïntegreerde-zorgmodel.

Op de secundaire uitkomstmaten bleek dat het totale aantal behoeften, de vervulde en onvervulde behoeften significant lager waren in de groep met het geïntegreerde-zorgmodel vergeleken met de groep met gebruikelijke zorg. Ook mensen met dementie in de groep met het netwerkmodel ervoeren significant minder totale, vervulde en onvervulde behoeften dan de groep met gebruikelijke zorg. Dit impliceert dat deelnemers in de groep met gebruikelijke zorg in het algemeen meer behoeften ontwikkelden dan in de twee casemanagementgroepen. Op de overige secundaire uit-

komstmaten werden geen significante verschillen gevonden.

Primaire en secundaire uitkomstmaten bij mantelzorgers

De gemiddelde GHQ-12-score nam sneller toe bij mantelzorgers in de controlegroep (wat een toename in mentale gezondheidsklachten indiceert) dan bij mensen in het geïntegreerde-zorgmodel (interactie-effect tussen tijd en groep $0,5$ punten per jaar, 95%CI: $0,01;1,03$, $p = .047$). Dit effect was niet meer significant na een Bonferroni correctie voor het testen van meer dan twee hypothesen. Op de overige secundaire uitkomstmaten werden geen significante verschillen gevonden.

Belemmerende en bevorderende factoren

Een uitgebreide beschrijving van de belemmerende en bevorderende factoren is te vinden in Mierlo et al. [11] We richten ons nu op de belangrijkste verschillen tussen de twee casemanagementmodellen. De beschrijving is onderverdeeld in de volgende thema's: organisatiestructuur en samenwerking, de inhoud van casemanagement, de kwaliteit van zorg en de financiering.

Organisatiestructuur en samenwerking

In het algemeen bevorderde de organisatiestructuur van het geïntegreerde-zorgmodel de implementatie en bracht deze naar een hoger niveau. Ten eerste zorgt de aanwezigheid van slechts één aanbieder van casemanagement in dit model voor een onafhankelijke positie van de casemanagers, die niet hoeven te concurreren met andere aanbieders in dezelfde regio. De aanwezigheid van een duidelijke initiator van de implementatie kon het dementienetwerk vooruit sturen en verder ontwikkelen. De samenwerking met andere zorgpartners in het dementienetwerk kon in het geïntegreerde-zorgmodel worden geoptimaliseerd door transparantie naar elkaar te bieden over de inhoud van het casemanagement, en het maken van duidelijke afspraken over wie er verantwoordelijk was voor welke aspecten binnen dit netwerk. De onafhankelijkheid van de casemanagement-aanbieder in het geïntegreerde-zorgmodel maakt het voor casemanagers mogelijk om de zorg zo goed mogelijk aan te passen aan wat de persoon met dementie nodig heeft, in plaats van wat in het belang is voor de zorgaanbieder.

De organisatiestructuur in het netwerkmodel wordt daarentegen gekenmerkt door de aanwezigheid van meerdere casemanagement-aanbieders en andere zorgorganisaties, die worden aangestuurd door verschillende afgevaardigden, vanuit een gezamenlijke Raad van Bestuur. Concurrerende belangen van deze verschillende aanbieders, evenals een ontoereikend be-

sluitvormingsmandaat van de Raad van Bestuur, maakten het moeilijk om de samenwerking en implementatie van casemanagement in het netwerkmodel te faciliteren.

Inhoud van casemanagement

Hoewel de rol van de casemanagers in beide modellen in intentie hetzelfde is (leveren van ondersteuning, zorg en doorverwijzen naar andere zorgdiensten), verschilt deze in de praktijk toch. Het geïntegreerde-zorgmodel is gebaseerd op een uitgebreid concept voor casemanagement in lijn met de inhoud van de Nationale Zorgstandaard Dementie [6]. Het netwerkmodel haalt deze standaard echter niet. Casemanagers in het netwerkmodel voeren over het algemeen minder taken uit dan casemanagers in het geïntegreerde-zorgmodel. Dit is een resultaat van een aanhoudende discussie over de vraag of casemanagement als voltijdfunctie moet worden uitgevoerd (zoals in het geïntegreerde-zorgmodel) of ook in deeltijd (naast een andere functie) kan bestaan. Casemanagers met een dubbele functie ervaren meer tijdsdruk, wat het moeilijk maakt om de volledige takenbeschrijving van de Zorgstandaard Dementie uit te voeren.

Verder wordt casemanagement in het geïntegreerde-zorgmodel vaak geïntroduceerd vóór de diagnose, waarbij de meerwaarde lijkt dat casemanagers zich meer kunnen richten op het voorkomen van problemen, terwijl casemanagers in het netwerkmodel vaak gericht zijn op het reactief oplossen van problemen in plaats van deze voor te zijn. Sommige zorgaanbieders in het netwerkmodel probeerden casemanagement te bieden vóór de diagnose, maar werden hierin belemmerd door financiële problemen, evenals moeilijkheden bij het traceren van mensen met beginnende symptomen van dementie die een casemanager nodig hebben.

Kwaliteit van zorg

Onze resultaten laten zien dat casemanagers in het geïntegreerde-zorgmodel beter in staat zijn om persoonsgerichte zorg te bieden aan hun cliënten dan casemanagers in het netwerkmodel. Dit is gebaseerd op de bevinding dat factoren die geacht worden relevant te zijn voor een goede kwaliteit van zorg voornamelijk binnen het geïntegreerde-zorgmodel werden gevonden. Hoewel sommige van deze factoren binnen beide modellen aanwezig waren (b.v. het onderzoeken van behoeften van cliënten, en persoonskenmerken van casemanagers zoals vastberadenheid en het kunnen tonen van empathie naar cliënten toe), waren andere factoren alleen aanwezig binnen één model. Casemanagers die voltijds werken, zoals in het geïntegreerde-zorgmodel, hadden meer dementie-expertise te bieden dan casemanagers in een deeltijdfunctie

zoals in het netwerkmodel. Casemanagers in het netwerkmodel vonden het moeilijk om gefocust te blijven op de individuele behoeften van cliënten, omdat zij soms druk ervoeren om cliënten binnen hun eigen zorgorganisatie te verwijzen. Dit is niet altijd in het belang van de cliënt. Verder hadden casemanagers in het netwerkmodel moeilijk of geen toegang tot een expertteam. Tenslotte zorgde de afwezigheid van (of minder goede samenwerking met) de sociaal-psychiatriesch verpleegkundige in het netwerkmodel voor een verminderde kwaliteit van zorg voor complexe psychiatrische problematiek bij mensen met dementie die baat kunnen hebben bij gecombineerde zorg.

Al deze factoren worden verondersteld te leiden tot verminderde kwaliteit van zorg in het netwerkmodel.

Financiering

Projectgeld dat beschikbaar is gesteld voor casemanagement, en waarbij genoeg ruimte werd geboden voor regionale verschillen, is een van de belangrijkste redenen waarom casemanagement exponentieel kon groeien in Nederland. Deze ruimte bracht echter met zich mee dat er aanzienlijke verschillen in de praktijk van casemanagement zijn ontstaan, zowel binnen als tussen regio's. Dit gebrek aan uniformiteit belemmert nu de structurele financiering voor casemanagement, omdat er geen algemeen geaccepteerd casemanagement model voor de praktijk is. Dit maakt het bijna onmogelijk voor casemanagers om zich te verenigen en zorgverzekeraars te dwingen om een financieringstitel voor casemanagement op te zetten om de continuering van casemanagement te waarborgen.

Economische effecten

De maatschappelijke kosten van een tweejarig traject met dementie zonder casemanagement waren gemiddeld 91.997 euro per patiënt. De kosten in casemanagementtrajecten lagen in het geïntegreerde en het netwerkmodel respectievelijk -33% en -22% lager hoewel deze kostenverschillen niet significant waren. Kosten van mantelzorg en dagbesteding waren significant lager in het geïntegreerde model dan in het netwerkmodel en in de groep zonder casemanagement.

De kans dat het geïntegreerde model kosteneffectief was voor QALYs, was 94% ten opzichte van het netwerkmodel en 100% ten opzichte van het controlemodel bij een drempelwaarde van 0 €/gewonnen QALY. De kans dat het netwerkmodel kosteneffectief was ten opzichte van de controle was 83% bij deze drempelwaarde. Hierbij gaan we ervan uit dat volgens de klassieke drempelwaardes in de wetenschap, een kans van 95% of meer als significant mag worden beschouwd. Mantelzorgers lieten een significant verschil zien op de zogenaamde 'utility score' voor kwaliteit van leven. Deze was 0,02 punten hoger per jaar in het geïnte-

greerde-zorgmodel dan in het netwerkmodel (95%CI: -0.01;-0.04, $p = .0012$), wat wijst op een hogere kwaliteit van leven.

Discussie

Dit is de eerste studie waarin klinische uitkomsten werden geëvalueerd in paren van mensen met dementie en hun primaire mantelzorger die twee verschillende typen casemanagement ontvingen in vergelijking met paren in de controlegroep die geen toegang tot casemanagement hadden.

Klinische effecten

De analyses lieten geen verschil in verandering van gedragsproblemen (NPI) zien bij mensen met dementie tussen de controlegroep en de groepen die casemanagement volgens respectievelijk het geïntegreerde en netwerkmodel ontvingen. Mantelzorgers in de controlegroep rapporteerden meer mentale gezondheidsproblemen (GHQ-12) dan die in het geïntegreerde-zorgmodel, hoewel het significante effect verloren ging wanneer er gecorrigeerd werd voor toetsing van meerdere hypothesen. Er was geen verschil in mentale gezondheid tussen de mantelzorgers in het netwerkmodel en de controlegroep of tussen de mantelzorgers in het netwerkmodel en het geïntegreerde-zorgmodel. In alle drie de groepen bevonden de gemiddelde GHQ-12-scores zich ver boven de gebruikelijke grenswaarde (van 1 of 2 punten) om mensen met klinisch relevante mentale gezondheidsproblemen te identificeren [30, 31]. Dit indiceert dat de mantelzorgers al een verhoogd risico liepen op mentale gezondheidsproblemen bij aanvang van de studie.

Hoewel er geen verschillen werden gevonden in de primaire uitkomstmaten, lieten de secundaire uitkomstmaten positieve effecten zien van casemanagement volgens het geïntegreerde-zorgmodel in vergelijking met zorg zonder toegang tot casemanagement. Mantelzorgers in het geïntegreerde-zorgmodel rapporteerden een hogere kwaliteit van leven na 2 jaar in vergelijking met het netwerkmodel. Daarnaast ervoer de controlegroep meer zorgbehoeften dan beide casemanagementgroepen.

Eerdere reviews waarin de effecten van casemanagement op een verscheidenheid van uitkomstmaten werden geëvalueerd, lieten eveneens gemengde resultaten zien [4, 32]. Dit komt mogelijk door de veelheid van verschillende psychometrische schalen die gebruikt worden om de uitkomsten van casemanagement te meten en door de heterogeniteit in de inhoud van casemanagementmodellen [4, 33].

Een review die zowel kwalitatieve als kwantitatieve studies bevatte, rapporteerde bevorderende en belemmerende factoren voor een succesvolle implementatie van casemanagement [33]. De resultaten lieten zien dat

zeer intensieve casemanagementondersteuning noodzakelijk was om positieve klinische uitkomsten en optimaal zorggebruik voor mensen met dementie en mantelzorgers te realiseren. Hoog intensief casemanagement werd gedefinieerd als 1) een caseload van minder dan 50 cliënten per Voltijd-casemanager, 2) regelmatige bijeenkomsten met de mantelzorger en de persoon met dementie waarbij ten minste 50 % van de tijd face-to-face, 3) voldoende educatie over gezondheidsaspecten, 4) nauwe banden met de huisarts, 5) proactieve en tijdige follow-up en 6), het opvolgen van cliënten gedurende ziekenhuis- en tijdelijke verpleeghuisopname [34]. In onze studie overschreden beide casemanagementgroepen de grens van maximale caseload, maar het is onduidelijk in hoeverre ze aan de overige criteria voldeden. Dit heeft mogelijk bijgedragen aan het feit dat er geen positieve effecten zijn gevonden op de primaire uitkomstmaten.

Procesevaluatie

De COMPAS-studie bood tevens inzicht in bevorderende en belemmerende factoren die gedurende de verschillende fases van implementatie van casemanagement in Nederland werden ervaren. De belangrijkste significante faciliterende factor voor de implementatie van het geïntegreerde-zorgmodel bleek de onafhankelijke positie van de casemanagement-aanbieder. Binnen het netwerkmodel veroorzaakte de aanwezigheid van meerdere casemanagement-aanbieders en andere zorgorganisaties met concurrerende belangen samenwerkingproblemen die de implementatie belemmerden. Daarnaast was het voor casemanagers in het netwerkmodel moeilijker om goede kwaliteit van zorg te leveren aan mensen met dementie en hun mantelzorgers, omdat het vaak lastig was om een expertteam te benaderen voor advies en ze het moeilijk vonden om gefocust te blijven op de behoeften van hun cliënten. Casemanagers hadden soms het gevoel onder druk te staan om hun cliënten binnen hun eigen organisatie door te verwijzen, vanwege de aanwezige concurrentie.

Hoewel de procesevaluatie pleit voor de implementatie van het geïntegreerde-zorgmodel, is er geen garantie dat de implementatie hiervan in de praktijk altijd mogelijk is. Dit is afhankelijk van regionale verschillen en de manier waarop reeds bestaande dementienetwerken zijn georganiseerd.

De resultaten van de procesevaluatie zijn grotendeels in lijn met wat gevonden werd in de procesevaluaties van Minkman et al. [7] en in de studie naar essentiële componenten van casemanagement door Verkade et al. [35]. Terwijl de belemmerende factoren die Minkman et al. [7] beschrijven in beide casemanagementmodellen werden gevonden (o. a. geen structurele financiering en weinig tot geen betrokkenheid van de huisarts), waren de succesfactoren vooral in het net-

werkmodel moeilijk te realiseren (o. a. een sterk dementienetwerk, goede samenwerking met andere ketenpartners, toegang tot een expertteam). Ook voor de resultaten van Verkade et al. [35] gold dat de voorwaarden voor goede uitvoering van casemanagement moeilijker te bereiken waren binnen het netwerkmodel (door het ontbreken van o. a. een uniforme visie over casemanagement, en het ontbreken van duidelijke afspraken over de inhoud van casemanagement onder aanbieders). De meerderheid van de bevorderende en belemmerende factoren die we vonden, werden ook gerapporteerd in een grote nationale evaluatiestudie van het Nivel [8].

Economische effecten

Het geïntegreerde-zorgmodel werd kosteneffectief bevonden in vergelijking met zowel de controlegroep als de groep in het netwerkmodel. De kans dat het netwerkmodel kosteneffectief was ten opzichte van de controlegroep was lager maar toch nog 83 % bij een drempelwaarde van 0 €/gewonnen QALY. Deze kans van 83 % is weliswaar hoog, maar niet significant wanneer de klassieke drempelwaarde van 95 % wordt gehanteerd. Een belangrijke verklaring is dat beide casemanagementmodellen tot flinke besparingen leidden, met name ten aanzien van kosten van mantelzorg en dagopvang. Op basis van de resultaten van de huidige studie, kan één casemanager met een gangbare caseload van 50 cliënten de maatschappij jaarlijks 550.000 tot 800.000 euro besparen, afhankelijk van het model waarin zij opereren.

Beperkingen en sterke punten van het onderzoek

Een van de beperkingen van dit onderzoek was dat casemanagement een enorme groei doormaakte tijdens onze inclusieperiode. Hierdoor kreeg 14 % van de geworven paren in de controlegroep tijdens de studie al casemanagement aangeboden. Een sensitiviteitsanalyse waarin deze paren buiten de analyse werden gehouden, leverde echter vergelijkbare resultaten op. Het observationele design van het onderzoek heeft mogelijk geleid tot verschillen tussen de groepen op baseline door een selectie-effect. Door het gebruiken van 'propensity' scores probeerden we hiervoor te corrigeren in de analyses. Hierdoor is echter wel wat aan statistische power verloren gegaan. Een beperking van de procesevaluatie was dat het niet altijd duidelijk was of de veronderstelde verschillen tussen de casemanagementmodellen ook in de praktijk daadwerkelijk bestonden. Het zou kunnen dat specifieke factoren wel aanwezig waren in het andere model, maar niet genoemd zijn door de sleutelfiguren. Daarnaast zijn er enkel sleutelfiguren geïnterviewd uit regio's waar casemanagement was geïmplementeerd. Dit maakte het soms moeilijk voor

sleutelfiguren om factoren te noemen die het begin van de implementatiefase hadden beïnvloed.

Een van de sterkte punten van deze studie is dat mensen met dementie en mantelzorgers over 2 jaar tijd werden gevolgd. Dit leverde een goed inzicht op in het beloop van de NPI-scores en de mentale gezondheid van de mantelzorgers. Het aantal uitvallers bleef relatief laag. Daarnaast waren de casemanagementmodellen in de regio's al gedurende langere tijd geïmplementeerd, wat de externe validiteit van de studie ten goede komt.

Implicaties voor onderzoek en praktijk

Uit de literatuur is bekend dat langdurig verhoogde stressniveaus bij mantelzorgers een van de belangrijkste risicofactoren is voor verpleeghuisopname van de persoon met dementie [34]. Onze studie liet zien dat alle mantelzorgers gedurende de inclusie een hoge mate van stress ervoeren. Het is daarom aan te bevelen om meer interventies te ontwikkelen die mantelzorgers op effectieve wijze ondersteunen. Omdat sommige interventies effectiever zijn bij bepaalde subgroepen dan andere, is het belangrijk interventies zo goed mogelijk af te stemmen op de behoeften en kenmerken van mensen met dementie en hun mantelzorgers [36]. De meest succesvolle interventies tot op heden, gebruiken ofwel psycho-educatie of psychotherapeutische benaderingen, richten zich op meerdere stressoren, zijn aan te passen aan individuele behoeften van mantelzorgers en geven een hoge intensiteit van ondersteuning [37]. Casemanagers zijn de ideale kandidaten om deze interventies te implementeren en om mensen met dementie en hun mantelzorgers te ondersteunen door het geven van geïndividualiseerde zorg. Een recent Cochrane review liet zien dat de kwaliteit van leven van mantelzorgers hoger was wanneer zij casemanagement ontvingen in verband met de zorg voor hun naaste [38]. Mantelzorgers die in onze studie casemanagement volgden het geïntegreerde-zorgmodel ontvingen, rapporteerden ook een hogere kwaliteit van leven. Het identificeren van die componenten van casemanagement die geassocieerd zijn met een betere kwaliteit van leven kan een bijdrage leveren aan effectiever casemanagement in de toekomst.

Met de resultaten van de procesevaluatie kunnen casemanagementorganisaties of andere dementieketenpartners inzicht krijgen in factoren die een positieve of negatieve invloed hebben op de implementatie. Het kan hen helpen bij het vormen van effectieve implementatiestrategieën gedurende het hele implementatieproces. Verder zijn beleidsaanbevelingen nodig om casemanagement-initiatieven te stimuleren en te begeleiden. De overheid zou een uniform model moeten stimuleren waarin casemanagement wordt geboden door een onafhankelijke organisatie die nauw samenwerkt met een expertteam en met andere zorgprofessionals, om zo een geïntegreerd de-

mentienetwerk te bevorderen. Financiële contracten tussen zorgverzekeraars en casemanagement-aanbieders moeten worden gestimuleerd om een volledige verzekeringsdekking te realiseren voor casemanagers in plaats van gefragmenteerde geldstromen.

Sinds 2015 is casemanagement als betaaltitel ondergebracht bij wijkverpleging. Er is echter geen eenduidige visie over de invulling van casemanagement. Er ontstaan diverse modellen met casemanagement zowel als functie en als rol. Het is onduidelijk in hoeverre men onafhankelijk ten opzichte van de eigen organisatie kan functioneren, bijvoorbeeld als een cliënt voor een an-

dere thuiszorgaanbieder kiest. Ook is het onduidelijk of en hoe de samenwerking met andere disciplines wordt vormgegeven.

Het toenemend aantal thuiswonende mensen met dementie benadrukt de noodzaak van vervolgonderzoek naar de implementatie van effectieve interventies en het versterken van het dementienetwerk. De resultaten van dit onderzoek dragen hier aan bij.

Dankbetuiging. Onderzoeksfinitanciering werd verkregen uit het Nationaal Programma Ouderen van ZonMw (ZonMw-NPO 3130-80201).

Literatuur

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015. <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Geconsulteerd 22 september 2015.
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement.* 2013;9(2):208–45.
3. Alzheimer Europe. Who cares? The state of dementia care in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2006.
4. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia casemanagement effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging.* 2010;14:669–76.
5. Koch T, Iliffe S, Manthorpe J, et al. The potential of case management for people with dementia: a commentary. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27:1305–14.
6. Alzheimer Nederland. Zorgstandaard Dementie 2013. http://www.alzheimer nederland.nl/media/18409/AN_Brochure_Goede_Zorg_Dementie_AN_Brochure_Goede_Zorg_Dementie_LOWRES_BK.pdf. Geconsulteerd 22 september 2015.
7. Minkman MM, Ligthart SA, Huijsman R. Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programs. *Health Soc Care Community.* 2009;17:485–94.
8. Peeters LM, Lange J de, Spreuwenberg P, Veerbeek M, Pot AM, Francke AL. Landelijke evaluatie van casemanagement dementie 2012. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-casemanagement-dementie.pdf>. Geconsulteerd 22 september 2015.
9. MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, Ven PM van de, et al. Community-dwelling patients with dementia and their informal caregivers with and without case management: 2-year outcomes of a pragmatic trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16:800.e1–800.e8.
10. Hout HPJ van, MacNeil-Vroomen JL, Mierlo LD van, et al. Implementatie, effecten en kosten van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: beschrijving van de COMPAS-studie. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2014;45:105–16.
11. Mierlo LD van, Meiland FJ, Hout HPJ van, Dröes RM. Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. *BMC Geriatr.* 2014;14:84.
12. MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, Eekhout I, Joling KJ, van Mierlo LD, Meiland FJ, van Hout HP, de Rooij SE. 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(9):e0160908
13. Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz MJ, et al. Implementatiemodel ontmoetingscentra; een onderzoek naar de voorwaarden voor succesvolle landelijke implementatie van ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers. Eindrapport. Amsterdam: VU Medical Center; 2003.
14. Meiland FJ, Dröes RM, Lange J de, Vernooij-Dassen MJFJ. Development of a theoretical model for tracing facilitators and barriers in adaptive implementation of innovative practices in dementia care. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;38:279–90.
15. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1994;44(12):2308–14.
16. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9:139–45.
17. Wolfs CA, Dirksen CD, Kessels A, Willems DC, Verhey FR, Severens JL. Performance of the EQ-5D and the EQ-5D + C in elderly patients with cognitive impairments. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:33.
18. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med.* 2002;64(3):510–9.
19. Dröes RM, Hout HPJ van, Ploeg ES van der. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), revised version (IV) 2014. <http://assets.nkop.nl/docs/723ee048-ac1a-412d-8196-62e828a231db.pdf>. Geconsulteerd 22 september 2015.
20. Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M, Orrell M. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry.* 2000;176:444–52.
21. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist.* 1970;10(1):20–30.
22. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav.* 1978;19(1):2–21.

23. Vernooij-Dassen MJ, Felling AJ, Brummelkamp E, Dauzenberg MG, Bos GA van den, Grol R. Assessment of caregiver's competence in dealing with the burden of caregiving for a dementia patient: a Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ) suitable for clinical practice. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(2):256–7.
24. Jong Gierveld J de, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Appl Psychol Meas.* 1985;9:289–99.
25. Brouwer WB, Exel NJ van, Gorp B van, Redekop WK. The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Qual Life Res.* 2006;15(6):1005–21.
26. Little RJ, Rubin DB. Causal effects in clinical and epidemiological studies via potential outcomes: concepts and analytical approaches. *Annu Rev Public Health.* 2000;21:121–45.
27. Burton A, Billingham LJ, Bryan S. Cost-effectiveness in clinical trials: using multiple imputation to deal with incomplete cost data. *Clin Trials.* 2007;4(2):154–61.
28. Atlas-ti. ATLAS.Ti Version 5.2. Berlin: Scientific Software Development GmbH; 2008.
29. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997;27:191–7.
30. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med.* 1998;28:915–21.
31. Pinquart M, Sorensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr.* 2006;18(4): 577–95.
32. Somme D, Trouve H, Dram N, Gagnon D, Couturier Y, Saint-Jean O. Analysis of case management programs for patients with dementia: a systematic review. *Alzheimers Dement.* 2012;8:426–36.
33. Khanassov V, Vedel I, Pluye P. Case management for dementia in primary health care: a systematic mixed studies review based on the diffusion of innovation model. *Clin Interv Aging.* 2014;9:915–28.
34. Verkade PJ, Meijel B van, Brink C, Os-Medendorp H van, Koekkoek B, Francke AL. Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. *BMC Geriatr.* 2010;9:10–54.
35. Eska K, Graessel E, Donath C, Schwarzkopf L, Lauterberg J, Holle R. Predictors of institutionalization of dementia patients in mild and moderate stages: a 4-year prospective analysis. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2013;3:426–45.
36. Mierlo van LD, Meiland FJM, Roest HG van der, Dröes RM. Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27:1–14.
37. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:657–64.
38. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1:CD008345.

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

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 verwijsmogelijkheden 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.

Trefwoorden proactieve ouderenzorg · eerstelijnszorg · kwetsbare ouderen · multidisciplinair · proces evaluatie

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.

Keywords Proactive primary care program · Frail older people · Multidisciplinary · 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 ontsparingen 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

N. Bleijenberg (✉) · M. J. Schuurmans
divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en
Eerstelijns Geneeskunde, afdeling verplegingswetenschap,
Universitair Medisch Centrum Utrecht,
Heidelberglaan 100, Postbus 35500 Str. 6.131, 3508
GA Utrecht, Nederland
e-mail: n.bleijenberg@umcutrecht.nl

A. de Jonge
Huisartsen Coöperatie Medicamus, Harderwijk, Nederland

M. P. Brand · C. O'Flynn
Geneeskundestudenten, Universiteit Utrecht, Utrecht,
Nederland

N. J. de Wit
divisie Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en
Eerstelijns Geneeskunde, afdeling huisartsgeneeskunde,
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, Nederland

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]. Linnan & 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 Noord-West 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 gezondheidsuitkomsten 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.

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

Tabel 1 Procesevaluatiecomponenten, gerelateerde onderzoeksvragen en data onderdelen.

procesevaluatie-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

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

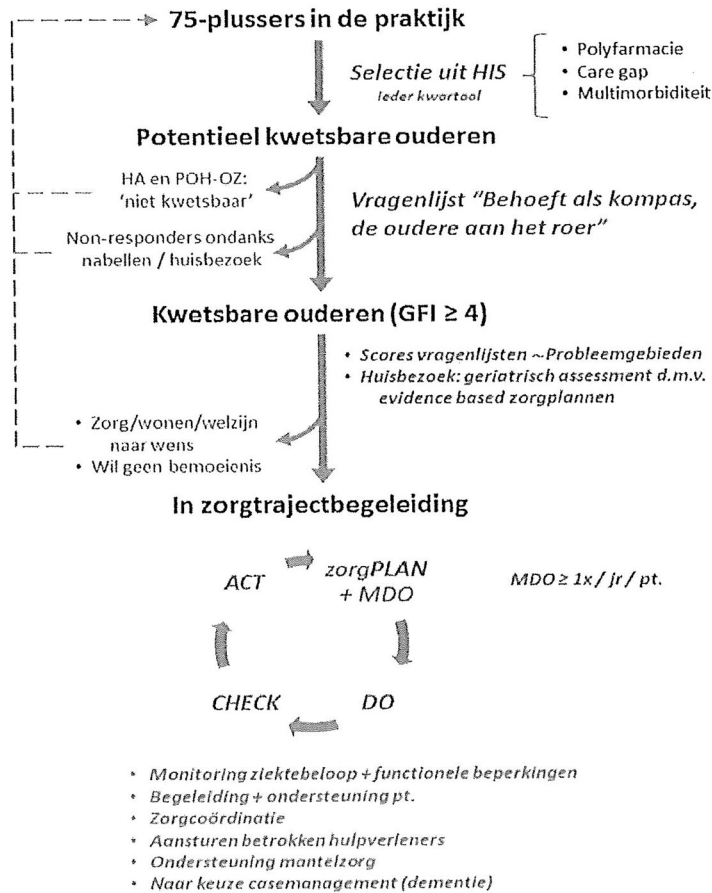
zorgprogramma. Voorwaarde voor deelname was dat de huisartsen en praktijkverpleegkundigen/POH's-OZ gezamenlijk participeerden aan de startbijeenkomst waarin het programma, de werkwijze en evaluatie werd toegelicht. Verder waren de randvoorwaarden om deel te nemen omschreven in de Ouderenzorgmodule van 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.

Screening van potentieel kwetsbare ouderen middels U-PRIM

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 ≥ 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 terugstuurd 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 Ouderen[20] 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 POH-OZ het overzicht, de coördinatie van zorg en follow-up. 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's-OZ) 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 (Bijlage) [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 diagnoses 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).

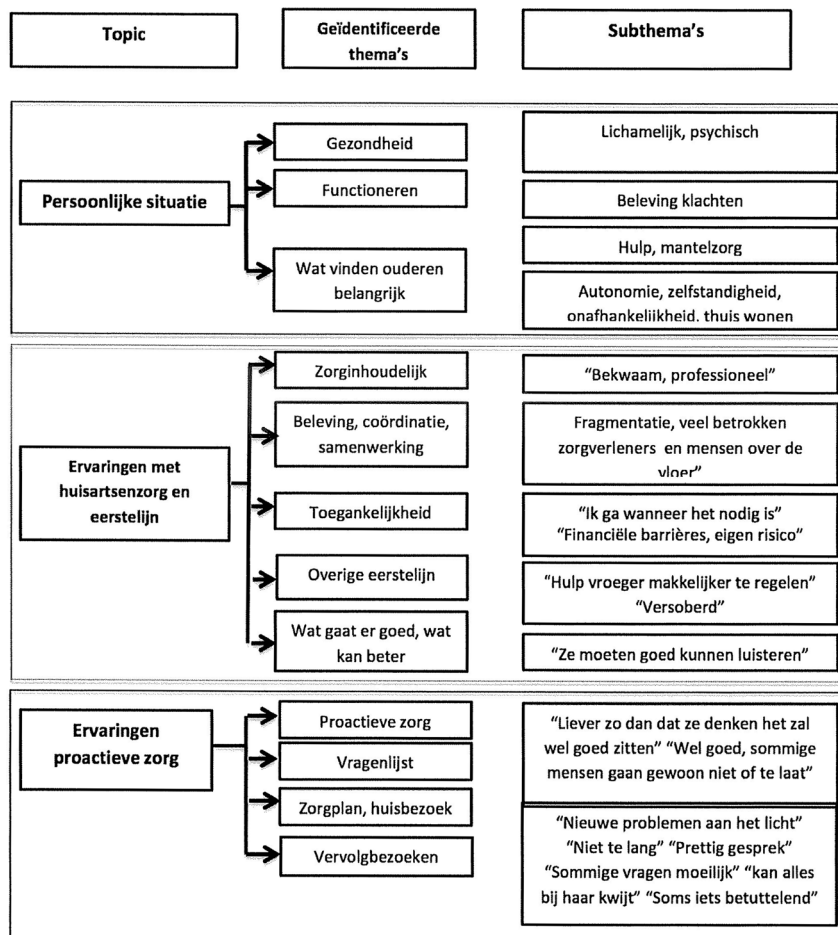
Analyse

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 naming. 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



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

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 %).

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 deli-*

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

	totaal N = 39 praktij- 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 \geq 4 (kwetsbaar), n (%)	529 (73)	102 (77)	206 (75)	59 (67)	13 (72)	113 (67)	36 (80)
aantal huisbezoeken/CGA, n (% met GFI \geq 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)

^aHet percentage potentieel kwetsbare ouderen is een geschat gemiddelde op basis van HIS-data

^bHet aantal ouderen met eerste nieuwe ICPC code A49.01 gesteld in de implementatieperiode (1 oktober 2014–1 oktober 2015) en percentage van het totaal aantal ouderen van 75 jaar of ouder

^cAantal nieuw geregistreerde ICPC codes bij kwetsbare ouderen (GFI van 4 of hoger) gedurende het implementatie jaar. Aantallen betreffen het eerste contact per oudere voor deze specifieke ICPC, in de periode 1 oktober 2014–1 oktober 2015. IZP: Individueel Zorg Plan

vered). 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.

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 Noord-West 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 Medicampus 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 proces-evaluatie studie van Metzethin et al. bleek dat het goed

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-wa- arde ^a	Base- line	12 mnd	P-wa- arde ^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 coördi- natiemogelijkheden 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, gemid- delde (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

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, 25–27]. 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].

Sterke punten en beperkingen

Het proactieve ouderenzorg programma Om U is geïmplementeerd bij 42 van de 51 huisartsenpraktijken in de regio Noort-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 implementatie-evaluatie 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 mantelzorger.

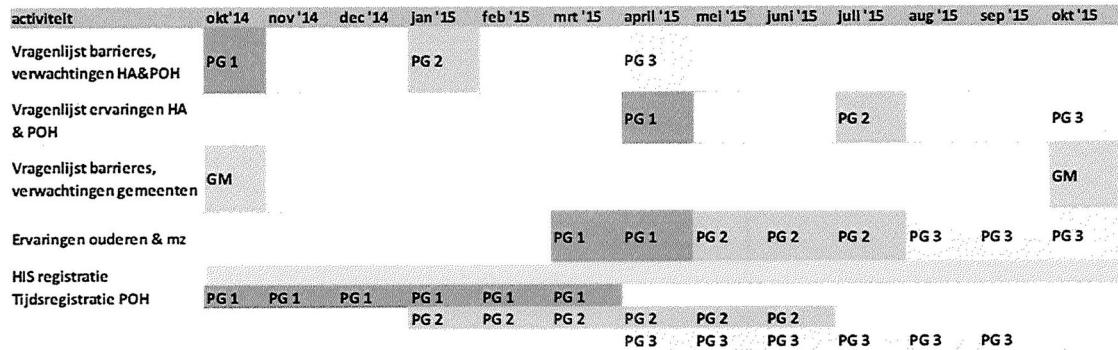
Conclusie

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).

Bijlage



PG = Pilotgroep (huisartsen en POH's-OZ), GM = Gemeenten en andere zorgverleners

Figuur A.1 Dataverzameling tijdens de implementatie.

Kenmerken respondenten	
1	Vanuit wel rol/functie beantwoordt u deze vragen?
2	Voor welke wijk(en)/gemeente(n) vult u deze vragenlijst in?
Behoeften en knelpunten	
3	Vanuit mijn huidige functie merk ik dat ik in de zorg aan ouderen behoefte heb aan meer structuur om goede zorg te verlenen
4	Vanuit mijn huidige functie merk ik dat ik in de zorg aan ouderen behoefte heb aan grotere transparantie over verwijsmogelijkheden
5	Vanuit mijn huidige functie merk ik dat ik in de zorg aan ouderen behoefte heb aan meer afstemming met andere disciplines
6	Een knelpunt in de huidige ouderenzorg is onvoldoende kennis van de mogelijkheden van coördinatie van ouderenzorg
Verwachtingen ten aanzien van de nieuwe werkwijze	
7	De voorgestelde werkwijze zal naar mijn verwachting een verschuiving van ad hoc naar proactieve preventieve zorg opleveren
8	Hoe vindt u op dit moment de samenwerking met andere disciplines? (schaal 0-10)
9	De voorgestelde werkwijze zal naar mijn verwachting de samenwerking met andere disciplines verbeteren
10	De voorgestelde werkwijze zal naar mijn verwachting crisissituaties kunnen voorkomen
11	De voorgestelde werkwijze zal naar mijn verwachting de coördinatie van zorg rondom kwetsbare ouderen verbeteren
12	De voorgestelde werkwijze helpt mij om op een gestructureerde manier zorg te verlenen aan kwetsbare ouderen
13	De voorgestelde werkwijze zal naar mijn verwachting de tevredenheid bij patiënten met zorg verbeteren
14	Het MDO zal naar mijn verwachting een meerwaarde hebben op de kwaliteit van de patiëntenzorg
15	De voorgestelde werkwijze zorgt er voor dat kwetsbare ouderen in beeld zijn
16	Hoe vindt u op dit moment de regionale afstemming? (schaal 0-10)
17	De voorgestelde werkwijze zal de regionale afstemming verbeteren
18	Hoe goed heeft u op dit moment uw populatie kwetsbare ouderen in beeld? (schaal 0-10)

*Vraag 3 t/m 7, 9 t/m 15 en 17 is gemeten op een vijfpuntenschaal, lopend van "Zeer mee oneens" tot "Zeer mee eens".


Figuur A.2 Voorbeeld Vragenlijst professionals – baseline.

Literatuur

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752–62. doi:[10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9).
2. Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: Focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad; 2009. ISBN 9789055497577.
3. Rockwood K. Frailty and its definition: A worthy challenge. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1069–70.
4. Slaets JPJ. Vulnerability in the elderly: Frailty. *Med Clin North Am*. 2006;90:593–601.
5. Aken P van. Het nationaal programma ouderenzorg 'op stoom'; bundelen, verspreiden en invoeren van de opbrengsten. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2015;46:75–7.
6. Dam V ten, Bleijenberg N, Numans M, Drubbel I, Schuurmans M, Wit N de. Proactieve en gestructureerde zorg voor kwetsbare oudere patiënten in de eerstelijns: Achtergrond, opzet en uitvoering van een screenings- en zorgprogramma. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2013;44:81–90.
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):20–9.
9. Bleijenberg N, Dam VH ten, Steunenberg B, et al. 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;69:2262–73.
10. Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical research council guidance. *BMJ*. 2015;350:h1258. doi:[10.1136/bmj.h1258](https://doi.org/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):979–83.
12. Linnan L, Steckler A. Process evaluation for public health interventions and research. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
13. Drubbel I, Wit NJ de, 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):301–8. doi:[10.1093/geron/gls161](https://doi.org/10.1093/geron/gls161).
14. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Sci World J*. 2001;1:323–36. doi:[10.1100/tsw.2001.58](https://doi.org/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;8:35. doi:[10.1186/1475-9276-8-35](https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-35).
16. Bleijenberg N, Dam VH ten, 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;45:230–7.
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;13:546–51. doi:[10.1016/j.jamda.2012.04.007](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.007).
18. Jonge P de, Huysse FJ, Stiefel FC, Slaets JP, Gans RO. INTERMED – a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics*. 2001;42:106–9.
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; doi:[10.1016/j.jpsychores.2013.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.02.003).
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. 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. Metzeltin SF, Daniëls R, Rossum E van, et al. 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;50:1184–96. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2012.12.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.016).
24. Kempen JA van, Robben SH, Zuidema VS, 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):554–60. doi:[10.3399/bjgp12X653606](https://doi.org/10.3399/bjgp12X653606).
25. Blom J, Elzen W den, Houwelingen AH van, et al. 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. doi:[10.1093/ageing/afv174](https://doi.org/10.1093/ageing/afv174).
26. Hoogendijk EO, Horst HE van der, Ven PM van de, et al. 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; doi:[10.1016/j.ejim.2015.10.023](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.10.023).
27. Metzeltin SF, Rossum E van, Witte LP de, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f5264. doi:[10.1136/bmj.f5264](https://doi.org/10.1136/bmj.f5264).

28. Uittenbroek R, Spoorenberg S, Brans R, et al. Samen-Oud, 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;45:92–104.
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.
30. May C. Towards a general theory of implementation. *Implement Sci.* 2013;8(1):18.
31. Huisarts LHV. gemeente: Samen werken in de wijk 2013. <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/publicaties/huisarts-gemeente-samen-werken-in-de-wijk>. Geraadpleegd op: 1 september 2016.

Omgaan met somberheid op oudere leeftijd: een kwalitatieve studie

Margaret von Faber  · Gerda M. van der Wee · Geertje van der Geest ·
Jeanet W. Blom · Nicolette van der Zouwe · Ria Reis · Roos C. van der Mast ·
Jacobijn Gussekloo

Samenvatting

Achtergrond Om nieuwe inzichten te verkrijgen voor de zorg aan ouderen met somberheid, hebben we onderzocht welke opvattingen 'screenpositieve' ouderen hebben over oorzaken en oplossingen voor somberheid.

Methode Afname van twee diepte-interviews bij 38 deelnemers (≥ 77 jaar) die op een screeningsvragenlijst in de huisartspraktijk aangaven gevoelens van somberheid te ervaren. Om de invloed van complexe problematiek te onderzoeken, werden zowel ouderen met ($n = 19$) als zonder complexe problemen ($n = 19$) geïnccludeerd. Complexe problematiek werd gedefinieerd als een combinatie van functionele, somatische, psychologische en/of sociale problemen.

Resultaten Alle deelnemers gebruikten diverse cognitieve, sociale en praktische copingstrategieën. Vier patronen kwamen naar voren: *mastery*, acceptatie, ambivalentie en behoefte aan steun. Vooral deelnemers met complexe problemen waren ambivalent over mogelijke interventies.

Conclusies De meeste ouderen beschouwen hun coping als voldoende. De huisarts kan zelfmanagement ondersteunen door de (effectiviteit van de) individuele coping te bespreken, informatie te verstrekken over alternatieve interventiemogelijkheden en met ouderen hun percepties op risico's te bespreken.

Trefwoorden ouderen · somberheid · depressie · interventies

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *International Psychogeriatrics* (2016;28:603–12).

M. von Faber · G. van der Geest · J. W. Blom · R. Reis ·
J. Gussekloo (✉)
Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden
University Medical Center, Postbus 9600, 2300 RC Leiden,
Nederland
e-mail: J.Gussekloo@lumc.nl

M. von Faber
Marente, Voorhout, Nederland

G. M. van der Wee
Afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Nederlands
Huisartsen Genootschap, Utrecht, Nederland

DOI 10.1007/s12439-016-0196-y
Published online: 9 November 2016

N. van der Zouwe
GGD Hollands Midden, Leiden, Nederland

R. Reis
Amsterdam Institute for Social Science Research, Universiteit
van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

The Children's Institute, University of Cape Town, Cape Town,
Zuid-Afrika

R. C. van der Mast
Afdeling Psychiatrie, Leiden University Medical Center, Leiden,
Nederland

Afdeling Psychiatrie, CAPRI-Universiteit van Antwerpen,
Antwerp, België

Coping strategies of older people with low mood

Abstract

Background To gain new insights for support for older people with low mood, we explored the perceptions of 'screenpositive' older people on underlying causes and possible solutions.

Design and method We conducted two in-depth interviews with 38 participants (≥ 77 years) who screened positive for depressive symptoms in general practice. To investigate the influence of the presence of complex health problems, we included 19 persons with and 19 without complex problems. Complex problems were defined as a combination of functional, somatic, psychological or social problems.

Results All participants used several cognitive, social or practical coping strategies. Four patterns emerged: mastery, acceptance, ambivalence, and need for support. Some participants, especially those with complex problems, were ambivalent about possible interventions.

Conclusion Most older participants perceived their coping strategies as sufficient. General practitioners can support self-management by exploring the (effectiveness of) personal coping strategies, providing information, elaborating on perceptions of risks and discussing alternative options with older persons.

Keywords Older people · Depressive symptoms · Low mood · Interventions

Inleiding

Depressieve gevoelens komen veel voor op oudere leeftijd en hebben een negatieve invloed op de gezondheid en het welzijn van ouderen en hun sociale relaties [1, 2]. De prognose van een depressie op oudere leeftijd is vaak slechter dan op jongere leeftijd [3] omdat een depressie vaker chronisch en recidiverend verloopt [4, 5].

Depressieve symptomen op oudere leeftijd worden zowel onvoldoende herkend als onderbehandeld. Dat pleit voor screening om vroegtijdig depressieve symptomen op te sporen en interventies aan te bieden die het risico op ontwikkeling van een depressie verkleinen [6, 7]. Ons eerdere gecombineerde screening- en interventieprogramma liet echter zien dat de meeste ouderen met een positieve score op depressieve symptomen de aangeboden interventie afwijzen [8].

Het is bekend dat ziektebeleving en ervaren behoeften het zoeken van hulp bepalen. Diverse onderzoeken beschrijven de verschillende opvattingen van oudere patiënten en artsen over de diagnose en de behandeling van depressie(-symptomen) [9–11]. Wanneer ouderen sociale en contextuele factoren zien als oorzaak voor hun somberheid, beschouwen ze hun emoties niet als depressie en een ziekte volgens biomedisch model.

Hierop aansluitend zullen ze ook een ander standpunt innemen over de zin van interventies dan mantelzorgers of professionele zorgverleners [12]. Ouderen kiezen een psychologische boven een medische aanpak en staan pas open voor professionele behandeling bij ernstige klachten [13].

Wanneer hulpverleners en oudere patiënten depressie beschouwen als te rechtvaardigen op hoge leeftijd [14] kan dit bij beiden leiden tot een passieve houding of tot terughoudendheid om depressiesymptomen te bespreken vanwege lage verwachtingen ten aanzien van behandeling [15]. Anderzijds beschrijven onderzoeken ook noties over zelfstandigheid, [16] eigen verantwoordelijkheid en cultuurspecifieke copingstrategieën van ouderen om depressieve gevoelens te bestrijden [17, 18]. Om die reden is het essentieel te onderzoeken of ouderen professionele ondersteuning verwachten wanneer ze bij screening depressiesymptomen aangeven en hoe ze hun eigen rol beschouwen in het omgaan met depressiesymptomen.

Het doel van het kwalitatieve EPISODE-onderzoek (perceptions of Elderly Patients Interviewed after Screening on Depressive feelings) was om de verscheidenheid aan percepties te beschrijven ten aanzien van oorzaken en oplossingen van ouderen (met of zonder complexe problematiek) met depressiesymptomen in de huisartspraktijk. Complexe problematiek is geoperationaliseerd als een combinatie van functionele, somatische (gezondheid en ziekte), psychologische en/of sociale problematiek [19].

Methode

Onderzoeksopzet en setting

Voor het EPISODE-onderzoek zijn deelnemers van 75 jaar en ouder benaderd die eerder participeerden in het ISCOPE-onderzoek (Integrated Systematic Care for Older PEople).

ISCOPE onderzocht de effecten en kosteneffectiviteit van proactieve en geïntegreerde zorg in de huisartsenpraktijk ten aanzien van het functioneren van ouderen [19]. In de deelnemende huisartspraktijken ontvingen alle ouderen van 75 jaar en ouder een korte vragenlijst om te screenen op de aanwezigheid van een combinatie van somatische, functionele, psychische en/of sociale problemen. Ouderen werden thuis bezocht om sociale en demografische gegevens te verzamelen en additionele vragenlijsten af te nemen zoals de 15-item versie van de Geriatrische Depressie Schaal (GDS-15) [20].

ISCOPE-deelnemers kwamen in aanmerking voor deelname aan het EPISODE-onderzoek wanneer zij de vraag: 'Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?' bevestigend hadden beantwoord.

We selecteerden evenveel ouderen met als zonder complexe problematiek, en evenveel mannen als vrou-

Tabel 1 Demografische en klinische gegevens van de deelnemers ($n = 38$).

gemiddelde leeftijd (SD)	81,8 (3,8)
vrouw, n (%)	19 (50)
zelfstandig wonend, n (%)	38 (100,0)
minimum inkomen ^a , n (%)	3 (7,9)
klinische gegevens	
>4 medicijnen, n (%)	29 (76,3)
<i>multimorbiditeit</i>	
>2 aandoeningen, n (%)	28 (73,7)
>4 aandoeningen, n (%)	18 (47,4)

SD standaarddeviatie

^aMinimum inkomen: alleen AOW

wen. De geselecteerde ouderen varieerden in woon-situatie, sociale kenmerken (zoals gehuwd of verwe-duwd) en fysieke kenmerken (bijvoorbeeld pijnklach-ten, een chronische ziekte of multimorbiditeit).

De opzet was om 40 ouderen te includeren, met 10 personen in elke groep (mannen en vrouwen, met of zonder complexe problematiek). Potentiële deel-nemers ontvingen een uitnodiging en beschrijving van het onderzoek, waarna een lid van het onderzoeksteam telefonisch contact opnam. Om 40 personen te kun-nen includeren moesten we 55 ISCOPE-deelnemers benaderen. Na het eerste interview excludeerden we twee deelnemers vanwege ernstige geheugenproblema-tiek en ziekte van Alzheimer. Met de overige 38 deel-nemers (77–90 jaar) werden in een periode van 6 maan-den twee diepte-interviews gehouden om deelnemers voldoende tijd te geven te vertellen over de beleving van somberheid, de eigen perceptie van oorzaken en oplossingen, de behoeften en visie op ondersteuning. De interviews duurden ongeveer 1,5 uur en vonden bij deelnemers thuis plaats.

Demografische gegevens

De deelnemers woonden in zeven gemeenten in Zuid-Holland en waren ingeschreven bij 16 verschillende huisartspraktijken. In tab. 1 staan de kenmerken van de 38 deelnemers, zoals verzameld in het ISCOPE-onderzoek.

Structuur van de interviews

Het eerste interview startte met de vraag: “U heeft aangegeven dat u zich de laatste tijd (soms) somber voelt. Kunt u aangeven waarom u dit heeft ingevuld? Kunt u hier iets meer over vertellen?” Deze en andere vervolgvragen maakten dat deelnemers vrijelijk konden ver-tellen over de ervaren gevoelens en gedachten.

Het tweede interview startte met een mondelinge samenvatting van het eerste gesprek. We vroegen deel-nemers hierop te reflecteren en we gingen na of gevoe-lens van somberheid waren veranderd. Hierna werden individuele behoeften geïnventariseerd met behulp van vragen zoals: *Bent u tevreden met de huidige situatie? Zou u willen dat er iets zou veranderen? Wat zou u wil-len?*

Om opvattingen en voorkeuren ten aanzien van in-terventies te bespreken gebruikten we een uitlokkings-techniek met behulp van kaartjes waarop mogelijkhe-den voor interventies waren aangegeven. De kaar-ten waren ingedeeld in drie categorieën: (1) aspecten waarop men verbetering zou willen zien, bijvoorbeeld meer sociale contacten of hulp in omgaan met beper-kingen, (2) de soort activiteit, bijvoorbeeld een gesprek of cursus en (3) de voorkeuren ten aanzien van in-formele of professionele ondersteuning, bijvoorbeeld door lotgenoten of huisarts. Deelnemers werden ge-vraagd aan te geven wat hen aansprak. Zoveel mogelijk werd doorgevraagd naar achterliggende motivaties.

De interviews werden uitgevoerd door een medisch antropoloog met ervaring in kwalitatief onderzoek bij ouderen (MF); een huisarts met ervaring in kwalitatief onderzoek naar depressieve symptomen bij ouderen (GW) en een antropoloog met ervaring in kwalitatief onderzoek (GG). Het team werd getraind in het gebruik van Atlas-ti, een ondersteuningsprogramma voor data-management en analyse. Van alle interviews zijn ge-luidsopnames gemaakt die verbatim werden getrans-cribeerd.

Analyse

De data zijn geanalyseerd op inductieve wijze volgens de ‘Grounded Theory Approach’ [21]. De codering is gedurende het onderzoek ontwikkeld en getest op een iteratieve wijze. Interviews werden onafhankelijk ge-codeerd door drie onderzoekers (MF, GW, GG); deze codering werd vergeleken en discrepanties zijn opgelost door discussie en aanpassing. De codes werden gegroe-peerd in thema’s zoals oorzaken, ervaringen van som-berheid en depressie, coping, beïnvloedende factoren, behoeften en percepties ten aanzien van interventies. De bevindingen werden bediscussieerd met andere se-nior-onderzoekers en vertegenwoordigers van oude-ren, hetgeen leidde tot nieuwe inzichten. De discussie over het bewust afzien van specifieke activiteiten door de deelnemers resulteerde bijvoorbeeld in toevoeging van het thema ‘risico’ zoals ingeschat door deelnemers.

Resultaten

Ervaringen met en percepties over depressieve gevoelens

Hoewel alle deelnemers bij screening depressiesymp-tomen hadden aangegeven, zagen zij dit niet altijd als

een teken van depressie en beschreven de meeste deelnemers zichzelf als iemand met een positief zelfbeeld en positieve kenmerken. Somberheid varieerde van het incidenteel ervaren van sombere gevoelens (bijvoorbeeld door het lezen van een krantenartikel) tot het dagelijks ervaren van depressieve gevoelens in een mate die het welbevinden negatief beïnvloedde. Sombere gevoelens werden soms als 'passend' en als onvermijdelijke consequentie beschouwd van negatieve gebeurtenissen, zoals een levensbedreigende ziekte van een kind. Bij zes deelnemers was in het verleden de diagnose depressie gesteld. Bij twee deelnemers was, bij een recent bezoek aan hun huisarts voor geheugenproblemen, een milde depressie geconstateerd.

Deelnemers definieerden depressie als een zeer negatieve gemoedstoestand 'waarover je zelf geen controle meer had', die zelfs gevaarlijk kon zijn en kon leiden tot suïcidepogingen; een situatie waar de deelnemers zich niet in herkenden.

Verklaringen voor somberheid en depressieve gevoelens

De meeste deelnemers gaven een multidimensionale verklaring voor hun sombere of depressieve gevoelens.

Sociale factoren werden het meest genoemd als oorzaak, bijvoorbeeld het verlies van de partner, eenzaamheid, een ongelukkig huwelijk, een ongeneeslijke ziekte van een kind, of het verlies van contact met kinderen en/of kleinkinderen vanwege conflicten:

Ik probeer contact te krijgen met mijn kleinkinderen. Maar iedere keer dat ik ze opbel, dan leggen ze [dochters] de hoorn erop. (man, geen complexe problematiek)

Lichamelijke en mentale problemen (zoals lichamelijke beperkingen, chronische pijn, geheugenproblematiek, slaaptkort of vermoeidheid) werden beschouwd als factoren die somberheid beïnvloedden. Een vrouw zegt hierover:

Het is moeilijk omdat ik altijd last heb van pijn. Wanneer ik naar buiten wil, maar dat lukt niet vanwege de pijn, dan wordt ik somber. (vrouw, complexe problematiek)

Leeftijd en de fase van ouderdom werden ook als oorzaak genoemd. Een vrouw (zonder complexe problematiek) gaf aan: 'Het leven is niet zo leuk meer als vroeger'. Verschillende deelnemers waren teleurgesteld in deze levensfase. In plaats van te kunnen gaan genieten van een plezierige en rustige oude dag werden ze geconfronteerd met diverse problemen en beperkingen. Sommige mannen waren teleurgesteld in hun hele levensloop of hadden spijt van bepaalde besluiten, bijvoorbeeld in de keuze van hun partner.

Sommige deelnemers voelden zich angstig of waren onzeker over de toekomst. Ze waren bijvoorbeeld bang dat ze door achteruitgang in lichamelijke conditie niet meer in staat zouden zijn om nog voor hun overlijden conflicten op te lossen of dat het hen zou belemmeren

in het verlenen van mantelzorg. Een vrouw (met complexe problematiek) die veel informele zorg verleende, zei hierover:

Wanneer je ouder wordt, nemen je reserves af. Twee jaar geleden, toen mijn zoon zijn hartoperatie kreeg, kon ik nog lopen en hem in het ziekenhuis opzoeken. Maar nu kan ik dat niet meer en het omgaan met problemen wordt moeilijker. Moeder is niet meer zo goed in staat om te zorgen. Ik ben bang dat ik de controle verlies, dat ik wegglij ...

Sommige deelnemers verwezen naar individuele karaktertrekken als oorzaak en omschreven zichzelf als 'anders dan anderen', pessimistisch of te perfectionistisch met betrekking tot hun functioneren. Enkele deelnemers verwezen naar een levensloop met depressieve gevoelens. Bij een deelnemer was een posttraumatische stressstoornis vastgesteld.

Sommige deelnemers konden hun somberheid niet verklaren, zij gaven aan dat er geen specifieke reden voor was.

Copingstrategieën van deelnemers

Een positieve screening op depressiesymptomen betekende niet dat deelnemers ook behoefte hadden aan professionele ondersteuning. Deelnemers beschouwden het omgaan met sombere gevoelens als eigen verantwoordelijkheid. In relatie tot coping, verwezen ze naar hun competenties om de oorzaken aan te pakken of te accepteren. Een deelnemer zei het als volgt:

Somberheid zou je dus op een bepaalde manier zelf op moeten kunnen lossen of er mee moeten leren leven, maar voor depressie zijn er [professionele] middelen. (man, complexe problematiek)

Individuele copingstrategieën waren gericht op het behoud van een balans en gevoelens van controle. Deze strategieën konden worden onderscheiden in cognitieve, sociale en praktisch gerichte strategieën.

De cognitieve strategieën bevatten activiteiten gericht op het bestrijden, accepteren of (incidenteel) toegeven aan sombere gevoelens. Voorbeelden zijn: zich groot houden, selectieve vergelijking met anderen die in een slechtere situatie verkeren, relativiseren van problemen, 'lichtpuntjes' in de situatie zoeken of plannen maken voor de toekomst:

Ik denk dan: "Okay, ik kan nog wandelen, ik kan nog dingen zien, ik kan mijn handen nog gebruiken en mijn hoofd is nog goed. Ik ga dingen doen". Ik overweeg een nieuwe Apple-computer te kopen, hoewel de huidige nog steeds goed is. (man, geen complexe problematiek)

Andere activiteiten waren het afleiden van negatieve gedachten door bijvoorbeeld naar [vrolijke] muziek te luisteren, lezen, met de hond wandelen of juist toegeven aan somberheid bijvoorbeeld door zichzelf te ver-

wennen met chocolade, een bezoek aan de kapper of door iets leuks te kopen. Stress vermijden werd ook genoemd als bewuste actie:

In de avond zet ik deze mobiele telefoon uit. Ik heb nog een andere en die staat aan, maar zij (dochter die alcoholist is) kent dat telefoonnummer niet. Dus mijn familie en zoons kunnen mij 's avonds wél bereiken, maar zij niet. (man, complexe problematiek)

Sociale strategieën bevatten plezierige activiteiten of uitvoeren van hobby's met anderen, reizen, een gesprek, een brief schrijven, zorgen voor anderen, vrijwilligerswerk of het zoeken van een oplossing door een gevoelig onderwerp te bespreken met de kinderen, zoals blijkt uit het voorbeeld van deze vrouw:

Nou het was niet gemakkelijk, ik heb er voor moeten vechten [haar besluit om niet naar een woonzorgcentrum te verhuizen]. Ze snapt het ook niet. Ze zeiden: "Maar je kunt daar aardige mensen ontmoeten [...]. Er zijn zoveel voordelen." Ik zei: "Dat weet ik, maar het weegt niet op tegen mijn gevoelens; ik wil hier blijven en hier sterven". (vrouw, complexe problematiek).

Een onderdeel van deze strategieën was het afwegen van mogelijke risico's. Deelnemers waren zich ervan bewust dat het soms beter of noodzakelijk was om af te zien van bepaalde activiteiten, zoals het niet spreken met bepaalde personen of over specifieke onderwerpen, om zo juist sociale conflicten te voorkomen.

Praktische strategieën bevatten acties zoals zelfmedicatie, beweging, ontspanningsoefeningen of de huisarts consulteren voor geheugenproblematiek. Deelnemers zochten ook praktische oplossingen voor gevoelens van angst, bijvoorbeeld door extra sloten op de deur te installeren.

Coping met betrekking tot somberheid bleek een dynamisch proces. Het eerste interview over ervaren somberheid en oorzaken leidde soms tot besluiten, acties of herwaardering van de situatie door deelnemers. In het tweede interview benoemden deelnemers dan effecten van hun acties of de recente veranderingen. Positief waren bijvoorbeeld andere medicatie of een goed gesprek met kinderen. Een negatieve verandering was bijvoorbeeld achteruitgang van conditie. Deze ontwikkelingen leidden tot een andere invulling van somberheid, een wijziging in de coping of veranderde behoeften aan ondersteuning.

Perspectieven op de eigen rol in het omgaan met sombere of depressieve gevoelens

De deelnemers hadden een duidelijk beeld over hun eigen rol in het omgaan met hun somberheid of depressieve gevoelens. Uit de data kwamen vier patronen naar voren: *mastery*, acceptatie, ambivalentie en behoefte aan ondersteuning.

Mastery. *"Ik zoek zelf een oplossing als ik vind dat het nodig is".*

De helft van de deelnemers (19 personen) gaf aan dat zij zichzelf voldoende in staat achtten om op een juiste wijze met gevoelens van somberheid om te gaan. Ze hadden in de huidige situatie geen behoefte aan professionele ondersteuning en vertrouwden op de eigen capaciteiten of de beschikbare sociale ondersteuning. Dit gold voornamelijk voor vrouwen zonder complexe problematiek, maar ook voor sommige deelnemers met complexe problematiek.

Deelnemers verwezen naar hun kennis over ondersteuningsmogelijkheden, hun ervaringen met het zelf regelen van ondersteuning, of doelen en plannen voor de toekomst. *Mastery* en het gevoel eigen regie te hebben kwamen naar voren in uitspraken over het al dan niet opvolgen van (medicatie)adviezen van huisarts of specialist of zelf aanschaffen van pijnmedicatie. Deelnemers met een gevoel van *mastery* gaven aan tevreden te zijn en waren er van overtuigd dat ze indien nodig voldoende professionele ondersteuning zouden kunnen krijgen.

Acceptatie. *"Ik accepteer de situatie zoals die is maar er is iets dat niet meer klopt".*

Acht deelnemers gaven aan dat hun problemen niet konden worden opgelost, bijvoorbeeld in het geval van een slechte relatie met partner of kinderen. Ze probeerden de huidige situatie te accepteren, afleiding te zoeken bij negatieve gedachten en zich te richten op positieve aspecten. Sommige deelnemers konden zelfs een bepaalde situatie of moment noemen die er toe had geleid dat 'ze de knop omdraaiden':

[...] Op een nacht zat ik aan deze tafel. Toen dacht ik: "Nee, ik laat het niet langer mijn leven beïnvloeden. Ik stop ze [zorgen en bange vermoedens] in een doosje en gooi de sleutel weg". (vrouw, complexe problematiek).

Deze opstelling resulteerde in het accepteren van de situatie, in plaats van continu piekeren.

Ambivalentie. *"Misschien ontmoet je iemand. Aan de andere kant ontmoet je misschien niemand waar het mee klikt, dat risico wil ik niet lopen".*

Zeven deelnemers gaven aan dat ze ontevreden waren met de huidige situatie. Ze wilden verandering in bepaalde aspecten en gaven mogelijke oplossingsrichtingen aan; ze voelden zichzelf echter niet in staat om deze veranderingen in gang te zetten. Ze wogen voor- en nadelen van mogelijke oplossingen tegen elkaar af, waarbij nadelen vaak de doorslag gaven, zoals de angst voor verandering:

Ik heb mijn eigen schema [...] als je dat gaat doorbreken, ben ik dagenlang van slag. (man, geen complexe problematiek)

Deze deelnemers waren bang voor verschillende ‘risico’s’ zoals het verlies van controle en het niet kunnen overzien van de consequenties van ondersteuning of interventies (vooral deelnemers met complexe problematiek vonden dit moeilijk); het krijgen van ‘valse hoop’; vermindering van zelfvertrouwen (bijvoorbeeld door het maken van ‘fouten’ bij ontmoetingen); en het ‘verder van huis zijn’ als voorgestelde oplossingen niet tot tevredenheid leiden. Voor een aantal deelnemers was de balans inmiddels zo fragiel dat ze elke verandering vreesden; ze gaven aan moe te zijn en weinig energie te hebben (om met veranderingen om te kunnen gaan).

De huisarts werd voornamelijk geassocieerd met lichamelijke problematiek en het voorschrijven van medicatie:

Moet ik dan medicatie gaan slikken? Ik wil geen pillen, tenminste niet voor dit probleem. Zij [huisarts] kan dit probleem toch niet oplossen [conflict met kinderen]. (man, geen complexe problematiek)

Sommige deelnemers gaven aan ‘niet te willen klagen’ of niet het risico te willen lopen dat het bespreken van somberheid zou leiden tot een (medicatie)advies dat ze niet wilden of konden opvolgen.

Behoeftte aan ondersteuning. *“Ik zou willen dat er wat veranderde, maar wat moet ik dan doen? Wat kan er aan gedaan worden? Ik weet het echt niet [meer].”*

Vier deelnemers gaven aan dat zij professionele ondersteuning nodig hadden. Hoewel ze veel tijd en energie staken in coping bleek dit niet afdoende. De gesprekken werden gedomineerd door depressieve gevoelens en het verlies van hoop en controle op de situatie.

Deze deelnemers waren bij hun huisarts onder controle voor lichamelijke problemen maar ze bespraken niet altijd hun psychische nood. Zij gingen ervan uit dat hun huisarts goed op de hoogte was van de situatie en indien nodig het initiatief zou nemen om depressiesymptomen te bespreken.

Behoeften aan ondersteuning waren adequate pijnmedicatie, herbeoordeling van antidepressiva, verwijzing naar een psycholoog en steun bij huisvestingsproblematiek of een slopende ziekte:

Het enige dat ik wil is dat hij [huisarts] de medicijnen [pijnstilling] beter bekijkt. Maar hij zegt: “Oudere mensen moeten niet teveel medicatie hebben want ze hebben een verhoogd risico op vallen.” Nou daar sta je dan. (vrouw, complexe problematiek)

Het was voor sommige deelnemers onduidelijk wie verbetering zou kunnen brengen in hun situatie en op welke wijze, bijvoorbeeld bij lichamelijke achteruitgang in combinatie met financiële problemen en onvoldoende sociale steun. Voor drie deelnemers be-

lemmerden financiële problemen het creëren van een oplossing (bijvoorbeeld een verhuizing).

Deelnemers met een verleden van depressieve gevoelens en complexe problematiek vreesden voor valse hoop; enkele deelnemers hadden alle geloof in professionele interventies verloren.

Opvattingen en voorkeuren ten aanzien van interventies

Deelnemers waren het meest positief over activiteiten die men zelf zou kunnen uitvoeren en waarop men zelf enige invloed zou kunnen uitoefenen, bijvoorbeeld door het zelf kiezen van de gesprekspartner.

Veel deelnemers gaven aan positief te zijn over of behoefte te hebben aan een goed gesprek, het liefst een één-op-één gesprek bij hen thuis. Dit werd vooral genoemd door deelnemers met complexe problematiek. Een hobby en afleiding zoeken werden vaker door mannen genoemd. Hulp na verlies van de partner, ervaringen uitwisselen met lotgenoten en lichamelijke beweging of ontspanning waren opties die vaak als positief werden beschouwd of waar men zelf al actief mee bezig was (geweest). Deelnemers hadden voorkeur deze acties met een bekende te ondernemen, zoals iemand van de kerk of vrienden:

Toen heb ik een keer tegen haar [vriendin] gezegd: “Waarom kom je nou minder?” “Ja, ik vind het zo moeilijk voor jou.” Ik zeg: “Nou, je hebt hetzelfde ervaren als ik nu [verlies van echtgenoot]. Dan kunnen wij toch praten? Dan hebben wij nog steun aan elkaar misschien”. (vrouw, geen complexe problematiek)

Enkele deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan de oplossing van een conflict, bijvoorbeeld met de kinderen.

Deelnemers waren vooral kritisch over de vormgeving van interventies en de aard van ondersteuning. Interventies in groepsverband spraken ouderen om diverse redenen minder aan: eerdere negatieve ervaringen zoals huilende mensen in een groep of negatieve beeldvorming op basis van teleurstellende ervaringen van anderen; persoonlijke (in)competenties, zoals onzekerheid in een groep of moeite met het verwoorden van gevoelens. Gehoorproblematiek, verminderd concentratievermogen of geheugenproblemen waren eveneens redenen om de interventie als ongeschikt te beoordelen:

Het vergeten van namen en dergelijke. Ik merk ook dat ik nu soms moeilijk uit mijn woorden kom. Moeilijker dan vroeger in ieder geval. En dat weerhoudt me ervan om me bijvoorbeeld in een discussie te mengen. (man, geen complexe problematiek)

En wat ik ook graag had gewild is cursussen volgen. Maar ik kan me niet concentreren. Dat hoofd gaat alle kanten op. (vrouw, complexe problematiek)

Een belangrijk aspect was angst voor nadelige gevolgen, zoals toename van somberheid door het meeleven met problematiek van anderen, conflicten, teleurstelling of angst om als 'zeurpiet' of afwijkend te worden beschouwd. Hierbij kon tevens schaamte spelen om te vertellen over een onderwerp dat men zelf als irreal of onoplosbaar beschouwde (zoals rouw). Tenslotte waren eerdere sociale rollen van belang:

Ik heb in mijn leven jarenlang gespreksgroepen geleid. Gewoon in een gespreksgroep zitten zie ik al niet meer zitten. Dan zou ik gespreksleider willen zijn, maar dat is voorbij. [...]. (man, geen complexe problematiek)

Negen deelnemers hadden zich in het verleden ingezet als vrijwilliger maar wilden nu liever vrijheid dan verplichtingen. Een aantal ouderen met complexe problematiek gaf aan dat zij graag vrijwilligerswerk zouden uitvoeren, maar er fysiek niet toe in staat waren.

Er bleek weinig interesse voor een zelfstandige aanpak gericht op het omgaan met sombere gevoelens met behulp van een computerprogramma. Vanwege verminderde concentratie, afwezigheid van een computer, angst dat een computer tot meer stress zou leiden, angst te verdwalen op internet of geen zin hebben in een zoektocht. Zelfhulpprogramma's met een boek en eventueel telefonische ondersteuning waren ook niet populair vanwege de solistische aard van de activiteit.

Over bezoek aan een soos of buurthuis en het volgen van een cursus liepen de meningen uiteen: korte cursussen, een educatief en interessant activiteiten aanbod zou dit kunnen stimuleren, maar een cursus wekte ook weerstand omdat dit werd gezien als te schools en verplichtend. Een aantal mannen sprak de voorkeur uit voor groepsactiviteiten alleen voor mannen.

Het minst positief werd gedacht over interventies met een vastomlijnd programma of waarvan men het effect moeilijk kon overzien. De meeste deelnemers waren terughoudend ten aanzien van professionele ondersteuning, omdat men zich er geen goede voorstelling van kon maken of slechte ervaringen mee had. Het al dan niet bespreken van somberheid met de huisarts werd mede beïnvloed door de communicatieve vaardigheden van de arts en de dokter-patiënt relatie. De huisarts als verstrekker van informatie werd weinig genoemd.

Discussie

In dit EPISODE-onderzoek waren deelnemers met sombere gevoelens (gevonden bij screening), met of zonder complexe problematiek, bezig met coping en gericht op het zoeken van oplossingen. Dit vrijwel onzichtbare 'werk' [22] was gericht op het beheersen van (complexe) problemen en het soms gelijktijdig accepteren en bevechten van sombere gevoelens. Wij vonden dat dit gold voor zowel deelnemers met complexe problematiek, als voor de deelnemers zonder

complexe problematiek. Het belang dat deelnemers hechten aan zelfverantwoordelijkheid om met sombere gevoelens om te gaan komt overeen met bevindingen in andere onderzoeken [8, 11, 16, 23]. Coping was gerelateerd aan de oorzaken, in plaats van aan gevolgen van sombere gevoelens, en de meeste deelnemers verwachtten niet dat hun problemen 'opgelost' konden worden door professionele interventies.

Zoals ook beschreven door anderen [24] veronderstelden de meeste deelnemers dat de huisarts een depressie zou herkennen en bespreken als dat vanuit een professioneel perspectief nodig werd geacht. Omdat deze studie deel uitmaakte van de ISCOPE studie waren we in staat om achteraf de GDS-scores van deelnemers te achterhalen. De individuele scores lagen tussen 0-9, met uitzondering voor een deelnemer die gediagnosticeerd was met PTSS. Deze had een GDS-score van 13. Verschillende deelnemers gaven aan dat zij voor depressieve gevoelens onder behandeling waren geweest, of er momenteel medicatie voor gebruikten.

De negatieve invloed van het verlies van sociale rollen op depressieve gevoelens is eerder beschreven bij patiënten met multimorbiditeit [25]. In ons onderzoek verwezen mannen met complexe problematiek vaak naar problemen in sociale relaties; de rol als ouder bleek voor zowel mannen als vrouwen belangrijk.

Deelnemers in ons onderzoek waren het meest positief over kleinschalige en laagdrempelige interventies. Deze interventies leveren de minste 'risico's' op. Behalve in de voorkeur voor één-op-één-gesprekken van ouderen met complexe problematiek, vonden we geen duidelijke verschillen in voorkeuren van ouderen met of zonder complexe problematiek.

Onze bevindingen suggereren dat ouderen met complexe problematiek beschikken over minder adequate mogelijkheden voor coping vanwege meer morbiditeit en klachten van vermoeidheid, concentratieproblemen en/of pijn. Een recent onderzoek toont aan dat pijn van grotere invloed is op depressieve symptomen dan chronische ziekte [26].

In eerder onderzoek werden zorgen van depressieve patiënten over mogelijke nadelen of risico's van het gebruik van antidepressiva beschreven [9, 15]. Onze bevindingen laten zien dat ideeën van ouderen over de mogelijke risico's van interventies de acceptatie van voorgestelde behandelingen kunnen beïnvloeden [27] en verklaren waarom zij afzien van bepaalde interventies of hun depressieve gevoelens niet uiten [24].

Sterke punten

Deze kwalitatieve studie was ingebed in een groter onderzoek onder ouderen in de algemene bevolking, met een scala aan metingen op het gebied van functionele, somatische, mentale en sociale gezondheid. Dit had als voordeel dat er voldoende potentiële deelnemers waren om optimale variatie te verkrijgen in de steek-

Tabel 2 Handreikingen voor professionals.

neem het initiatief. Ouderen voelen zich dan gehoord. Zij verwachten niet direct een oplossing

bespreek of bepaalde klachten oplosbaar zijn of geaccepteerd zouden moeten worden

bekrachtig en optimaliseer de persoonlijke copingstrategie van de oudere patiënt

ga na of de patiënt de persoonlijke copingstrategie(en) nog als voldoende ervaart

bespreek de rol en mogelijkheden van de huisarts, de (praktijk- of wijk)verpleegkundige, ouderenadviseur of andere professional

bied interventies in kleine stapjes aan, die bij voorkeur zijn terug te draaien, zodat de patiënt het gevoel heeft zélf de controle te houden en niet teveel risico te lopen

geef uitleg en bespreek als antidepressiva of medicatieveranderingen nodig zijn/geïndiceerd lijken

creëer een multidisciplinair 'vangnet' bij complexe problematiek

voorkom dat de oudere het gevoel krijgt 'uitbehandeld' te zijn

proef. Het uitvoeren van twee interviews toonde de veranderingen en dynamiek in depressieve gevoelens en copingstrategieën van de deelnemers.

Beperkingen

Hoewel acht deelnemers eerder met een depressie waren gediagnosticeerd, hebben we geen deelnemers geïnccludeerd met een ernstige klinische depressie,

mogelijk als gevolg van selectieve non-respons. Ook kunnen we geen uitspraken doen over ouderen met cognitieve achteruitgang omdat deze niet geïnccludeerd waren in het EPISODE-onderzoek.

Conclusies en aanbevelingen

Ouderen verwachten geen gemakkelijke oplossingen van hun huisarts, maar ze verwachten wel dat de huisarts een coachende rol speelt en als vangnet fungeert bij depressieve gevoelens. Op basis van de resultaten kunnen we een aantal praktische handreikingen voor hulpverleners, zoals huisartsen, formuleren (zie tab. 2).

Wij adviseren dat hulpverleners in hun adviezen/interventies aansluiten op de coping-technieken die ouderen al gebruiken, om zo hun zelfvertrouwen te versterken en (veranderende) behoeften aan ondersteuning te monitoren; hiermee sluiten we aan op Cornford [28].

Het monitoren van het beloop van sombere gevoelens en of patiënten hun eigen coping (nog) als voldoende ervaren is evenzeer van belang voor ouderen met matige stemmingsproblemen als voor ouderen met ernstiger depressiesymptomen. Het bespreken van hun behoeften en visie op de risico's kan het vertrouwen in professionals en acceptatie van ondersteuning vergroten. Deze benadering leidt ook tot maatwerk voor ouderen en kan de dialoog tussen patiënt en huisarts bevorderen.

Dankbetuiging. Deze studie werd gefinancierd door het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van ZonMw (projectnummer: 314060301).

Literatuur

1. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, Beurs E de, Geerling SW, Tilburg W van. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105:20-7.
2. Cuijpers P, Van Straten A, Schaik A van, Andersson A. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2009;59:51-60.
3. Comijs HC, Marwijk HW van, Mast RC van der, et al. The Netherlands study of depression in older persons (NESDO); a prospective cohort study. *BMC Res Notes.* 2011;4:524.
4. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, Tilburg W van, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord.* 2004;78:193-200.
5. Mitchel AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract.* 2011;61:72-80.
6. Romijn G, Ruiters M, Smit F. Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
7. Lyness JM, Pin Q, Tang W, Tu X, Conwell Y. Risk for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1375-83.
8. Van der Weele GM, Jong R de, Waal M de, et al. Response to an unsolicited intervention offer to persons aged ≥ 75 years after screening positive for depressive symptoms: a qualitative study. *Int Psychogeriatr.* 2012;24:270-7.
9. Van Schaik DJ, Klijn AF, Hout HP van, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26:184-9.
10. Prins MA, Verhaak PF, Bensing JM, Meer K van der. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1038-58.

11. Wittkamp K, Zwielen M van, Smits F, Schene A, Huyser J, Weert H van. Wat denken gescreende patiënten met een depressie over hun diagnose? *Huisarts Wet.* 2009;52:274–80.
12. Beljouw IMJ, Laurant MGH, Heerings M, Stek ML, Marwijk HWJ van, Exel E van. Implementing an outreach, preference-led stepped care intervention programme to reduce late life depressive symptoms: results of a mixed methods study. *Implement Sci.* 2014;9:107.
13. Joo JH, Wittink M, Dahlberg B. Shared conceptualizations and divergent experiences of counseling among african american and white older adults. *Qual Health Res.* 2011;21:1065–74.
14. Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bugra D, MacDonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Soc Sci Med.* 2006;63:1363–73.
15. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006;23:369–77.
16. Prins MA, Meadows G, Bobevski I, et al. Perceived need for mental health care and barriers to care in the Netherlands and Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:1033–44.
17. Lawrence V, Banerjee S, Bhugra D, Sangha K, Turner S, Murray J. Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychol Med.* 2006;36:1375–83.
18. Conner KO, Lee B, Mayers V, et al. Attitudes and beliefs about mental health among African-American older adults suffering from depression. *J Aging Stud.* 2010;24:266–77.
19. Blom JW, Elzen W den, Houwelingen AH van, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomized controlled trial: Integrated Systematic Care for older People – the ISCOPE study. *Age Ageing.* 2016;45:30–41.
20. Sheikh JA, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent findings and development of a shorter version. In: Brink LT (redactie). *Clinical gerontology; a guide to assessment and intervention.* New York: Howarth; 1986.
21. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory.* London: SAGE; 1998.
22. Corbin JM, Strauss A. *Unending work and care: managing chronic illness at home.* San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
23. Switzer JE, Wittink MN, Karsch BB, Barg FK. "Pull yourself up by your bootstraps": a response to depression in older adults. *Qual Health Res.* 2006;16:1207–16.
24. Wittink MN, Barg FK, Gallo JJ. Unwritten rules of talking to doctors about depression: integrating qualitative and quantitative methods. *Ann Fam Med.* 2006;4:302–9.
25. Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis. *BMC Fam Pract.* 2014;15:124.
26. Gerrits MJG, Oppen P van, Leone SS, Marwijk HWJ van, Horst HE van der, Penninx BW. Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14:187.
27. Chew-Graham C, Kovandžić M, Gask L, et al. Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health Soc Care Community.* 2012;20:52–60.
28. Cornford CS, Hill A, Reilly J. How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Fam Pract.* 2007;24:358–64.

Ouderen met een verstandelijke beperking verliezen veel zelfredzaamheid gedurende drie jaar: resultaten van de Gezond Ouder studie (GOUD)

Alyt Oppewal · Josje D. Schoufour · Heleen M. Evenhuis ·
Dederieke A. M. Festen · Thessa I. M. Hilgenkamp

Samenvatting

Door hervormingen van het zorgstelsel is een deel van de mensen met een verstandelijke beperking (VB) nu aangewezen op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (de gemeente). Kennis over hun zelfredzaamheid, en de afname hiervan tijdens het ouder worden is belangrijk om de zorgverlening voor deze groep goed in te richten. Daarom richt deze studie zich op de achteruitgang in zelfredzaamheid en de relatie met overlijden bij ouderen met een VB (≥ 50 jaar; $n = 703$). Zelfredzaamheid werd gedefinieerd als basale en instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (ADL en IADL) en mobiliteit (zelfstandig kunnen lopen of niet). Van de deelnemers ging 55 % achteruit in hun ADL, 42 % in IADL, en 38 % in mobiliteit. Het risico op achteruitgang bleek groter bij een hogere leeftijd en een ernstigere VB, maar ook deelnemers met een lichte VB gingen 39 % achteruit in ADL, 55 % in IADL en 27 % in mobiliteit. Een slechtere zelfredzaamheid en mobiliteit waren een sterke voorspeller voor overlijden. Deze grootschalige studie laat een duidelijke achteruitgang zien in de zelfredzaamheid van ouderen met een VB in 3 jaar tijd. Partijen verantwoordelijk voor de zorg voor mensen met een VB moeten bedacht zijn op achteruitgang en zoveel mogelijk inzetten op behoud van de zelfredzaamheid.

Trefwoorden Mensen met een verstandelijke beperking · Zelfredzaamheid · Mobiliteit ·
Achteruitgang · Overlijden

Older adults with intellectual disabilities markedly decline in daily functioning over a 3-year period: Results of the HA-ID study

Abstract

The responsibilities for the care of a significant portion of the population with an intellectual disability (ID) were recently transferred from the government to the municipalities. It is therefore important that policymakers and care professionals know how much support this population needs in their daily life. Therefore, this study focuses on the decline in daily functioning of older adults with ID (≥ 50 years, $n = 703$) over 3 years, and if daily functioning is a predictor for all-cause mortality. Daily functioning was operationalized as basic and instrumental activities of daily living (ADL and IADL) and mobility. Fifty-five per-

A. Oppewal (✉) · J. D. Schoufour · H. M. Evenhuis ·
D. A. M. Festen · T. I. M. Hilgenkamp
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten,
Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch
Centrum Rotterdam, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam,
Nederland
e-mail: a.oppewal@erasmusmc.nl

D. A. M. Festen
Ipse de Bruggen, Postbus 7027, 2701 AA Zoetermeer,
Nederland

DOI 10.1007/s12439-016-0198-9
Published online: 15 November 2016

cent of the total group declined in ADL, 42 % in IADL, and 38 % in mobility. Thirty-nine percent of the participants with mild ID declined in ADL, 55 % in IADL, and 27 % in mobility. Poor daily functioning and mobility was a risk factor for all-cause mortality. This epidemiological study shows a clear decline in the daily functioning of older adults with intellectual disabilities over a 3-year follow-up period. Care providers should be aware of this decline and focus on maintaining as much independence as possible.

Keywords People with intellectual disabilities · Activities of daily living · Mobility · Deterioration · Mortality

Inleiding

Een verstandelijke beperking wordt gedefinieerd als een significante beperking in zowel het intellectuele functioneren (IQ < 70) als in het adaptieve gedrag (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden), en treedt op voor het 18^e levensjaar [1]. Naar schatting behelst het aantal mensen met een verstandelijke beperking die zorg of ondersteuning ontvangen, 1 % van de Nederlandse bevolking, terwijl uit cijfers van 2011 blijkt dat 12,5 % van de Nederlandse zorgkosten naar deze groep gaat [2]. Daarnaast zijn er naar schatting nog 2,2 miljoen mensen in Nederland die zwakbegaafd zijn [3], met een IQ tussen de 70 en 84. Het aantal ouderen met een verstandelijke beperking neemt toe doordat mensen met een verstandelijke beperking steeds ouder worden door de verbeterde zorg [4, 5]. Deze toename in levensverwachting betekent echter niet dat ze ook gezond oud worden. Bij ouderen met een verstandelijke beperking wordt een hoge mate van kwetsbaarheid en chronische multimorbiditeit gezien [6, 7], en een lage lichamelijke fitheid en mate van zelfredzaamheid [8, 9]. Ondanks dat de levensverwachting toeneemt, valt er dus nog winst te behalen in het gezonder oud worden van deze populatie.

Veel mensen met een verstandelijke beperking hebben recht op financiering uit de Wet Langdurige Zorg (WLZ), voorheen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Tot dusver werd uit de AWBZ alle langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking betaald, inclusief persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf. Vanaf 1 januari 2015 zijn de lichtere vormen van zorg en ondersteuning overgaan naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het doel van deze transitie is goede, toegankelijke en betaalbare zorg te leveren, die bewerkstelligt dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Deze transitie heeft ook invloed op de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor de transitie werd veel zorg en ondersteuning geleverd door gespecialiseerde organisaties. Sinds de transitie zijn gemeentes verant-

woordelijk voor deze zorg en ondersteuning, waardoor beleidsmedewerkers en zorgverleners 'in de buurt' die niet per se gespecialiseerd zijn in mensen met een verstandelijke beperking met deze groep te maken krijgen. Zo zullen bijvoorbeeld meer mensen met een verstandelijke beperking de huisartsenpraktijk gaan bezoeken. Echter blijkt uit onderzoek van het NIVEL dat 58 % van de ondervraagde huisartsen aangeeft onvoldoende kennis te hebben over deze doelgroep [10]. Kennis over de problematiek van mensen met een verstandelijke beperking is daarom essentieel.

Nu mensen met een verstandelijke beperking geacht worden langer zelfstandig thuis te blijven wonen, is het belangrijk zelfredzaamheid van mensen met een verstandelijke beperking zo optimaal mogelijk te krijgen en/of te houden, en de zorgverlening voor deze groep goed te laten aansluiten op de behoeften. Naast kennis over bijvoorbeeld de complexe medische problematiek, zullen beleidsmakers en zorgverleners inzicht moeten krijgen in de problematiek die wordt gezien omtrent de zelfredzaamheid van ouderen met een verstandelijke beperking.

De zelfredzaamheid die nodig is om zelfstandig thuis te kunnen wonen kan worden opgesplitst in 'basale activiteiten van het dagelijks leven' (ADL; o. a. toilet gebruik, wassen en eten) en de 'instrumentele activiteiten van het dagelijks leven' (IADL; met geld omgaan, medicatie gebruik, de was doen). Zelfredzaamheid is niet alleen van belang om zelfstandig te kunnen wonen, maar ook voor de individuele kwaliteit van leven [11]. In de algemene bevolking gaat veroudering gepaard met een achteruitgang in ADL en IADL. Mensen met een verstandelijke beperking hebben echter vaak gedurende hun hele leven al ondersteuning nodig in het dagelijks leven, deels vanwege hun verstandelijke beperking, maar ook door bijkomende gezondheidsproblemen zoals zintuigelijke problemen, beperkingen in het zelfstandig kunnen lopen en chronische gezondheidsaandoeningen [12–14]. Omdat beperkingen in ADL en IADL al relatief vroeg kunnen ontstaan, of omdat het kunnen uitvoeren van deze taken nooit volledig ontwikkeld is, kan (verdere) achteruitgang minder snel opgemerkt worden. Juist deze achteruitgang is van essentieel belang om eventuele onderliggende oorzaken van deze achteruitgang vroegtijdig op te sporen en interventies te starten om zoveel mogelijk zelfredzaamheid te behouden. Het behoud van zoveel mogelijk zelfredzaamheid is een belangrijk aspect voor iemands kwaliteit van leven [11]. Daarnaast zijn beperkingen in de zelfredzaamheid in de algemene bevolking een belangrijke voorspeller voor overlijden [15–18]. Echter zou dat bij mensen met een verstandelijke beperking anders kunnen zijn. Doordat ouderen met een verstandelijke beperking levenslang beperkingen in zelfredzaamheid ondervinden, en niet alleen bij het ouder worden, is zelfredzaamheid moge-

lijk niet in dezelfde mate voorspellend voor overlijden als in de algemene bevolking.

Deze studie geeft een overzicht van de zelfredzaamheid van ouderen met een verstandelijke beperking en in hoeverre deze gedurende drie jaar achteruitgaat. Omdat zelfredzaamheid zeer afhankelijk is van mobiliteit is er ook gekeken naar de mate en achteruitgang van mobiliteit. Aangezien gemeentes vooral te maken zullen krijgen met mensen die zwakbegaafd zijn en mensen met een lichte mate van verstandelijke beperking, hebben we in een sub-analyse gekeken naar mensen die zwakbegaafd zijn of een lichte verstandelijke beperking hebben. Tot slot is er onderzocht in hoeverre de mate van zelfredzaamheid voorspellend is voor overlijden over een periode van gemiddeld 5 jaar. In de discussie zullen de resultaten van ouderen met een verstandelijke beperking vergeleken worden met bevindingen die zijn gedaan in de algemene bevolking.

Methoden

Studieopzet en deelnemers

Deze studie maakt deel uit van het onderzoek 'Gezond OUDer met een verstandelijke beperking' (GOUD), een observationele studie naar de gezondheid van ouderen (50 jaar en ouder) met een verstandelijke beperking [19] (december 2008–juli 2010). Deelnemers werden geworven bij drie zorgaanbieders (Ipse de Brugge, Abrona en Amarant) die gespecialiseerde ondersteuning leveren aan mensen met een verstandelijke beperking, variërend van ambulante ondersteuning of dagbesteding tot woonbegeleiding met intensieve zorg en begeleiding. Alle cliënten van 50 jaar of ouder ($N = 2322$) werden uitgenodigd voor deelname. Uiteindelijk hebben 1050 cliënten deelgenomen aan het GOUD onderzoek, welke een vrijwel representatieve populatie vormden voor de Nederlandse bevolking vijftig plussers met een verstandelijke beperking die gebruik maakten van gespecialiseerde ondersteuning. Ouderen boven de 80 jaar, mannen, en cliënten die enkel ambulante ondersteuning ontvingen waren enigszins ondervetegenwoordigd. De studie bestond uit een uitgebreide baseline meting en een follow-up meting drie jaar later (december 2011–juli 2013). Voor beide metingen is apart toestemming gevraagd aan de cliënten of diens wettelijk vertegenwoordiger.

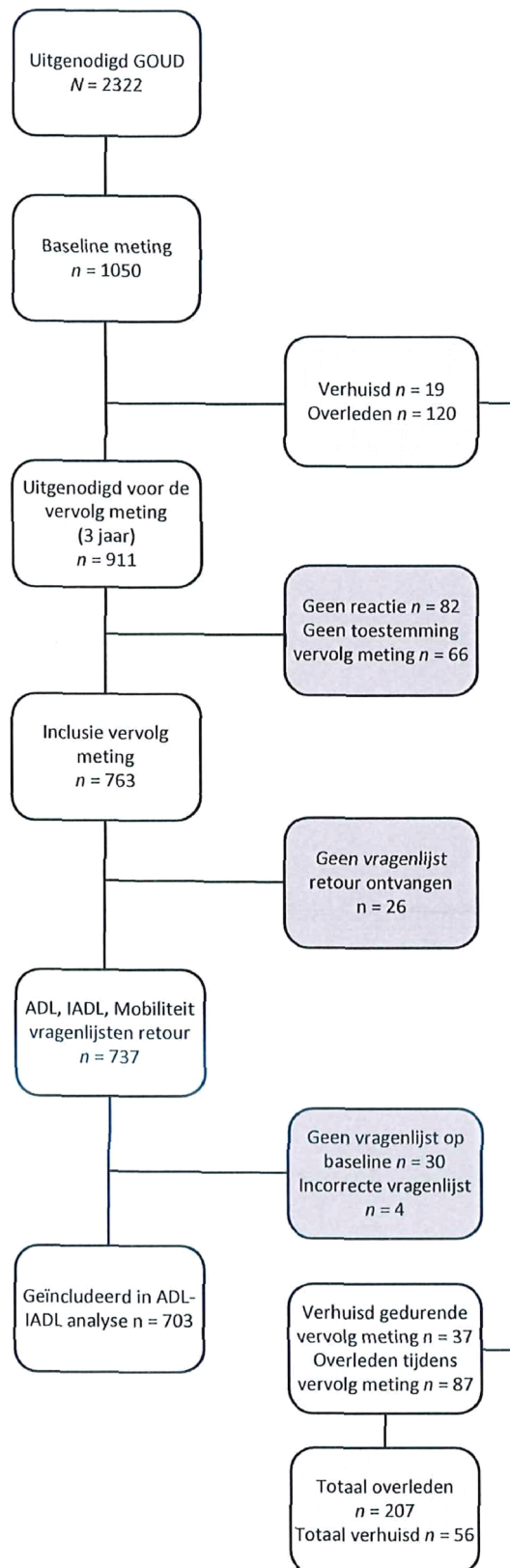
Metingen

De baselinemetingen van het GOUD onderzoek werden uitgevoerd binnen drie thema's (1) Lichamelijke activiteit en Fitheid, (2) Voeding en Voedingstoestand en (3) Depressie en Angst. Gedetailleerde informatie over de studieopzet en diagnostische methoden is elders gepubliceerd [19].

De mate van de verstandelijke beperking werd beoordeeld door gedragsgedragsdeskundigen en als volgt ingedeeld: zwakbegaafd (IQ 70–80), licht (IQ 55–70), matig (IQ 35–55), ernstig (IQ 25–35), en zeer ernstig (IQ < 25). De eventuele aanwezigheid van Down syndroom werd verkregen uit het medisch dossier. Data over overlijden zijn opgevraagd bij de deelnemende zorgorganisaties 6 jaar na de baseline meting, tot aan maart 2015. Als deelnemers niet langer zorg ontvingen van de deelnemende zorgorganisaties werd de datum van uitschrijven genoteerd.

Zelfredzaamheid

Voor het meten van de zelfredzaamheid zijn de basale en instrumentele activiteiten van het dagelijks leven en de mobiliteit gemeten. Activiteiten van het dagelijks leven werden, zowel op baseline als op follow-up, gemeten met de Barthel-index en de Lawton IADL-schaal, die werden ingevuld door de persoonlijk begeleider [20, 21]. De Barthel-index meet de basale activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) en bestaat uit 10 items (stoelgang, plassen, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, eten, transfer [van bed naar stoel en terug], mobiliteit, aan-en uitkleden, trappen lopen, baden/douchen) met elk twee tot vier antwoord categorieën. De totale ADL-score loopt van 0 (totaal afhankelijk) tot 20 (totaal onafhankelijk). De Lawton IADL-schaal meet de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven (IADL) en bestaat uit acht items (boodschappen doen, met geld omgaan, ontbijt of lunch klaarmaken, avondeten klaarmaken, lichte huishoudelijke taken doen [afstoffen, opruimen], zware huishoudelijke taken doen [dweilen, ramen lappen, stofzuigen], was doen en strijken, bed opmaken, telefoon gebruiken, met medicatie omgaan, zelf reizen met auto of openbaar vervoer) met elk drie antwoord categorieën (niet in staat, heeft hulp nodig, kan dit zelfstandig). De totale IADL-score loopt van 8 (totaal afhankelijk) tot 24 (totaal onafhankelijk). Mobiliteit werd berekend aan de hand van vijf vragen gebaseerd op de Hauser Ambulation Index en de Gross Motor Function Classification Scale (loopt zelfstandig: in huis, op werk/school, minder dan 50 meter in een veilige omgeving, in een veilige omgeving, buiten de veilige omgeving) met steeds 8 verschillende antwoord categorieën (zonder hulp, meubels of leuning, stof of kruk, rollator, rolstoel maar beweegt zelfstandig met de voeten, rolstoel maar beweegt zelfstandig met de armen, wordt voortgeduwd in een rolstoel, een elektrische rolstoel, bedlegerig) [24]. De totale mobiliteit score loopt van 0 (onafhankelijk op alle onderdelen) tot 40 (bedlegerig). Achteruitgang in ADL, IADL en mobiliteit werd gedefinieerd als de afname van tenminste één punt op de ADL- en IADL-schaal, of een toename van tenminste één punt op de mobiliteits-schaal.



Figuur 1 Flow diagram van de geïnccludeerde deelnemers.

Analyses

Missende items op de ADL, IADL en mobiliteit vragenlijsten werden geïmputeerd met het individuele gemiddelde van de andere items op de betreffende vragenlijst. Wanneer meer dan 30 % van de items niet was ingevuld werd de vragenlijst niet meegenomen in de analyses. Verschillen tussen de groepen deelnemers die wel en niet geïnccludeerd waren in de follow-up studie werden getoetst met een t-test voor ongepaarde waarnemingen voor continue variabelen (leeftijd, mate van verstandelijke beperking, ADL, IADL en mobiliteit) en een Chi-square test voor dichotome variabelen (geslacht, aanwezigheid van Down syndroom). Met een t-test voor gepaarde waarnemingen werd getoetst of er sprake was van een algehele achteruitgang in zelfredzaamheid volgens de totaalscore van de vragenlijsten. Vervolgens is per item van de ADL, IADL en mobiliteitsvragenlijsten het percentage van de studiebevolking berekend wat het desbetreffende item volledig onafhankelijk kon uitvoeren. Percentages op baseline en follow-up werden met elkaar vergeleken met een McNemar toets voor gepaarde waarnemingen.

De invloed van leeftijd op achteruitgang werd getoetst met een lineair regressie model. Tevens werden bovenstaande analyses herhaald bij de subpopulatie mensen die zwakbegaafd zijn of een lichte mate van verstandelijke beperking hebben.

Tot slot werd de relatie tussen zelfredzaamheid en overlijden onderzocht. Hiervoor werden de deelnemers per uitkomstmaat (ADL, IADL en mobiliteit) opgedeeld in drie groepen: hoge zelfredzaamheid (of zelfstandig lopen), middelmatige zelfredzaamheid (of middelmatige mobiliteit) en lage zelfredzaamheid (of matige mobiliteit). Deze scores werden gebaseerd op de tertiëlscores van de GOUD populatie. De deelnemers die nog in leven waren werden gecensureerd op de datum van uitschrijven of aan het einde van de studie (maart 2015). Het onafhankelijke risico van de mate van VB, de aanwezigheid van Down syndroom en zelfstandigheid op overlijden werd berekend met een Cox proportional hazard model, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, mate van de verstandelijke beperking en de aanwezigheid van Down syndroom, uitgedrukt in hazard ratio's (HR). Een sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd om te testen of de resultaten worden beïnvloed door mensen die niet verder achteruit kunnen gaan in hun zelfstandigheid. Hiervoor zijn de resultaten met betrekking tot de achteruitgang herhaald in de drie tertiel groepen. De statistische analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 20,0. Een tweezijdig significantie niveau van <0,05 werd significant geacht.

Tabel 1 Persoonlijke kenmerken, $N = 703$.

karakteristiek –		<i>N</i>	(%)
mate VB	zwakbegaafd	19	2,7
	licht	137	20
	matig	344	49
	ernstig	128	18
	zeer ernstig	59	8,4
	onbekend	16	2,3
geslacht	mannen	355	50,5
	vrouwen	348	49,5
leeftijds-categorie	50–59	352	50
	60–69	239	34
	70–79	100	14
	80+	12	1,7
	andere	10	1,4
oorzaak VB	andere	511	73
	down syndroom	92	13
	onbekend	100	14
woonvorm	woonvoorziening op centrale locatie	557	53,0
	woonvoorziening in de wijk	433	41,2
	zelfstandig wonen (met ambulante begeleiding)	43	4,1
	met familie	7	0,7
	onbekend	10	1,0

Resultaten

Karakteristieken van de studiepopulatie

Van de 1050 op baseline geïncludeerde deelnemers werden er 911 opnieuw uitgenodigd voor de follow-up meting, waarvan 763 toestemming gaven. Voor 703 mensen werd zowel op baseline als op follow-up een volledige vragenlijst ingevuld over de zelfredzaamheid en mobiliteit (fig. 1). De geïncludeerde deelnemers waren gemiddeld ouder en hadden meer mobiliteit en ADL problemen dan de niet-geïncludeerde deelnemers. De persoonlijke kenmerken van de geïncludeerde groep op het moment van de baseline meting zijn weergegeven in tab. 1.

Achteruitgang in zelfredzaamheid

Van de 703 deelnemers ging 55 % tenminste één punt achteruit op de ADL schaal, 42 % op de IADL schaal

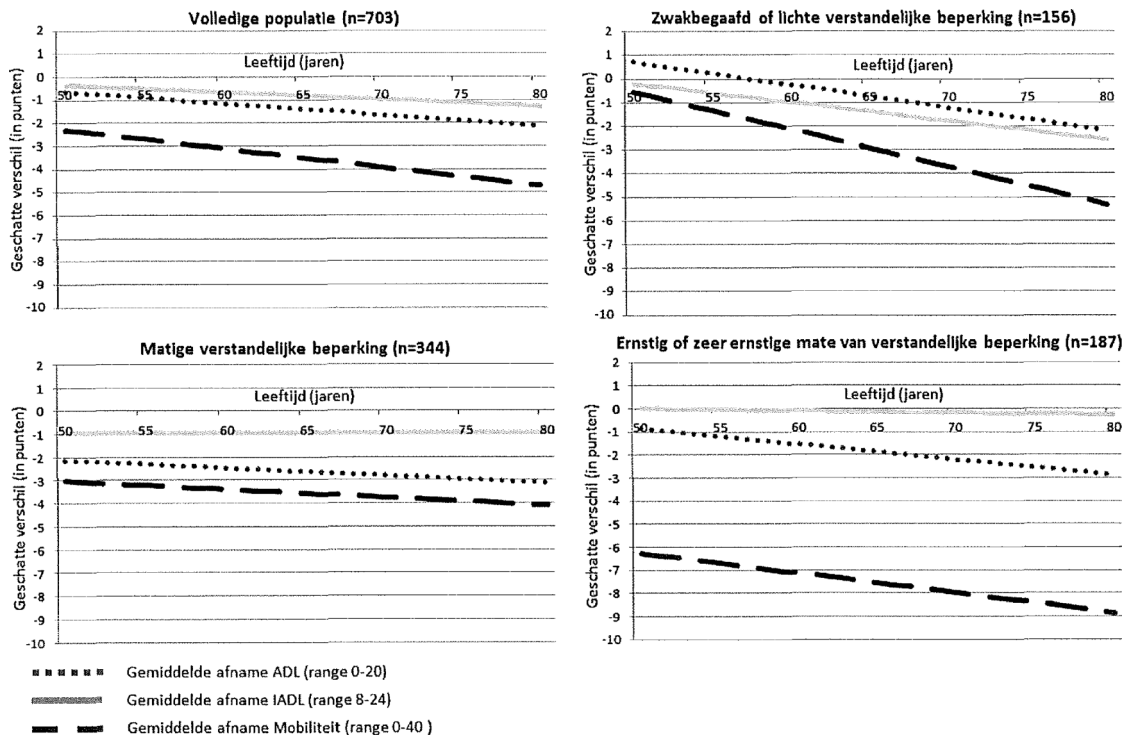
en 38 % op de mobiliteitsschaal. De gemiddelde ADL, IADL en mobiliteitsscore op baseline voor de geïncludeerde deelnemers was 14,3 (95%btbhi = 13,9–14,7), 12,0 (95%btbhi = 11,6–12,3) en 6,82 (95%btbhi = 6,82–7,55). Gemiddeld gingen de deelnemers met 1,23 (SD = 3,35; $t = -9,72$; $p < 0,001$; $df = 702$) punten achteruit in hun ADL, met 0,7 (SE = 2,49; $t = -7,46$; $p < 0,001$; $df = 701$) punten in hun IADL en met 3,14 punten (SE = 6,14; $t = 13,6$; $p < 0,001$; $df = 697$) in hun mobiliteit. Op elk los item van de ADL, IADL en mobiliteit vragenlijsten nam het percentage mensen dat het item volledig zelfstandig uit kon voeren af gedurende drie jaar (Bijlage A). Fig. 2 geeft de geschatte associatie tussen de absolute achteruitgang in ADL, IADL en mobiliteit weer afgezet tegen leeftijd. Het figuur laat een sterke associatie zien tussen leeftijd en achteruitgang; hoe ouder de deelnemer was, hoe groter de kans dat hij achteruit zou gaan in zelfstandigheid. De regressie coëfficiënt (B) voor leeftijd (in jaren) was voor ADL $-0,05$ (SD = 0,016; $p = 0,002$), voor IADL $-0,031$ (SD = 0,012; $p = 0,011$) en voor mobiliteit $-0,081$ (SE = 0,03; $p = 0,008$).

Deelnemers die zwakbegaafd zijn en deelnemers met een lichte mate van verstandelijke beperking

In totaal waren er 156 (22,7 %) deelnemers die zwakbegaafd waren of een lichte verstandelijke beperking hadden. Van de 156 deelnemers ging 39 % achteruit in hun ADL, 55 % in hun IADL en 27 % in hun mobiliteit. De gemiddelde ADL, IADL en mobiliteit resultaten van deze groep waren respectievelijk 17,2 (95%btbhi = 16,6–17,8), 16,6 (95%btbhi = 15,8–17,4) en 4,2 (95%btbhi = 0,58–7,79). Gemiddeld ging deze groep met 0,4 (SD = 3,25; $t = -1,55$; $p < 0,001$) punten achteruit in hun ADL, met 1,15 (SD = 2,31; $t = -4,36$; $p < 0,001$) punten in hun IADL en met 2,4 (SE = 5,76; $t = 2,72$; $p < 0,001$) punten in hun mobiliteit, gedurende drie jaar. Fig. 2 geeft schematisch de regressie coëfficiënt van het effect van leeftijd op de geschatte achteruitgang in ADL (B = $-0,097$; SE = 0,033; $p = 0,004$), IADL (B = $-0,80$; SE = 2,09; $p = 0,018$) en mobiliteit (B = $-0,16$; SE = 0,058; $p = 0,007$). Fig. 2 laat zien dat bij deelnemers die zwakbegaafd zijn of een lichte verstandelijke beperking hebben, de achteruitgang in zelfredzaamheid sterker samenhangt met ouder worden dan in de gehele groep. De grootste achteruitgang was te vinden voor deelnemers die op baseline de hoogste (beste) zelfredzaamheid hadden (Bijlage B).

Sterfte statistiek

Van de 1050 deelnemers waren er 6 jaar na de start van de studie 207 overleden (19,7 %) en 56 (5,3 %) deelnemers waren niet langer aangesloten bij de zorginstelling. De gemiddelde follow-up tijd was 4,7 (SE = 1,4) jaar, met een range tussen de 0 en 6,3 jaar. De HR



Figuur 2. De geschatte achteruitgang in punten na drie jaar follow-up voor de gehele GOUD populatie ($n = 703$) en in strata van de mate van verstandelijke beperking.

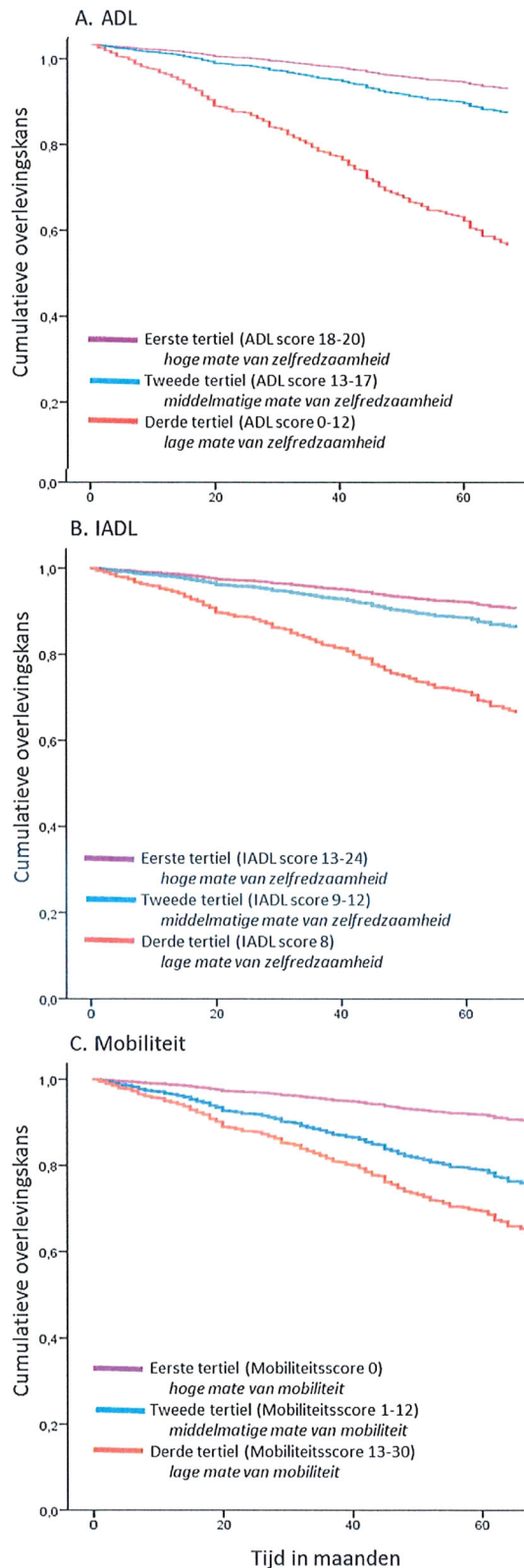
geeft een indicatie van de relatieve kans op overlijden op ieder moment tijdens de follow-up periode, vergeleken met een referentie categorie, in dit geval deelnemers die zwakbegaafd zijn of een lichte verstandelijke beperking hebben of deelnemers met de hoogste zelfstandigheid of mobiliteit. Onafhankelijk van geslacht, leeftijd en Down syndroom vonden we dat mensen met een matige of (zeer) ernstige mate van verstandelijke beperking een iets hogere kans hadden om te overlijden, maar deze kans was niet significant groter dan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en mensen die zwakbegaafd zijn ($HR = 1,18$ (95%CI 0,81–1,72); $HR = 1,41$ (95%CI 0,92–2,16), respectievelijk). Deelnemers met het Down syndroom hadden een 4,6 (95%CI 3,22–6,71) keer grotere kans om te overlijden dan mensen zonder Down syndroom.

Tab. 2 geeft de HR per tertiel score weer. Deelnemers met een middelmatige zelfstandigheid of een lage zelfstandigheid in hun ADL hebben respectievelijk een 1,6 en 5,54 keer grotere kans te overlijden dan de mensen met een hoge mate van zelfstandigheid (tab. 2 en fig. 3a). Voor IADL werden verhoogde risico's van 1,5 en 4,2 gevonden voor de middelmatige respectievelijk lage zelfstandigheid vergeleken met de deelnemers die het meest zelfstandig waren in hun IADL (tab. 2 en fig. 3b). Vergeleken de deelnemers die zelfstandig konden lopen hadden de deelnemers in het tweede tertiel, respectievelijk in het derde kwartiel een 2,8 en een 4,3 keer hoger risico te overlijden (tab. 2 en fig. 3b). Voor iedere maat van zelfstandigheid geldt, de deelnemers

met een relatief lage zelfstandigheid hebben een veel grotere kans te overlijden binnen 5 jaar dan mensen met een relatief hoge zelfstandigheid.

Discussie

In deze grote longitudinale studie bij mensen met een verstandelijke beperking vonden we een hoge mate van achteruitgang in zelfredzaamheid en was zelfredzaamheid een sterke voorspeller voor overlijden. Zoals te verwachten ligt het percentage dat geheel zelfredzaam is in het dagelijks leven beduidend lager bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij de algemene bevolking. In een studie met 625 ouderen ($62,3 \pm 8,9$ jaar) in de algemene bevolking, was 76,5 % geheel zelfstandig in hun ADL [23]. Na een follow-up periode van 10 jaar was dit nog 67,7 %. In onze studie was op baseline slechts 13,8 % geheel zelfstandig in ADL en bij follow-up slechts 11,5 %. Ook het percentage ouderen met een verstandelijke beperking dat achteruitgang in de mate van zelfredzaamheid is hoger dan wat gevonden is in de algemene bevolking. In een studie met 897 ouderen (65–102 jaar) uit de algemene bevolking ging 10,8 % achteruit in hun ADL en 22,7 % in hun IADL over een periode van 3 jaar [24], in vergelijking met de respectievelijk 55 % en 38 % in onze studie. Deze resultaten laten zien dat niet alleen een groter deel van de ouderen met een verstandelijke beperking niet zelfstandig is in hun dagelijks functioneren, maar dat ook een groter deel achteruitgaat dan ouderen in de algemene



Figuur 3. Kaplan-Meier curves gestratificeerd voor tertiaal scores van (A) ADL (B) IADL en (C) mobiliteit. Het figuur geeft de overlevingskans (y-as) ten op zichte van de follow-up tijd in maanden (x-as). Individuen in de groep met de hoogste score (*bovenste lijn*) hebben de minst grote kans om te overlijden. Individuen in de groep met de laagste scores (*onderste lijn*) hebben de grootste kans om te overlijden.

populatie. Mensen die zwakbegaafd zijn of een lichte mate van verstandelijke beperking hebben, hadden ook een grote kans achteruit te gaan in zelfredzaamheid en mobiliteit. Vergelijken met de algemene bevolking ligt ook dit percentage veel hoger. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden doordat mensen met een verstandelijke beperking minder actief en lichamelijk fit zijn, meer chronische gezondheidsaandoeningen en comorbiditeiten hebben, en kwetsbaarder zijn dan de algemene bevolking [7, 12, 25]. Het risico op achteruitgang bleek groter bij een hogere leeftijd en een ernstigere verstandelijke beperking.

Onafhankelijk van leeftijd, geslacht en mate van verstandelijke beperking vonden we een sterke relatie tussen een lage zelfredzaamheid en mobiliteit en sterfte, net als in de algemene bevolking. We vonden dat mensen met een middelmatige zelfstandigheid of een lage zelfstandigheid in hun ADL respectievelijk een 1,6 en 5,54 (HR) keer grotere kans hebben om te overlijden dan de mensen met een hoge mate van zelfstandigheid. Ter vergelijking, in een studie in de algemene bevolking bij nieuw opgenomen verpleeghuisbewoners ($N = 2206$; 82,5 jaar $SD = 7,60$) werd gevonden dat mensen met een lagere zelfstandigheid in hun ADL, een 1,17; 1,33; en 1,80 (de mensen waren op basis van hun ADL score in 4 groepen waren verdeeld) keer grotere kans hebben om te overlijden binnen 3 jaar dan mensen met een hoge mate van zelfstandigheid [26]. De kans op overlijden voor mensen met een verstandelijke beperking met een middelmatige, maar met name een lage zelfstandigheid in ADL, liggen dus beduidend hoger dan die gevonden in een verpleeghuispopulatie in de algemene bevolking. Het risico op overlijden werd niet significant hoger met een toenemende ernst van de verstandelijke beperking in deze oudere 50-plus populatie. Mogelijk komt dit doordat de ouderen met een ernstigere mate van verstandelijke beperking een soort coping mechanisme hebben ontwikkeld om met hun beperkingen om te gaan, waardoor ze al deze leeftijd bereikt hebben.

Sterke punten van dit onderzoek zijn het prospectieve studie design, de grote studiepoulatie en de volledigheid van de follow-up data. Deze studie kent echter ook beperkingen. Er werd een bodemeffect gezien bij de gebruikte vragenlijsten. Hierdoor was het niet mogelijk om een verdere achteruitgang te meten in de zelfredzaamheid bij deelnemers die op baseline al de laagste score hadden, dit heeft mogelijk voor een onderschatting van de resultaten geleid. Gestratificeerd op de

Tabel 2 Sterfte statistiek.

–	model 1	–	model 2 ^c	–
<i>ADL functioneren^a</i>	<i>HR (95%btbhi)</i>	<i>p-waarde</i>	<i>HR (95%btbhi)</i>	<i>p-waarde</i>
ADL middelmatig	1,74 (1,10–2,76)	0,018	1,60 (0,99–2,56)	0,051
ADL laag	5,46 (3,66–8,16)	<0,001	5,54 (3,55–8,65)	<0,001
<i>IADL functioneren^a</i>	<i>HR (95%btbhi)</i>	<i>p-waarde</i>	<i>HR (95%btbhi)</i>	<i>p-waarde</i>
IADL middelmatig	1,63 (1,04–2,57)	0,034	1,50 (0,9–2,44)	0,103
IADL laag	3,88 (2,61–5,78)	<0,001	4,16 (2,57–6,73)	<0,001
<i>mobiliteit^b</i>	<i>HR (95%btbhi)</i>	<i>p-waarde</i>	<i>HR (95%btbhi)</i>	<i>p-waarde</i>
mobiliteit middelmatig	3,47 (2,29–5,26)	<0,001	2,77 (1,80–4,27)	<0,001
mobiliteit laag	5,06 (3,62–7,08)	<0,001	4,27 (2,95–6,27)	<0,001

^aHoogste zelfredzaamheid is gebruikt als referentie categorie

^bMensen die volledig zelfstandig lopen zijn gebruikt als referentie categorie

^cModel 2 is gecorrigeerd voor: leeftijd, mate van verstandelijke beperking, Down syndroom en geslacht

baseline zelfredzaamheid score is duidelijk te zien dat de deelnemers die het hoogste scoren op baseline, ook het meeste achteruitgaan (Bijlage B). Of dit daadwerkelijk het geval is blijft onbekend omdat de gebruikte vragenlijsten mogelijk niet gevoelig genoeg zijn. Tevens is er een selectie bias in de studiepopulatie van het GOUD onderzoek, waardoor de resultaten mogelijk niet geheel representatief zijn voor de volledige populatie ouderen met een verstandelijke beperking. De studiepopulatie bevatte geen ouderen met een verstandelijke beperking die geen geregistreerde vorm van zorg of ondersteuning ontvingen, en ouderen die alleen een ambulante zorg of dagbesteding ontvingen waren ondervertegenwoordigd [19]. Met name de bevindingen van de relatief kleine groep mensen die zwakbegaafd zijn, zijn mogelijk niet representatief voor de gehele groep mensen die zwakbegaafd zijn in Nederland, die mogelijk minder zorg en ondersteuning ontvangen dan de groep deelnemers in dit onderzoek. Tevens is het mogelijk dat we last hebben van residuerende confounding. We hebben bijvoorbeeld niet kunnen corrigeren voor gezondheid en aangeboren mobiliteitsproblematiek.

De van jongs af aan relatief hoge mate van afhankelijkheid, deels verklaard door de cognitieve beperkingen en bijkomende lichamelijke- en gezondheidsproblemen, wil niet zeggen dat de mate van zelfredzaamheid voor de groep als geheel stabiel is en niet verder achteruitgaat. Het hoge percentage ouderen met een verstandelijke beperking dat nog achteruitgang in zelfredzaamheid gedurende de drie-jaar durende follow-up periode en de verhoogde kans op overlijden is zorgwekkend. Interventies om de achteruitgang in zelfredzaamheid zoveel mogelijk af te remmen en daarmee mensen zo lang mogelijk en zo zelfstandig mogelijk thuis te laten wonen, zouden een belangrijk onderdeel van de zorg voor deze ouder wordende groep moeten zijn. Welke interventies het meest effectief zijn zal toe-

komstig onderzoek moeten uitwijzen. Desalniettemin laat recent onderzoek al een aantal belangrijke inzichten zien die kan helpen bij het verbeteren van de zorg met als doel een hogere kwaliteit van leven, betere zelfredzaamheid en daarmee lagere zorgkosten. De eerste daarvan is lichamelijke fitheid, een belangrijke voorspeller voor de achteruitgang in de zelfredzaamheid bij ouderen met een verstandelijke beperking [27]. De fitheid en mate van lichamelijke activiteit van ouderen met een verstandelijke beperking is erg laag [9, 25, 28], waardoor er relatief veel te winnen valt. Tien weken progressieve krachttraining bleek effectief te zijn in het verbeteren van beenkracht en de dagelijkse taak traplopen, maar niet in het kunnen opstaan uit een stoel [29]. In de algemene bevolking zijn beweegprogramma's herhaaldelijk succesvol gebleken in het verbeteren van de zelfredzaamheid en het verlagen van het risico op vroegtijdig overlijden [30]. Echter, meer onderzoek is nodig naar de duur, intensiteit, frequentie en type activiteiten om het meest effectieve beweegprogramma te ontwerpen voor mensen met een verstandelijke beperking. Als tweede is het ook van groot belang mensen met een verstandelijke beperking te blijven stimuleren in het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Mensen met een verstandelijke beperking worden soms al 'oud' genoemd vanaf 50 jaar [31, 32]. Als zorgverleners hen ook behandelen als 'oud' kan dit negatieve gevolgen hebben. Het is belangrijk om hen te blijven betrekken bij dagelijkse huishoudelijke taken en verzorging, ook als dit wat meer moeite kost. Het stimuleren van lichamelijke activiteit en betrokkenheid bij dagelijkse taken is dus belangrijk om de zelfredzaamheid van ouderen met een VB zo optimaal mogelijk te houden, waarin met name de mensen die verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse persoonlijke begeleiding een grote rol spelen.

Tot slot lijkt ook de overkoepelende gezondheid, uitgedrukt in kwetsbaarheid, een belangrijke voorspeller te zijn voor achteruitgang in ADL, IADL, mobiliteit en overlijden [33, 34]. Het holistisch bekijken van de gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking lijkt daarmee essentieel. In veel gespecialiseerde instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking wordt al gewerkt met een multidisciplinair team van artsen, gedragsdeskundigen, fysiotherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten. Deze multidisciplinaire aanpak maakt het mogelijk de algehele gezondheid van cliënten op verschillende domeinen in kaart te brengen en te monitoren, waardoor er op tijd gestart kan worden met behandelingen en interventies.

In het licht van de hervormingen van het zorgstelsel wordt het behoud van de zelfredzaamheid nog belangrijker. Er wordt na de transitie verwacht dat mensen met een verstandelijke beperking langer zelfstandig wonen en een bijdrage leveren aan de maatschappij. Uit ons onderzoek blijkt dat de groep die voornamelijk de transitie van de AWBZ naar de WMO heeft gemaakt (mensen die zwakbegaafd zijn of een lichte verstandelijke beperking hebben), vaak ook een hoge mate van achteruitgang in hun zelfredzaamheid ondervinden, en daarmee een toenemende ondersteuningsvraag hebben doordat ze niet meer in staat zijn zelfstandig te wonen, die deels te voorkomen is. Het is daarom sterk aan te raden dat gemeentes, die vanaf 2015 verantwoordelijk zijn voor het bieden van ondersteuning aan deze groep, een proactief en preventief beleid voeren, om ouderen met een verstandelijke beperking langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen. Deze studie includeerde alleen 50+ deelnemers, maar programma's die zich richten op preventie zouden zich zeker ook moeten richten op de jongere groep, omdat bij deze oudere groep al een grote mate van beperkingen in de zelfredzaamheid te zien is. Door de overgang naar de WMO en daarbij het wegvallen van de specialistische en multidisciplinaire zorg van een instelling, zullen zorgverleners in de toekomst meer met deze groep gaan werken, en zullen zich daarom bewust moeten worden van bestaande beperkingen, maar zeker ook van de mogelijke achteruitgang in de zelfredzaamheid. Scholingsmogeheden voor verdieping in de specialistische proble-

matiek van mensen met een verstandelijke beperking en ondersteuning van specialistische zorgverleners zoals artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en gespecialiseerde fysiotherapeuten zullen van extra belang zijn om goede zorg te leveren aan mensen met een verstandelijke beperking [35]. Prospectief onderzoek om de effecten van de overgang naar de WMO op de zelfredzaamheid van ouderen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen zou daarnaast van meerwaarde kunnen zijn om mogelijke verbeterpunten voor de (preventieve) zorg voor deze groep aan het licht te brengen.

Concluderend, dit onderzoek laat zien dat er veel te winnen is voor de zorg aan ouderen met een verstandelijke beperking. Gedurende hun hele leven hebben mensen met een verstandelijke beperking in meer of mindere mate hulp nodig bij de activiteiten van het dagelijks leven. Toch laat dit onderzoek duidelijk zien dat er (verdere) achteruitgang van zelfredzaamheid met de tijd plaats vindt, dat dit op relatief jonge leeftijd al gebeurt en dat een lage zelfredzaamheid voorspellend is voor overlijden. De zorgverlener die steeds meer te maken krijgt met deze doelgroep moet zich bewust zijn van de mogelijk sluipende achteruitgang, mogelijke interventies en indien nodig advies vragen bij gespecialiseerde zorgverleners voor verstandelijk gehandicapten. Beleid gericht op behoud van zelfredzaamheid zal positieve consequenties hebben voor de kwaliteit van leven voor mensen met een verstandelijke beperking, de mate waarin ze zelfstandig kunnen wonen, de lasten voor (mantel)zorgers en de zorgkosten voor deze specifieke groep.

Bijdragen auteurs. Alyt Oppewal en Josje D. Schoufour hebben in gelijke mate bijgedragen aan het manuscript.

Dankbetuiging. ZonMw verstrekke een subsidie voor dit onderzoek in het kader van het Nationaal Programma Ouderenonderzoek. Graag danken wij de bestuurders, de stuurgroep en de interne coördinatoren van het GOUD-consortium: Ipse de Bruggen te Zoetermeer, Abrona te Huis ter Heide, en Amarant te Tilburg. Tevens danken wij alle deelnemers en hun familie, en alle medewerkers in de zorg, die een bijdrage hebben geleverd aan de metingen.

Bijlage A**Tabel A.1** Percentage van de deelnemers dat in staat is de ADL en IADL onafhankelijk uit te voeren en het percentage deelnemers dat zonder hulpmiddel zicht voortbeweegt in verschillende situaties op baseline en follow-up.

ADL Barthel Index (n = 703)	baseline	follow-up	χ^2^a	p-waarde
<i>totaal score</i>				
alle	13,8	11,5	2,62	0,106
1. stoelgang	61,7	59,2	1,59	0,208
2. plassen	54,6	51,9	1,96	0,161
3. uiterlijke verzorging	30,7	23,0	18,7	<0,001
4. toilet gebruik	57,0	51,1	9,77	0,002
5. eten	61,3	52,5	27,8	<0,001
6. transfer van bed naar stoel	78,2	70,6	22,7	<0,001
7. mobiliteit	80,2	68,4	44,5	<0,001
8. aan- en uitkleden	57,3	46,5	42,0	<0,001
9. trappen lopen	54,8	44,0	42,0	<0,001
10. baden/douchen	36,4	29,6	17,8	<0,001
lawton IADL Schaal (n = 702)	baseline	follow-up	χ^2^a	p-waarde
<i>totaal score</i>				
alle	2,6	1,4	^b	^b
1. telefoon gebruik	25,3	22,8	4,01	0,05
2. boodschappen	29,4	22,9	19,5	<0,001
3. maaltijd bereiden	12,7	9,7	5,33	0,02
4. huishouden	10,8	6,0	16,0	<0,001
5. de was doen	10,8	9,1	2,52	0,11
6. zelf reizen	12,8	10,5	4,02	0,05
7. met medicatie omgaan	14,1	9,8	12,7	<0,001
8. met geld omgaan	22,0	16,5	13,8	<0,001
mobiliteitsscore (n = 698)	baseline	follow-up	χ^2^a	p-waarde
<i>totaal score</i>				
alle	60,6	46,2	87,0	<0,001
1. thuis	75,5	63,3	61,5	<0,001
2. werk/school	73,0	60,2	67,6	<0,001
3. beschermde omgeving (<50 m)	70,7	58,5	67,5	<0,001
4. beschermde omgeving (>50 m)	64,0	49,6	85,0	<0,001
5. onbeschermde omgeving	62,4	47,4	92,1	<0,001

^aChi-Square zijn berekend met de McNemar test^bVerwachte cel count minder dan 5, de McNemar test was niet mogelijk

Bijlage B

Achteruitgang in zelfredzaamheid gestratificeerd voor de baseline score

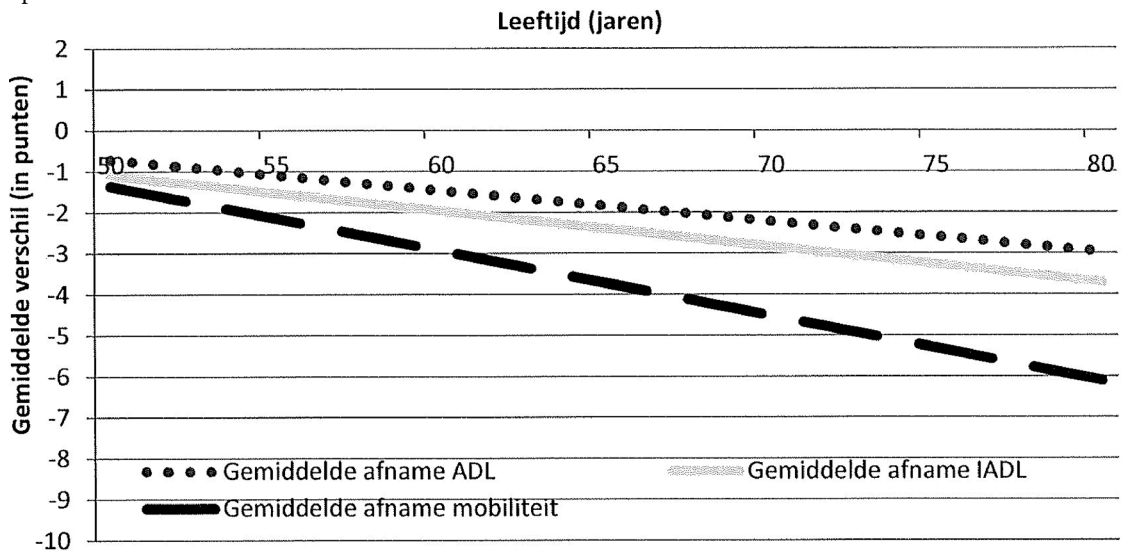
Associatie met leeftijd en geschatte achteruitgang gestratificeerd voor de baseline zelfredzaamheidscore

Achteruitgang in zelfredzaamheid in strata van baseline zelfredzaamheid (gebaseerd op tertielen).

Hoogste zelfredzaamheid op baseline

Van de deelnemers met de hoogste zelfredzaamheid op baseline ging 54,4 % achteruit in zijn ADL, 65,4 % in zijn IADL en 24,5 % in zijn mobiliteit.

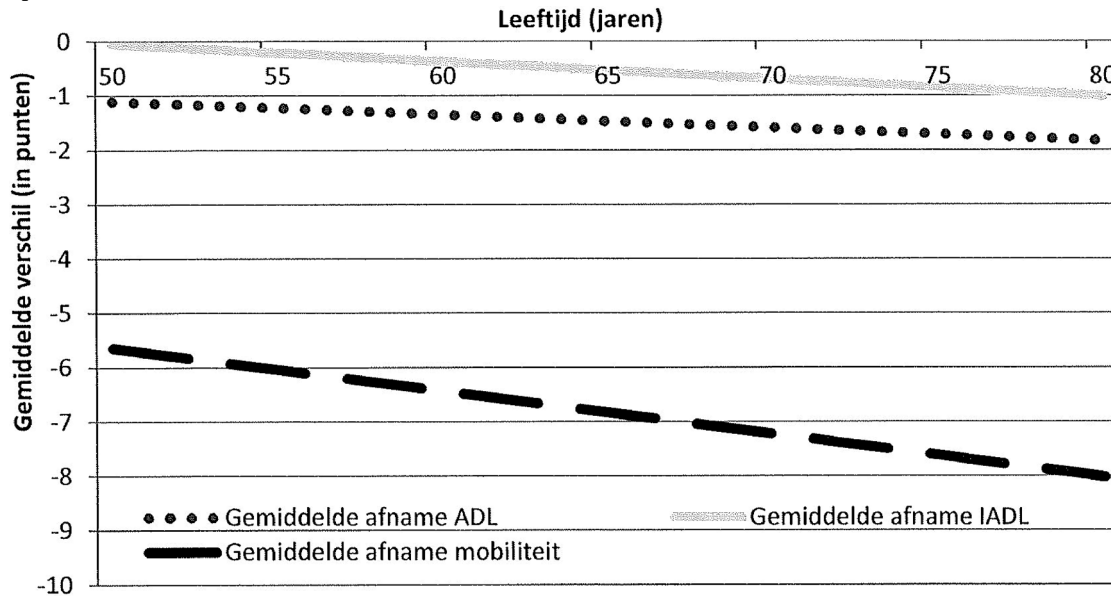
Figuur B.1 Geschatte achteruitgang in zelfredzaamheid voor deelnemers met de minste zelfredzaamheid op baseline.



Middelmatige zelfredzaamheid op baseline

Van de deelnemers met een middelmatige zelfredzaamheid op baseline ging 43,0 % achteruit in zijn ADL, 59,4 % in zijn IADL en 76,5 % in zijn mobiliteit.

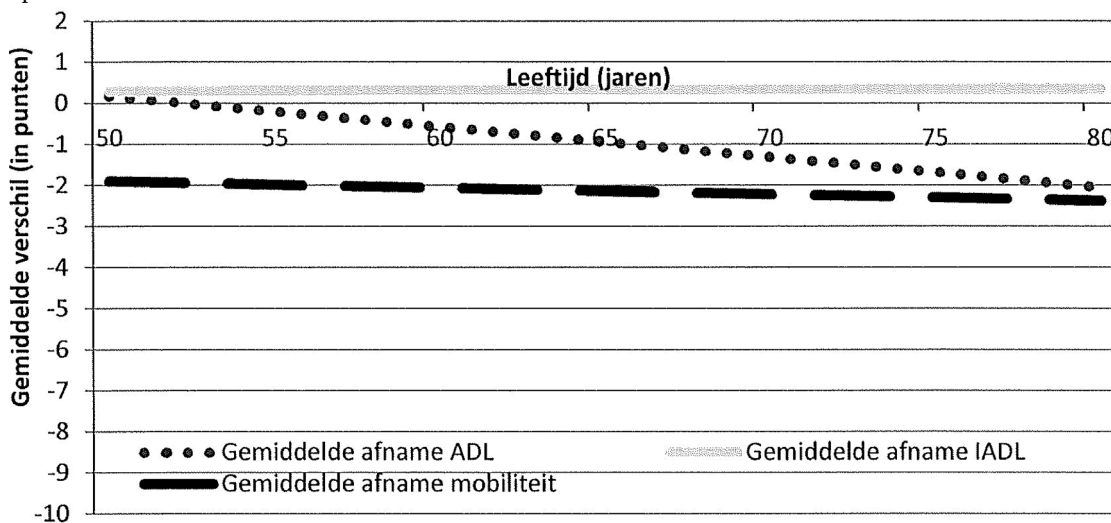
Figuur B.2 Geschatte achteruitgang in zelfredzaamheid voor deelnemers met gemiddelde zelfredzaamheid op baseline.



Laagste zelfredzaamheid op baseline

Van de deelnemers met de laagste zelfredzaamheid op baseline ging 53,0 % achteruit in zijn ADL, 0,0 % in zijn IADL en 52,0 % in zijn mobiliteit.

Figuur B.3 Geschatte achteruitgang in zelfredzaamheid voor deelnemers met de minste zelfredzaamheid op baseline.



Literatuur

- Cumming GR, Everatt D, Hastman L. Bruce treadmill test in children: normal values in a clinic population. *Am J Cardiol.* 1978;41(1):69–75.
- Kwartel AJJ van der. Brancherapport Gehandicaptenzorg 2012. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Kiwa Prismant; 2013.
- Ras M, Verbeek-Oudijk D, Eggink E. Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2013.
- Coppus AM. People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy? *Dev Disabil Res Rev.* 2013;18(1):6–16.
- Patja K, Livanainen M, Vesala H, Oksanen H, Ruoppila I. Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res.* 2000;44(Pt 5):591–9.
- Hermans H, Evenhuis HM. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2014;35(4):776–83.
- Schoufour JD, Mitnitski A, Rockwood K, Evenhuis HM, Echteld MA. Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: results from the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2013;34(5):1541–55.
- Hilgenkamp TI, Wijck R van, Evenhuis HM. (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2011;32(5):1977–87.
- Hilgenkamp TI, Wijck R van, Evenhuis HM. Low physical fitness levels in older adults with ID: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2012;33(4):1048–58.
- Bekkema N, Veer A de, Francke A. Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. *Huisarts Wet.* 2014;57(5):259.
- Andersen CK, Wittrup-Jensen KU, Lolk A, Andersen K, Kragh-Sorensen P. Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:52.
- Evenhuis HM, Hermans H, Hilgenkamp TI, Bastiaanse LP, Echteld MA. Frailty and disability in older adults with intellectual disabilities: results from the healthy ageing and intellectual disability study. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(5):934–8.
- Evenhuis HM, Theunissen M, Denkers I, Verschuure H, Kemme H. Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2001;45(Pt 5):457–64.
- Schrojenstein Lantman-de Valk HM van, Akker M van den, Maaskant MA, Haveman MJ, Urlings HF, Kessels AG, et al. Prevalence and incidence of health problems in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 1997;41(Pt 1):42–51.
- Lo AX, Donnelly JP, McGwin G Jr., Bittner V, Ahmed A, Brown CJ. Impact of gait speed and instrumental activities of daily living on all-cause mortality in adults ≥ 65 years with heart failure. *Am J Cardiol.* 2015;115(6):797–801.
- Pudarc S, Sundquist J, Johansson SE. Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55–74. *Soc Sci Med.* 2003;56(12):2493–503.
- Reuben DB, Rubenstein LV, Hirsch SH, Hays RD. Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study. *Am J Med.* 1992;93(6):663–9.
- Reuben DB, Siu AL, Kimpau S. The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health. *J Gerontol.* 1992;47(4):M106–M110.
- Hilgenkamp TI, Bastiaanse LP, Hermans H, Penning C, Wijck R van, Evenhuis HM. Study healthy ageing and intellectual disabilities: recruitment and design. *Res Dev Disabil.* 2011;32(3):1097–106.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179–86.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61–5.
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39(4):214–23.
- Ouden ME den, Schuurmans MJ, Brand JS, Arts IE, Mueller-Schotte S, Schouw YT van der. Physical functioning is related to both an impaired physical ability and ADL disability: a ten year follow-up study in middle-aged and older persons. *Maturitas.* 2013;74(1):89–94.
- Balzi D, Lauretani F, Barchielli A, Ferrucci L, Bandinelli S, Buiatti E, et al. Risk factors for disability in older persons over 3-year follow-up. *Age Ageing.* 2010;39(1):92–8.
- Hilgenkamp TI, Reis D, Wijck R van, Evenhuis HM. Physical activity levels in older adults with intellectual disabilities are extremely low. *Res Dev Disabil.* 2012;33(2):477–83.
- Hjaltadottir I, Hallberg IR, Ekwall AK, Nyberg P. Predicting mortality of residents at admission to nursing home: a longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:86.
- Oppewal A, Hilgenkamp TI, Wijck R van, Schoufour JD, Evenhuis HM. Physical fitness is predictive for a decline in daily functioning in older adults with intellectual disabilities: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2014;35(10):2299–315.
- Oppewal A, Hilgenkamp TI, Wijck R van, Evenhuis HM. Feasibility and outcomes of the berg balance scale in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013;34(9):2743–52.
- Cowley PM, Ploutz-Snyder LL, Baynard T, Heffernan KS, Jae SY, Hsu S, et al. The effect of progressive resistance training on leg strength, aerobic capacity and functional tasks of daily living in persons with Down syndrome. *Disabil Rehabil.* 2011;33(23–24):2229–36.

30. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:38.
31. Perkins EA, Moran JA. Aging adults with intellectual disabilities. *JAMA.* 2010;304(1):91-2.
32. Roth GM, Sun B, Greensite FS, Lott IT, Dietrich RB. Premature aging in persons with Down syndrome: MR findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1996;17(7):1283-9.
33. Schoufour JD, Mitnitski A, Rockwood K, Evenhuis HM, Echteld MA. Predicting 3-year survival in older people with intellectual disabilities using a frailty index. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(3):531-6. doi:[10.1111/jgs.13239](https://doi.org/10.1111/jgs.13239).
34. Schoufour JD, Mitnitski A, Rockwood K, Hilgenkamp TI, Evenhuis HM, Echteld MA. Predicting disabilities in daily functioning in older people with intellectual disabilities using a frailty index. *Res Dev Disabil.* 2014;35(10):2267-77.
35. Evenhuis HM. Niet eerder oud, maar eerder ongezond: De kwetsbaarheid van mensen met een verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014;158(47):2060-7.

Onderwijs in het Nationaal Programma Ouderenzorg

Barth Oeseburg · Jos Schols · Marcel Olde Rikkert · Henriëtte van der Horst · Dini Smilde-van den Doel · Sophia de Rooij · Bianca Buurman-van Es · Marieke Schuurmans · Jacobijn Gussekloo

Samenvatting

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is in 2008 van start gegaan met als doel de zorg voor ouderen te verbeteren en beter af te stemmen op hun behoeften. Het realiseren van goede zorg voor ouderen vereist onder andere een veranderingsproces van professionals in hun denken en doen. Dit veranderingsproces is onlosmakelijk verbonden met goed geschoolde professionals. In het onderhavige artikel wordt een inventarisatie gepresenteerd van 32 onderwijsproducten die ontwikkeld zijn in het NPO. Uit de inventarisatie blijkt dat in het NPO diverse onderwijsproducten ontwikkeld zijn die zich richten op relevante thema's om de zorg voor ouderen te verbeteren. Echter, de onderwijsproducten richten zich vooral op professionals in de gezondheidszorg, vooral die in de eerste lijn werken. Voor verpleegkundigen en verzorgenden en in mindere mate medici is een breed palet aan onderwijsproducten ontwikkeld. Voor professionals die werken in de welzijnssector, gemeente of woningbouwsector zijn relatief weinig onderwijsproducten ontwikkeld. Dit geldt ook voor bepaalde specifieke problemen waar ouderen mee te maken kunnen krijgen zoals eenzaamheid en mishandeling. Bovendien blijkt dat geen van de deelnemende projecten aan deze inventarisatie onderwijsproducten heeft ontwikkeld voor de oudere zelf of de mantelzorg. Hoewel 22 van de 32 projecten zich richten op meerdere doelgroepen is bij slechts een klein deel sprake van multidisciplinaire of interdisciplinaire scholing. Op basis van de inventarisatie adviseren wij om onderwijsproducten te ontwikkelen voor: doelgroepen die thans niet of weinig aan bod komen, zoals professionals in de welzijnssector en paramedici; de versterking van multi- of interdisciplinaire samenwerking; en problemen waar ouderen mee te maken krijgen, zoals eenzaamheid en ouderenmishandeling.

Trefwoorden ouderen · onderwijs · kwaliteit · zorg · welzijn · wonen · gezondheidszorg

Education within the Dutch National Care for the Elderly Programme

Abstract

The Netherlands Organisation of Health Research and Development started in 2008 the Dutch National Care for the Elderly Programme (in Dutch abbreviated as NPO) with the aim to improve the quality of life for the frail older people through better quality of care (health, social, community) which is tailored to the needs and wants of older people. The delivery of good care is related with

competent professional behaviour which is inextricably linked to the education of professionals. This article presents an overview of 32 educational programmes developed within the NPO. Within the NPO different educational programmes were developed on relevant themes to improve elderly care. However, the programmes focused mainly on professionals in health care, especially those working in primary care. For nurses and nursing assistants and more or less for physicians also different educational programmes were developed. Educational programmes for paramedics or professionals working in social care, housing or in the municipalities were scarce.

This is also the case for specific themes in elderly care like loneliness or (domestic) violence. Moreover, none of the experiments focused on older people or informal care givers. Although 22 of the 32 projects developed educational programmes for different groups, multi- or interdisciplinary education is rare in these programmes. Based on the overview we advise the development of more educational programmes on: target groups which were less or not addressed in the NPO, like professionals in social care and paramedics; multi- or interdisciplinary collaboration; and themes, like loneliness in older people and elder abuse.

Keywords Older people education · Quality of life · Care · Healthcare · Social care · Housing

Inleiding

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is in 2008 van start gegaan met als doel de zorg voor ouderen te verbeteren en beter af te stemmen op hun behoeften [1]. Zowel ouderen als professionele deskundigen op het gebied van ouderen(zorg) geven aan dat het huidige zorgaanbod vooral reactief ingericht is. Het oplossen van acute gezondheidsproblemen staat centraal. Echter, goede zorg voor ouderen bestaat uit een vraaggericht, samenhangend, proactief en preventief zorg- en welzijnsaanbod dat inspelt op de wensen en behoeften van ouderen, kosteneffectief is en een maximale gezondheid en welbevinden van de ouderen realiseert [2]. Het realiseren van goede zorg voor

ouderen vereist onder andere een veranderingsproces van professionals in hun denken en doen. Dit veranderingsproces is onlosmakelijk verbonden met toevoegde en bekwaame professionele beroepsbeoefenaren. Echter, onderzoeken binnen de initiële medische, verpleegkundige en verzorgende-IG¹ opleidingen wijzen uit dat aankomende professionals nog steeds niet gedegen voorbereid worden op de zorg voor ouderen. Ouderen(zorg) komt relatief weinig aan bod in de curricula. Bovendien kan de kwaliteit verbeterd worden door de curricula beter te laten aansluiten bij nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk, maar ook door de kennis, ervaring en houding van docenten ten aanzien van ouderen(zorg) te verbeteren [3–5]. Daarnaast geven hiaten in de huidige zorg voor ouderen aan dat ook in de bij- en nascholingen en vervolgoopleidingen van professionals winst te behalen is ten aanzien van de professionele competenties die van belang zijn voor het bieden van goede zorg voor ouderen [6]. Naast de eerder genoemde medici, verpleegkundigen en verzorgenden zijn dat ook: paramedici, maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, helpenden in zorg en welzijn, gemeenteamtensaren, zorgverzekeraars en dergelijke. Investeren in initiële opleidingen, bij- en nascholingen en vervolgoopleidingen is daarom essentieel. Dit houdt onder meer scholing in ten aanzien van [2, 6]:

- het vroegtijdig signaleren en beter diagnosticeren van problemen op het gebied van wonen, welzijn en zorg vanuit een generalistische visie,
- het bevorderen van de eigen regie/zelfredzaamheid van de oudere en mantelzorger,
- het aanbieden van zorg (wonen, welzijn en zorg) en behandeling afgestemd op de individuele behoeften van ouderen en hun kwetsbaarheid,
- het realiseren van een samenhangende (keten)zorg tussen voorzieningen in de gezondheidszorg, welzijn, informele zorg en lokale ondersteuning (op wijkniveau netwerken realiseren); en
- het gebruikmaken van beslissingsondersteunende middelen (richtlijnen/protocolen, elektronische dossiers) en e-health, die zowel oudere, mantelzorger als betrokken professionals dienen.

In het onderhavige artikel wordt een inventarisatie gepresenteerd van onderwijsproducten² die ontwikkeld zijn in het NPO. De inventarisatie is geïnitieerd

B. Oeseburg (✉) · *S. de Rooij*
Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen,
Nederland
e-mail: b.oeseburg@umcg.nl

J. Schols
Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

M. Olde Rikkert
Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen, Nijmegen,
Nederland

H. van der Horst
VU Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

D. Smilde-van den Doel
Stichting GENERO – Netwerk Ouderenzorg
Zuidwest-Nederland, Utrecht, Nederland

B. Buurman-van Es
Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Amsterdam,
Nederland

Transmurale Ouderenzorg Academisch Medisch Centrum,
Amsterdam, Nederland

Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

M. Schuurmans
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, Nederland

J. Gussekloo
Leiden Universitair Medisch Centrum, Leiden, Nederland

¹ IG staat voor Individuele Gezondheidszorg. In de rest van het stuk wordt de term verzorgende/verzorgenden gebruikt.

² Met onderwijsproducten worden producten bedoeld zoals (e-learning) modules, opleidingen, trainingen, cursussen, die beschikbaar zijn via een document, website en dergelijke en die door anderen gebruikt kunnen worden tegen de voorwaarden van de organisatie die deze beschikbaar stelt.

door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Het breed verspreiden van deze onderwijsproducten is van belang om de opgedane kennis en ervaring landelijk toegankelijk te maken en daarmee een impuls te geven aan het verbeteren van de zorg voor ouderen. Het gehele rapport en uitgebreidere informatie over de afzonderlijke projecten is te vinden op de NFU website: <http://www.nfu.nl/publicaties/onderwijs-in-het-nationaal-programma-ouderenzorg-npo> [7].

Deelname

In het NPO zijn 125 vernieuwende projecten uitgevoerd. In 56 projecten zijn onderwijsproducten ontwikkeld. Deze 56 projecten zijn onder te verdelen in projecten die zich primair richten op het ontwikkelen van een onderwijsproduct, bijvoorbeeld een e-learning programma over depressie voor de initiële opleiding voor verzorgenden en ook projecten die een onderwijsproduct hebben ontwikkeld om een andere werkwijze in de praktijk te faciliteren (secundair), bijvoorbeeld het toepassen van een geïntegreerde werkwijze in de huisartsenpraktijk. Via de acht regionale netwerken c.q. de netwerk-coördinatoren zijn de projectleiders van de projecten die onderwijsproducten hebben ontwikkeld in het kader van het NPO benaderd om deel te nemen aan de inventarisatie. Bij non-respons volgde een herinnering.

Analyse

Eerst wordt een overzicht gegeven van de projecten die hebben deelgenomen aan de inventarisatie en onderwijsproducten hebben opgeleverd. Daarna laten we zien op welke doelgroepen (professionals in de gezondheidszorg, welzijn, gemeenten, informele zorg) de onderwijsproducten die de deelnemende projecten hebben opgeleverd, zich richten en in welke setting de doelgroepen werken of studeren. Gekozen is voor de onderverdeling: initiële opleiding, 1^e lijn, 2^e lijn en 3^e lijn. Tot slot volgt een uitsplitsing van de onderwijsproducten van de deelnemende projecten naar de relevante thema's in de zorg voor ouderen. Per thema wordt de doelgroep en de setting waarop het onderwijsproduct zich richt weergegeven.

Resultaten

Algemeen

In totaal hebben 32 van de 56 projecten deelgenomen aan de inventarisatie; een respons van 57 %.

Reden van non-respons waren: project is gestopt voor de afronding, onduidelijk wie verantwoordelijk is na afsluiting van het project, geen tijd, of de reden is onbekend omdat er geen reactie is gekomen op de

verzoeken tot deelname aan de inventarisatie. Tab. 1 geeft een overzicht van de deelnemende projecten die onderwijsproducten hebben opgeleverd.

Tab. 2 geeft een overzicht voor welke doelgroepen in de verschillende settings onderwijsproducten zijn ontwikkeld door de deelnemende projecten.

In deze tabel is te zien dat het grootste deel van de 32 onderwijsproducten die de deelnemende projecten hebben ontwikkeld, zich richt op professionals in de gezondheidszorg c.q. medici ($N = 6$), verpleegkundigen³ ($N = 20$) en/of verzorgenden ($N = 17$), en dan vooral in de eerste lijn, of op de initiële opleidingen van deze beroepsgroepen. In acht projecten richten de onderwijsproducten zich op professionals in de welzijnssector: ouderenadviseurs en maatschappelijke zorg en twee projecten richten zich op paramedici in de eerste lijn. Daarnaast zijn er zes projecten waarvan de onderwijsproducten zich richten op: WMO-ambtenaren, helpenden niveau 2 en professionals op het gebied van wonen, welzijn en zorg, professionals in de 1^e en 2^e lijn (niet gedefinieerd wie), of anders opgeleide medewerkers. In 22 van de 32 projecten richten de ontwikkelde onderwijsproducten zich op meerdere doelgroepen. De meest frequente combinaties zijn: verpleegkundigen en verzorgenden vooral in de initiële opleidingen, en medici en verpleegkundigen vooral in de eerste lijn.

Thema's waarop de onderwijsproducten zich richten

De 32 deelnemende projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld die gericht zijn op verschillende relevante thema's in de zorg voor ouderen: geïntegreerde zorg/verbeteren samenwerking, eigen regie/zelfredzaamheid, het realiseren van een meer cliëntgerichte houding (inclusief mantelzorg) van professionals, dementie/psychogeriatrische ziekte beelden en omgaan met gedragsproblemen, wijkgerichte ondersteuning, depressie, medicatieveiligheid en mondzorg. Hieronder volgt een uitsplitsing van de onderwijsproducten die de deelnemende projecten hebben opgeleverd naar de relevante thema's in de zorg voor ouderen. Per thema wordt de doelgroep en de setting waarop het onderwijsproduct zich richt, weergegeven.

Geïntegreerde zorg en verbeteren samenwerking

Zes projecten richten zich primair op het realiseren van geïntegreerde zorg. (zie tab. 3) In deze projecten gaat het om onderdelen van het primaire zorg – en behandelproces: vroege signalering, het bepalen van de zorgbehoefte van de oudere en mantelzorger op het gebied van lichamelijk-, psychisch- en sociaal functioneren, integrale diagnostiek, integraal zorgleef- en behandel-

³ Betreft kwalificatieniveau 4 (MBO) en 5 (HBO).

Tabel 1 Overzicht van de projecten die onderwijsproducten hebben opgeleverd (N = 32).

–	projectnaam	informatie
1 ^a	Integrated Systematic Care for Older People (ISCOPE)	www.awo-nzh.nl
2	Ouderenzorg Midden Utrecht – Om U	www.nuzo-utrecht.nl
3	Samen Oud	www.samenoud.nl
4	Zorg- en Welzijnsstandaard (ZWS)	www.netwerk100.nl
5	(G)OUD: Gezond Oud	www.zio.nl/zorgprogrammas/ouderenzorg/algemene-informatie
6	Functiebehoud In Transitie (FIT) en Transmurale Zorgbrug (TZB)	www.effectieveouderenzorg.nl
7	Medische zorg Optimalisatie Verzorgingshuizen Implementatie Traject (MOVIT)	www.awo-nzh.nl
8	Perspectief van de oudere centraal: Interdisciplinair Opleidingsmodel Ouderenzorg	www.wenckebachinstituut.nl
9	Project EasyCare	www.roc-nijmegen.nl
10	Innovatieagenda Ouderenzorg Twente 2014–2016	www.rocvantwente.nl
11	Effect van functioneel trainen op de zelfredzaamheid van kwetsbare 75-plus ouderen	www.awo-nzh.nl
12	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij kwetsbare ouderen	www.seniorbeter.nl
13	Seniorenkracht en eigen regie	https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/samenhang-in-zorg/afgeronde-projecten/seniorenkracht--eigen-regie/
14	Grip & Glans	www.gripglans.nl
15	Familievriendelijk werken	www.leerstationzorg.nl/fvw
16	Presentie in de Praktijk, de basis voor het initiële onderwijs	www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg
17	Project Praktijktraining Ketenzorg en Communicatie in de ouderenzorg	www.carintreggeland.nl
18	Waardige Zorg	http://www.beteroud.nl/ouderen/uit-projecten-waardige-zorg.html
19	Onderwijsmodule Intercultureel Zorgcontact	nog niet gerealiseerd
20	Omgaan met gedragsverandering bij (zelfstandig wonende) psychogeriatrische cliënten	http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg
21	Hulp bij dementie	www.hulpbijdementie.nl
22	ROC onderwijs in dementiezorg	https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/kenniscentra/zorginnovatie/
23	Lessen van patiënten – dementie	www.pratenovergezondheid.nl
24	Stem van de Oudere Migrant	www.nuzo-utrecht.nl www.nuzo-utrecht.nl/Projecten-Best-Practices/NUZO-projecten-afgerond/Stem-van-de-Oudere-Migrant
25	Even Buurten	https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/samenhang-in-zorg/afgeronde-projecten/even-buurten/

Tabel 1 Overzicht van de projecten die onderwijsproducten hebben opgeleverd ($N = 32$). (Vervolg)

–	projectnaam	informatie
26	Effectevaluatie Proeftuinen Woonservicegebieden	www.wonenouderen.nl
27	E-learning modules voor verzorgenden over depressie bij cliënten in de ouderenzorg	http://www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie
28	EPISODE: Perceptions of Elderly Patients Interviewed after Screening on Depressive Feelings	www.awo-nzh.nl
29	Zorgleernetwerk Medicatieveiligheid niveau 3-4-5	www.profportaalzorg.nl
30	Met Open Mond. Onderwijs over mondverzorging voor kwetsbare ouderen	www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg
31	Inspiratie- en Kennisdagen Levensles	www.iklevensles.com www.vereniginghetzonnehuis.nl
32	Serious soaps over ouderenzorg	www.serioussoap.nl

^aDe nummers die aan de projecten zijn toegekend in tab. 1 corresponderen met de projectnummers in de tab. 2–4

Tabel 2 Overzicht doelgroep en de setting waarop de ontwikkelde onderwijsproducten zich richten ($n = 32$).

doelgroep Setting	medici ^a	verpleeg- kundigen	verzorgenden	paramedici 1 ^e lijn	welzijn	overige professionals
initiële opleiding	–	9, 17, 19, 20, 21, 29, 30, 31, 32	9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 29, 30, 31, 32	–	9, 19, 31 maat- schappelijke zorg	23 initiële opleiding helpenden
1 ^e lijn	1, 3, 4, 7, 8, 28	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 21, 25, 28, 29, 30, 32	15, 21, 22, 27, 29, 30, 32	7 apothekers 11 fysiothera- pie	3, 4 ouderenadvi- seurs 14, 24, 25 maat- schappelijke zorg	12 1e en 2e lijn pro- fessionals 24 WMO ambtenaren 26 wonen, welzijn, zorg
2 ^e lijn	4	4, 6, 21, 29, 30, 32	15, 21, 27, 29, 30, 32	–	–	12 1e en 2e lijn pro- fessionals
3 ^e lijn	3, 4, 7	7, 21, 29, 30	7, 13, 15, 21, 22, 27, 29, 30	–	–	18 helpenden niveau twee en anders op- geleiden in de VVT- sector

^aDe nummers in de tabel corresponderen met de projectnummers in tab. 1

plan, evaluatie en monitoren van de zorg- en behandelresultaten. Daarnaast is er binnen deze projecten in meer of mindere mate aandacht voor het bevorderen van de eigen regie/zelfredzaamheid van de oudere, de organisatie van de zorg, sociale kaart, samenwerking/team vorming, verschuiving van taken en verantwoordelijkheden, zorgcoördinatie/case management, en gebruik van ICT applicaties ter ondersteuning van de uitvoering van het primaire proces (dossiers, screeningsinstrumenten, e-learning). In de zes projecten zijn eveneens onderwijsproducten ontwikkeld die de realisatie van geïntegreerde zorg faciliteren. Vijf van de zes projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld voor meerdere doelgroepen. Naast huisartsen en prak-

tijkondersteuners kan het dan eveneens gaan om medisch specialisten of specialisten ouderengeneeskunde, ouderenadviseurs, apothekers en verzorgenden. In Kader 1 wordt nadere informatie gegeven over één van deze projecten, SamenOud. In het SamenOud-project, is een interdisciplinair onderwijsprogramma ontwikkeld om een geïntegreerde aanpak waarbij professionals uit de gezondheidszorg en de welzijnssector betrokken zijn te ondersteunen.

Tabel 3 Geïntegreerde zorg/verbeteren samenwerking projecten, overzicht doelgroep en de setting waarop de ontwikkelde onderwijsproducten zich richten ($n = 10$).

doelgroep	medici ^a			verpleegkundigen			verzorgenden	paramedici	welzijn	initiële	
	1 ^e Lijn	2 ^e lijn	3 ^e lijn	1 ^e Lijn	2 ^e lijn	3 ^e lijn	3 ^e lijn	1 ^e lijn	–	opleiding MBO	
geïntegreerde zorg	1, 3, 4	4	3, 4	1, 2, 3, 4, 5, 6	4, 6	–	–	–	–	3, 4	9 ^b , 10 ^c
verbeteren van de samenwerking tussen de disciplines	7, 8	–	7	7, 8	–	7	7	7 apothekers	–	–	–

^aDe nummers in de tabel corresponderen met de projectnummers in tab. 1

^bBetreft opleidingen: verpleegkunde, verzorgende en maatschappelijke zorg

^cBetreft een verkorte opleiding verzorgende

Kader 1: SamenOud

SamenOud realiseert geïntegreerde zorg in de 1^e lijn (huisartspraktijk, gezondheidscentra) en verbindt welzijnsorganisaties en het gezondheidszorgsysteem waarbij de behoefte van de oudere centraal staat.

SamenOud is gebaseerd op het 'Chronic Care Model' (CCM) en op het 'Kaiser Permanente triangle of care management'. In SamenOud is één van de elementen van het CCM model vertaald naar Ouderenzorg Team (OT), waarin huisarts, casemanagers (ouderenadviseur, verpleegkundige) en de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol spelen. Het OT geeft vorm aan het vraaggericht, samenhangend, proactief en preventief zorg- en welzijnsaanbod voor de oudere op het gebied van wonen, welzijn en zorg. De opleiding die voor SamenOud ontwikkeld is, bestaat uit een samenhangend opleidingspakket op het gebied van de zorg en welzijn voor ouderen. De focus van de opleiding ligt op de onderdelen, gebaseerd op SamenOud, die van belang zijn om tot een goed zorg- en welzijnsaanbod aan ouderen te komen zoals evidence based praktische kennis, tools, hulpmiddelen en vaardigheden om daarmee te werken worden op een integrale manier aangeboden worden. Het vakinhoudelijk handelen wordt gekoppeld aan kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn om een goed zorg- en welzijnsaanbod te leveren zoals goed communiceren met ouderen en samenwerken in een team. Naast de OT-leden zijn er ook scholingen ontwikkeld voor de leidinggevenden en de lokale projectleiders die verantwoordelijk

zijn voor de implementatie SamenOud. Meer informatie is te vinden op www.samenoud.nl

Twee projecten hebben primair onderwijsprogramma's ontwikkeld voor initiële MBO opleidingen waarin onderdelen van geïntegreerde zorg aan de orde komen. Een voorbeeld hiervan, Easycare, staat in Kader 2. De Easycare-werkwijze omvat een groep instrumenten die de werkwijze van zorgprofessionals structureert om doeltreffend en vraaggericht de problemen van kwetsbare ouderen en de complexiteit van hun zorgsituatie te inventariseren en aan te pakken.

Kader 2: Easycare

De "Easycare-werkwijze" omvat een groep instrumenten die de werkwijze van verpleegkundigen structureert om doeltreffend en vraaggericht de problemen van kwetsbare ouderen en de complexiteit van hun zorgsituatie te inventariseren. Het helpt zowel de (zorg)professionals als de oudere cliënt en diens mantelzorger prioriteiten te leren stellen bij meervoudige ziektelast en meerdere beperkingen. De Easycare-werkwijze werd in het Nationaal Programma Ouderenzorg in meerdere experimenten succesvol toegepast, en is daarnaast ook internationaal breed verspreid. Wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, casemanagers en welzijnswerkers gaven echter aan training nodig te hebben in het toepassen van de Easycare werkwijze. Zij zijn daartoe gemotiveerd omdat zij regelmatig worstelen met de complexiteit van zorg voor hun oudere patiënten. Voor hen ontwikkelde de afdeling Geriatrie van het Radboudumc in het kader van het Nationaal

Programma Ouderenzorg een gratis toegankelijke E-learning Easycare om hen hierbij te helpen. De online zelftest en leermodules geven handvatten bij het herkennen van de zorg- en welzijnsbehoefte van kwetsbare ouderen, bijvoorbeeld bij het vaststellen van kwetsbaarheid, complexiteit, geheugenbeperkingen en bij de gezamenlijke besluitvorming. De professional volgt de leermodules die op basis van de zelftest worden aangeraden. Dit maakt het leren efficiënt en motiverend: elke deelnemer leert alleen datgene wat hij nodig heeft. De modules zijn praktisch ingericht, direct toepasbaar op de werkplek en bevatten diverse videofragmenten, waardoor het leren prikkelend en afwisselend is. Dit maakt de modules ook geschikt voor een bredere doelgroep (bijvoorbeeld verpleegkundigen en verpleeghulpverleners). De online modules zijn gratis toegankelijk via de website leren.netwerk100.nl. Hier zijn ook de Easycare Instrumenten gratis te downloaden.

Verder zijn er twee projecten die onderwijsproducten hebben ontwikkeld om een betere samenwerking en het verschuiven van taken en verantwoordelijkheden tussen disciplines te faciliteren.

Overige thema's

De overige projecten ($N = 22$) hebben onderwijsproducten ontwikkeld gericht op thema's die van belang zijn om tot een samenhangend en beter op de individuele behoeften van oudere afgestemd zorgaanbod te komen (tab. 4).

In tab. 4 is te zien dat het grootste deel ($N = 17$) van de 22 projecten onderwijsproducten heeft ontwikkeld voor verpleegkundigen en/of verzorgenden die werkzaam zijn in de eerste-, tweede – of derde lijn of de initiële opleiding volgen. Tien projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld voor andere doelgroepen: medici en fysiotherapeuten in de eerste lijn, professionals die in de zorg-, welzijns-, of woonsector actief zijn, WMO-ambtenaren, professionals (niet nader gedefinieerd) in de 1^e – en 2^e lijn, helpenden niveau twee en anders opgeleiden die werkzaam zijn in de verzorgings-/verpleeghuizen en de thuiszorg (VVT). De meeste projecten ($N = 15$) in deze thema's hebben onderwijsproducten ontwikkeld om een cliëntgerichte houding of belevingsgerichte zorg te realiseren bij professionals, of om de professionals vaardigheden te leren om de eigen regie/ zelfredzaamheid van de oudere en mantelzorger te bevorderen. Vier projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld voor het vroegtijdig signaleren, een betere diagnostiek en het verlenen van goede zorg en behandeling van ouderen met dementie/psychogeriatrische problemen. Verder zijn er projecten die onderwijsproducten hebben ontwikkeld voor een

wijkgerichte ondersteuning ($N = 3$) en ten aanzien van het signaleren, behandelen en omgaan met depressie ($N = 2$). Even Buurten laat zien hoe wijkgerichte ondersteuning kan worden vormgegeven (Kader 3). Even Buurten bevordert de sociale samenhang in de wijk. Spillen (centrale personen) brengen ouderen in contact met buurtbewoners en vrijwilligers en schakelen zo nodig professionele ondersteuning in. Voor de spillen is een onderwijsprogramma ontwikkeld.

Kader 3: Even buurten

Even Buurten bevordert de sociale samenhang in de wijk. Daardoor kunnen ouderen langer zelfstandig wonen in hun eigen huis en buurt. Deze ontwikkeling sluit naadloos aan op de huidige hervormingen in de langdurige zorg. Aldus ZonMw bij de uitreiking van de ZonMw-Parel aan Even buurten. Spillen (centrale personen) brengen ouderen in contact met buurtbewoners en vrijwilligers en schakelen zo nodig professionele ondersteuning in. In Even Buurten kregen de Spillen deskundigheidsbevordering via vijf themabijeenkomsten, coaching on the job en acht supervisiebijeenkomsten. De themabijeenkomsten gaan over:

- Identificatie van het begrip Spil.
- Verkennen van hoofdcompetenties en vaststellen van individuele leervragen.
- Inhoudelijke thema's als sociaal isolement,
- Verankering en borging.

Coaching on the job vindt plaats vanuit leeropdrachten volgend uit de themabijeenkomsten. De supervisie behandelt casuïstiek in relatie tot te verwerven competenties. Een Spil is een hbo-professional. Niet zozeer de professionele opleiding is belangrijk, wel een aantal geïdentificeerde kerncompetenties die kenmerkend zijn voor deze aanpak:

- Kennis van de doelgroep om op basis daarvan te signaleren en contact te maken.
- Creëren, begeleiden, onderrichten, ondersteunen en ontlasten van een netwerk van sleutelfiguren in de wijk.
- Activeren van eigen kracht door toeleiding naar activiteiten en verbinding met wijkbewoners.
- Borgen en evalueren.

Deze deskundigheidsbevordering, aangepast op de geleerde lessen uit het project, wordt in Rotterdam nu ingezet voor wijkteammedewerkers die in hun team de spilfunctie gaan vervullen. In 2017 zal een e-learningmodule gereedkomen. Daarmee komt

de kennis over deskundigheidsbevordering van Spillen landelijk beschikbaar.

Tot slot voor de specifieke thema's medicatieveiligheid en mondzorg is er per thema één project dat een onderwijsproduct heeft ontwikkeld. De IK-levensles richt zich op initiële opleiding in zorg en welzijn. De IK-levensles organiseert landelijke – en regionale bijeenkomsten en richt zich op ideeën van jongeren om: de beeldvorming over ouderen te verbeteren, het onderwijs over ouderen te verbeteren en de zorg voor ouderen te verbeteren. Van de 22 projecten richten 15 projecten zich primair op het ontwikkelen van een onderwijsproduct, 7 projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld om een andere werkwijze in de praktijk te faciliteren (secundair). Twaalf projecten van de 22 projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld voor meerdere doelgroepen, vooral voor verpleegkundigen en verzorgenden. Bij twee van de 22 projecten zijn migranten de doelgroep.

Conclusie en discussie

In het Nationaal Programma Ouderenzorg zijn diverse onderwijsproducten ontwikkeld die zich richten op de relevante thema's in de zorg voor ouderen zoals: geïntegreerde zorg, verbeteren samenwerking tussen professionals, aanleren van een cliëntgerichte houding/belevingsgerichte zorg, versterken eigen regie/zelfmanagementvermogen van de oudere [2, 6]. Van de deelnemende 32 projecten hebben 17 projecten primair onderwijsproducten opgeleverd, bijvoorbeeld een e-learning programma over depressie voor de initiële opleiding voor verzorgenden, 15 projecten hebben onderwijsproducten ontwikkeld om een andere werkwijze in de praktijk te faciliteren (secundair), bijvoorbeeld het toepassen van een geïntegreerde werkwijze in de huisartsenpraktijk.

De onderwijsproducten kunnen een belangrijke impuls geven aan het verbeteren van de bekwaamheden van professionals en in het verlengde daarvan het verbeteren van de zorg (wonen, welzijn en gezondheidszorg) voor ouderen. Immers, goede zorg voor ouderen hangt samen met bekwame professionals. Echter, de onderwijsproducten richten zich vooral op professionals in de gezondheidszorg, vooral op professionals die in de eerste lijn werkzaam zijn. Voor verpleegkundigen en verzorgenden en in mindere mate medici is een breed palet aan onderwijsproducten ontwikkeld. Voor professionals die werken in de welzijnssector, gemeente of woningbouwsector zijn relatief weinig onderwijsproducten ontwikkeld. Dit geldt ook voor bepaalde specifieke problemen waar ouderen mee te maken kunnen krijgen. Er zijn onderwijsproducten

ontwikkeld betreffende depressie, mondzorg en medicatie(veiligheid), maar er zijn meer specifieke problemen waarmee ouderen te maken kunnen krijgen zoals eenzaamheid, mishandeling en dergelijke. Bovendien blijkt dat geen van de deelnemende projecten aan deze inventarisatie onderwijsproducten heeft ontwikkeld voor de oudere zelf of de mantelzorg. Hierbij kan gedacht worden aan onderwijsproducten gericht op ervaringsdeskundigheid of aanleren van praktische vaardigheden om de partner te verzorgen voor mantelzorgers. Hoewel 22 van de 32 projecten zich richten op meerdere doelgroepen is bij slechts een klein deel sprake van multidisciplinaire of interdisciplinaire scholing.

In verband met de non-respons (43%) kunnen de resultaten van deze inventarisatie vertekend zijn. Aan de hand van de informatie die bekend is bij ZonMw over de projecten die onderwijsproducten ontwikkeld hebben, kan gesteld worden dat de projecten die niet gereageerd hebben niet wezenlijk afwijken van de deelnemende projecten aan deze inventarisatie. Wel zijn er thema's die in deze inventarisatie niet aan de orde komen, maar waarvoor wel onderwijsproducten zijn ontwikkeld in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg zoals: domotica, de oudere zelf/ouderenparticipatie, de oudere met een verstandelijke beperking, kleinschalig wonen in de wijk, morele problemen bij zorgbeslissingen van ouderen en mantelzorgers, of op specifieke gezondheidsproblemen zoals: hartfalen, gewrichtsklachten, heupoperaties, delirium. Echter, ook hier geldt dat het om één project gaat per thema en dat de doelgroepen waarop de onderwijsproducten zich richten niet wezenlijk afwijken van de projecten die meegeedaan hebben aan deze inventarisatie.

We adviseren om in de toekomst onderwijsproducten te ontwikkelen voor:

- Professionals die in de welzijnssector of in het domein van wonen (woningaanpassingen en hulpmiddelen) werken.
- Doelgroepen in de gezondheidszorg die thans niet bediend worden of waarvoor nog weinig ontwikkeld is, bijvoorbeeld paramedici.
- Het versterken van multidisciplinaire of interdisciplinaire samenwerking. Het betreft dan niet alleen onderwijsproducten die zich richten op één setting bijvoorbeeld gezondheidszorg, maar ook domein overstijgend zijn (wonen, welzijn, zorg).
- De oudere zelf (ervaringsdeskundigheid) en diens mantelzorger (praktische vaardigheden om de partner te verzorgen).
- Specifieke problemen waar ouderen mee te maken krijgen.
- Specifieke problematiek van de oudere migrant.

Tabel 4 Overige thema, overzicht doelgroep en de setting waarop de ontwikkelde onderwijsproducten zich richten (n = 22).

doelgroep	medici ^a	verpleegkundigen			verzorgenden			paramedici 1 ^e lijn	welzijn	overige Professionals
setting	1 ^e Lijn	1 ^e Lijn	2 ^e Lijn	3 ^e Lijn	1 ^e Lijn	2 ^e Lijn	3 ^e Lijn	2 ^e Lijn	3 ^e Lijn	–
thema	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding	initieële opleiding
realiseren van een meer cliënt-gerichte houding	–	19 ^c , 20, 21, 32	21, 32	21	15, 16, 17, 19 ^c , 20, 21, 22, 23, 32	15, 21, 22, 32	15, 21, 22	15, 21, 22, 32	15, 21, 22	18 helpenden niveau twee en anders opgeleiden in de VWT-sector 23 initiële opleiding helpenden 26 wonen, welzijn, zorg
belevingsgerichte zorg	–	19 ^c	–	–	15, 19 ^c , 22	15, 22	15, 22	15, 22	15, 22	–
eigen regie/zelfredzaamheid	–	32	14 ^b , 32	32	13, 32	32	32	32	13	12 ^b 1 ^e en 2 ^e lijn professionals
wijkgerichte ondersteuning	–	–	–	–	–	–	–	–	–	24 ^{b,c} , 25 ^b 26 ^b wonen, welzijn, zorg
dementie/psychogeriatrische ziekte beelden	–	20, 21	21	21	20, 21, 22	21, 22	21	21	21, 22	–
depressie	28 ^b	–	28 ^b	–	27	27	27	27	27	–
medicatie veiligheid	–	29	29	29	29	29	29	29	29	–
mondzorg	–	30	30	30	30	30	30	30	30	–
IK-Levenslessen	–	31	–	–	31	–	–	–	–	31 initiële opleiding

^aDe nummers in de tabel corresponderen met de projectnummers in tab. 1

^bBetreeft projecten die onderwijsproducten hebben ontwikkeld om een andere werkwijze in de praktijk te faciliteren (secundair)

^cDoelgroep zijn migranten

Literatuur

1. ZonMw. Nationaal programma ouderenzorg 2016. <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/nationaal-programma-ouderenzorg/algemeen/>. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.
2. CSO NFU, ZonMw. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden opbrengsten en perspectief 2012. http://www.nfu.nl/img/pdf/12.921_ZonMW_Toekomstige_ouderenzorg_kernwaarden_opbrengsten_en_perspectief.pdf. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.
3. Hamers J, Rossum E van, Peeters J, Rameckers V, Meijs N. Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs 2012. <http://www.panteia.nl/Projecten-AZW/Oplossingen-discrepanties/Onderwijs/~-/media/8%20AZW/Maastricht%20University%202012%20%20Ouderenzorg%20in%20het%20middelbaar%20beroepsonderwijs.ashx>. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.
4. Schuurmans MJ, Stribos MJ. Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkunde opleidingen in Nederland. Beleidsrapport ZonMw 2012. http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Nationaal_Programma_Ouderenzorg/RapportageVerpleegkundeOpleidingen.pdf. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.
5. Bodegom D van, Engelaer FD, Heemst F van, Helmerhorst J, Laman M, Olde-Rikkert J. et al. Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula 2011. <http://www.leydenacademy.nl>. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.
6. CSO, Zorgbelang Nederland & Pharos. Ouderen over ondersteuning en zorg: Kwaliteitscriteria voor ondersteuning en zorg vanuit ouderenperspectief met extra aandacht voor kwetsbare ouderen, waaronder migrantenouderen 2013. http://www.pharos.nl/documents/doc/ouderen_over_ondersteuning_en_zorg.pdf. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.
7. NFU. Onderwijs in het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) 2016. <http://www.nfu.nl/publicaties/onderwijs-in-het-nationaal-programma-ouderenzorg-npo/>. Geraadpleegd op: 6 januari 2016.

Verlies van empathie bij frontotemporale dementie is een primaire stoornis, onafhankelijk van sociale intelligentie

H. F. A. Diesfeldt

Oorspronkelijke publicatie Baez S, Morales JP, Slachevsky A, Torralva T, Matus C, Manes F, Ibanez A (2016) Orbitofrontal and limbic signatures of empathic concern and intentional harm in the behavioral variant frontotemporal dementia. *Cortex* 75:20–32

Conclusie van het artikel

Mensen met de gedragsvariant van een frontotemporale dementie kunnen situaties waarin iemand een ander per ongeluk benadeelt, niet goed onderscheiden van situaties waarin dat opzettelijk gebeurt. In situaties waarin een ander opzettelijk pijn wordt gedaan, voelen zij minder compassie met het slachtoffer.

Bespreking van de studie

Onderzoekers vervaardigden een set ultrakorte films van telkens twee seconden die lieten zien hoe iemand een ander per ongeluk pijn deed, of juist opzettelijk, elf filmpjes voor elke situatie. Drie andere films waren neutraal, bijvoorbeeld iemand reikt de ander een schrift aan, of een bloem. Voorbeelden zijn op het internet te zien (<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2014.00262/full>). Onder aan een trap staat een nietsvermoedende man. Een ander slaat hem onverhoeds met een honkbalknuppel in de rug. Vervolgens krijgt de onderzochte zes vragen te beantwoorden. Gebeurt dit met opzet (ja of nee)? Hoe slecht is de bedoeling? Hoe erg heb je met het slachtoffer te doen? Hoe erg vind je wat hier gebeurt? Hoe slecht is deze daad? Hoeveel straf verdient de dader? De laatste vijf vragen konden worden beantwoord door onderaan op een computerscherm een schuifje vanaf het

midden te verplaatsen naar een punt tussen 'helemaal niet erg (veel)' en 'heel erg (veel)'. Een ander filmpje speelt zich af op een bowlingbaan. De speler die aan de beurt is, heeft niet door dat er iemand vlak achter hem staat. Hij zwaait zijn arm met de bowlingbal naar achteren en raakt per ongeluk de knie van de vrouw achter hem. Ook bij deze scène moeten de zes vragen worden beantwoord, evenals bij de drie scènes van neutrale, niet-pijnlijke situaties. Op geen van de films zijn van pijn vertrokken gezichten of andere emoties te zien, alleen de gemene, ongelukkige of neutrale acties. De onderzoekers lieten de films zien aan 26 mensen met de gedragsvariant van een frontotemporale dementie en 23 leeftijdgenoten zonder dementie. De deelnemers waren gemiddeld 66 jaar oud (variërend van 52 tot 80) en telden ongeveer evenveel vrouwen als mannen. De deelnemers werden tevens uitgebreid onderzocht met tests voor uitvoerende mentale controle en sociale intelligentie (emotieherkenning en *theory-of-mind*).

Resultaten

De deelnemers met dementie begrepen meestal goed dat gemene daden met opzet gebeurden. Zij dachten echter vaker dan de deelnemers zonder dementie dat acties die iemand per ongeluk benadeelden, opzettelijk waren bedoeld. Cognitieve beperkingen speelden bij dit verschil in inzicht een beslissende rol. Deelnemers met dementie presteerden minder goed op tests die een beroep doen op zelfcontrole, werkgeheugen en abstract denken. Deze cognitieve beperkingen verklaarden veel van het verschil in inzicht in het karakter van de gefilmde handelingen, of deze per ongeluk of met opzet gebeurden. Bij de deelnemers zonder dementie riepen slachtoffers die in de filmpjes met opzet benadeeld werden meer medelijden op dan mensen die per ongeluk 'op de verkeerde plaats' stonden en daar schade van ondervonden. De deelnemers met dementie maakten qua compassie geen onderscheid tussen opzettelijke en

H. F. A. Diesfeldt (✉)
Putten, Nederland
e-mail: h.diesfeldt@outlook.com

per-ongeluk-benadeling. En als er opzet in het spel was, hadden mensen met dementie minder medelijden met het slachtoffer dan de deelnemers zonder dementie. Hier menen de onderzoekers de vinger te kunnen leggen op specifiek empathisch onvermogen bij de deelnemers met dementie. Wanneer de onderzoekers in hun analyses rekening hielden met individuele verschillen in sociale intelligentie, bleven zij nog steeds een duidelijk verschil zien: de deelnemers met dementie voelden minder medelijden met de slachtoffers van opzettelijke gemene streken dan de deelnemers in de vergelijkingsgroep. In hersenscans werd zichtbaar dat atrofie aan de onderkant van de frontale hersenschors (orbitofrontaal) samenhang met verminderde compassie, terwijl atrofie in de wat hoger gelegen gebieden (amygdala en gyrus cinguli anterior) samenhang met een verminderd vermogen om opzettelijke acties te onderscheiden van kennelijke 'ongelukjes'.

Commentaar

Het onderzoek voegt een origineel instrument toe aan de huidige vragenlijsten die goede bekenden van de patiënt kunnen invullen over gedragsveranderingen en veranderingen van empathie. Het onderzoek laat zien dat deelnemers met frontale atrofie in bepaalde opzichten juist niet verschilden van de vergelijkingsgroep. Beide groepen vonden het slecht om een ander met opzet pijn te doen en keurden het gedrag van de daders af. Ook waren de deelnemers in beide groepen het met elkaar eens dat mensen die een ander met opzet kwetsten meer straf verdienden dan wanneer dat per ongeluk gebeurde. In moreel opzicht dachten de deelnemers met frontale atrofie dus hetzelfde als de deelnemers in de controlegroep. Empathie is een complexe executieve functie, zoals ook duidelijk werd in dit onderzoek. De bedoeling van andermans daden (expres of per ongeluk) werd minder goed begrepen en medelijden met de pijn van een slachtoffer was minder uitgesproken, maar dat het slecht en strafbaar is om een ander opzettelijk pijn te doen, begrepen de mensen met frontale atrofie in dit onderzoek maar al te goed.

Signalementen

Zelfmanagement na een beroerte is meer dan 'doe het zelf'

Voor veel mensen is het oppakken van het leven na een herseninfarct of hersenbloeding een uitdaging. Het uitvoeren van dagelijkse activiteiten blijkt een waardevol middel om zelfmanagementcompetenties te ontwikkelen. Wetenschapper/ergotherapeut *Ton Satink*, 52 jr, onderzocht de mogelijkheden van zelfmanagement na een beroerte vanuit het perspectief van de getroffen, hun partners en paramedici. Het gaat dan ook om co-management, dus in samenwerking met de partner, en om zelfmanagement van de partner.

Zelfmanagement is een complex en dynamisch leerproces en bestaat uit drie fases: zelfmanagement van de CVA-consequenties, zelfmanagement van (delen van) activiteiten en zelfmanagement van betekenisvolle rollen en deelname aan een betekenisvol leven. CVA-zelfmanagementprogramma's zouden een combinatie moeten zijn van interventies gericht op medisch, rollen en emotioneel management. Afhankelijk van de fase en de wensen en behoeften van de CVA-getroffenen en hun naasten dient, naarmate men verder komt in het proces na een beroerte, de focus van de interventies te verschuiven van medisch management naar rolmanagement.

Op grond van zijn promotieonderzoek adviseert Satink twee interventies voor patiënten in de thuis situatie: na ontslag een programma waarbij de focus ligt op zelfmanagement van dagelijkse activiteiten en weer participeren in de maatschappij, vervolgens is er behoefte aan interventies met aandacht voor existentiële aspecten en aanpassing van betekenisvolle rollen.

Proefschrift *What about self-management post-stroke? Challenges for stroke survivors, spouses and professionals*, Radboud Universiteit Nijmegen, 6 juli 2016, ISBN 978-94-0280-155-2. Promotores waren prof. dr. M.W.G. Nijhuis-van der Sanden en prof. dr. S. Josephsson.

Stoppen met antihypertensiva geeft geen verbetering van cognitieve functie

Tijdelijk staken van behandeling met antihypertensiva bij ouderen van 75 jaar en ouder met lichte cognitieve beperkingen verbetert niet hun cognitief en psychologisch of dagelijks functioneren, blijkt uit het promotieonderzoek van neurowetenschapper *Jessica Foster-Dingley*, 33 jr, naar de rol van bloeddruk in relatie tot cerebrale structuur, neurocognitief functioneren en hemodynamische aspecten van het brein op oudere leeftijd. Andere bevindingen uit haar onderzoek zijn onder andere dat bij ouderen niet een hogere maar eerder

een lagere bloeddruk is geassocieerd met structurele en microstructurele hersenschade. Zo blijkt een lagere bloeddruk geassocieerd met kleinere volumina van de subcorticale gebieden zoals de thalamus, putamen en de hippocampus en dat dit gerelateerd is aan verminderd cognitief functioneren. Bloeddruk blijkt ook niet geassocieerd met de aanwezigheid van lacunaire infarcten en cerebrale microbloedingen, maar een lagere bloeddruk wel met een verminderde structurele integriteit van de grijze stof. Het stoppen van het gebruik van antihypertensiva blijkt at follow up, vier maanden later, wel geassocieerd met een hogere bloeddruk maar heeft niet geleid tot een grotere cerebrale bloeddoorstroming.

Proefschrift *Blood pressure in old age. Exploring the relation with the structure, function and hemodynamics of the brain*, Universiteit Leiden, 6 september 2016, 160 p, ISBN 978-94-6332-044-3. Promotor was prof.dr. R.C. van der Mast.

Sociale participatie is belangrijk voor mensen met dementie

Door het progressief verloop worden mensen met dementie steeds meer afhankelijk van naasten en professionele zorgverleners en er verandert ook veel in hun emotionele en sociale leven. Verschillende studies tonen aan dat mensen met dementie sociale participatie belangrijk vinden voor hun kwaliteit van leven. Gezondheidswetenschapper *Marijke van Haften-van Dijk*, 30 jr, onderzocht de implementatie en effecten van twee interventies om die sociale participatie te bevorderen en daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren. De eerste interventie betrof de transitie van reguliere psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis naar sociaal geïntegreerde, laagdrempelige dagbehandeling met mantelzorgondersteuning in de wijk. De tweede interventie betrof de implementatie van huiskamervoorstellingen voor mensen met dementie die in verpleeghuizen wonen.

De resultaten wijzen op een mogelijke meerwaarde van laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandeling met mantelzorgondersteuning in de wijk volgens het Model Ontmoetingscentra, hoewel de mantelzorgers juist meer psychische nood ondervonden dan mantelzorgers in de reguliere dagbehandeling. Mogelijk dat zij zich door de ontvangen informatie en het lotgenotencontact in de gespreksgroepen bij de nieuwe interventie meer bewust werden van hun eigen behoeften aan ondersteuning.

Bij een eerste exploratieve studie naar het effect van huiskamervoorstellingen werden positieve effecten gevonden op gedrag (o. a. lachen, herinneringen ophalen), stemming (o. a. blij, tevreden) en domeinen van

kwaliteit van leven (sociale betrokkenheid, zich thuis voelen), maar uitsluitend bij het optreden van professionele acteurs. Er werden geen positieve effecten gevonden van huiskamervoorstellingen door getrainde zorgverleners. Mogelijk zijn goed getrainde zorgverleners met meer ervaring in het verzorgen van huiskamervoorstellingen in staat om vergelijkbare resultaten te behalen.

Proefschrift *Social participation and quality of life in dementia. Implementation and effects of interventions using social participation as strategy to improve quality of life of people with dementia and their carers*, Vrije Universiteit Amsterdam, 13 september 2016, 208 p, ISBN 978-94-6233-341-3. Promotor was prof. dr. R.M. Droës.

Ouderen die willen doorwerken moeten hun kennis op peil houden

Door de vergrijzing is het aandeel oudere werknemers op de arbeidsmarkt sterk gestegen, daarbij komt nog het afschaffen van de VUT (vervroegde uittreding) en de verhoging van de AOW-leeftijd door de overheid. Het is verder niet alleen aan oudere werknemers zelf om te bepalen tot welke leeftijd zij doorwerken, zie de hoge onvrijwillige en langdurige werkloosheid onder deze groep. De rol van werkgevers op deze arbeidsmarkt, met name wat betreft het doorwerken na pensioen, is nog weinig belicht in de wetenschappelijke literatuur.

Socioloog/gedragwetenschapper *Jaap Oude Mulders* onderzocht op welke manier werkgevers (organisaties en managers) omgaan met het doorwerken van oudere werknemers, in het bijzonder in de periode na het pensioen. Er is onder andere gekeken of en voor welk soort werk organisaties gepensioneerd in dienst hebben, maar ook naar de betaling. Uit de resultaten blijkt dat ongeveer de helft van de ondervraagde organisaties op dat moment of nog recent gepensioneerd in dienst heeft (gehad). Daarbij wordt 80 % ingezet voor regulier werk. Ook voor specifieke klussen en als oproepkracht komt vaak voor. De betaling is in 86 % van de gevallen regulier, 9 % van de organisaties betaalt slechts een onkostenvergoeding en 4 % betaalt niet.

Het promotieonderzoek heeft aangetoond dat veel organisaties in principe openstaan voor langer doorwerkende ouderen, ook in de periode na pensioen, maar dat dit in de praktijk alleen plaatsvindt bij een duidelijk toegevoegde waarde voor de organisatie. Er zijn ook werkgevers die onder geen beding gepensioneerd in dienst nemen.

Met name topmanagers kunnen een sturende rol hebben in het creëren van kansen voor ouderen door het scheppen van een positief normerend klimaat voor oudere werknemers. Daarbij moeten ouderen zich realiseren dat kennis en ervaring hun belangrijkste eigen-

schappen zijn en dat het de moeite waard is om zich continu te blijven ontwikkelen.

Proefschrift *Organizations, managers, and the employment of older workers after retirement*, Universiteit Utrecht, 16 september 2016, 137 p, ISBN 978-94-9187-018-7. Promotores waren prof. dr. J.J. Schippers en prof. dr. C.J.I.M. Henkens.

Met smartphone-technologie kunnen ouderen zelf thuis hun bloeddruk monitoren

Eerdere studies hebben laten zien dat met name bij mensen van middelbare leeftijd cardiovasculaire risicofactoren het risico op hersenveroudering en cognitieve stoornissen op oudere leeftijd verhogen. Bij oudere mensen lijkt deze relatie veel minder sterk. Zo blijkt dat hoge bloeddruk op middelbare leeftijd een risicofactor is voor cardiovasculaire ziekten, hersenatrofie en cognitieve achteruitgang, maar dat op oudere leeftijd een lage bloeddruk juist gerelateerd is aan een hoger risico op cardiovasculaire ziekten en cognitieve achteruitgang.

Arts/onderzoeker *Liselotte Wijsman*, 31 jr, onderzocht bovengenoemde relaties nader en concludeert in haar proefschrift dat bij ouderen met een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten een hoge diastolische bloeddruk gepaard gaat met een lager risico op het optreden van complicaties. Ander onderzoek toonde aan dat een hogere variabiliteit in systolische en diastolische bloeddruk bij ouderen gerelateerd is aan een slechtere cognitieve functie, ongeacht de waarde van de gemiddelde bloeddruk.

Bij haar onderzoek naar vroege markers van hartziekte concludeert zij dat N-terminal pro-brain natriuretisch peptide en cardiaal troponine T zijn geassocieerd met slechter cognitief functioneren en een snellere achteruitgang in cognitieve bij ouderen met een hoog risico op hart en vaatziekten.

Liselotte Wijsman introduceert een nieuwe onderzoekstechniek iVitality die het mogelijk maakt om indicatoren van gezondheid thuis te kunnen meten en concludeert dat smartphone-technologie een effectieve methode is bij het langdurig monitoren van bloeddruk in de thuissituatie. Omdat het opsporen en controleren van een hoge bloeddruk hersencomplicaties voorkomt kan dit ook een preventieve methode zijn om uiteindelijk cognitieve achteruitgang te voorkomen.

Proefschrift *Blood pressure, cardiac biomarkers and cognitive function in old age*, Universiteit Leiden, 11 oktober 2016, 148 p, ISBN 978-94-6233-351-2. Promotor was prof. dr. R.G.J. Westendorp.

Hogeschool Windesheim in Zwolle opent expertisecentrum dementie

Op 21 september 2016, Wereld Alzheimerdag, vond de officiële opening plaats van *ProMemo, Expertise-*

centrum Dementie voor Professionals. Samen met een groeiend aantal regionale partners wil ProMemo het professioneel handelen van (toekomstige) mbo- en hbo-professionals versterken zodat zij excellente ondersteuning kunnen bieden bij dementie. Doel is om een duurzame verbinding tussen beroepspraktijk, onderwijs en onderzoek te creëren, die ontwikkeling en implementatie van sociale en technologische innovatie mogelijk maakt.

Het aantal mensen met dementie neemt toe en zij blijven langer thuis wonen, ook als de dementie vordert. Dit betekent dat dementie steeds zichtbaarder wordt in de samenleving. Dementie is daarmee een aandoening die niet alleen mantelzorgers, directe omgeving en professionals raakt, maar ook burgers en dienstverleners zoals winkeliers, politie en brandweer. Deze veranderingen brengen voor professionals uitda-

gingen met zich mee, maar ook kansen om door innovatie, onderzoek en (doorlopende) scholing de beroepspraktijk te versterken. ProMemo wil (toekomstige) professionals zodanig opleiden en nascholen dat ze mensen met dementie zoveel mogelijk ondersteunen om op hun eigen manier en op eigen kracht het leven te kunnen leiden zoals zij dat willen. Dus van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. Uitgangspunt voor het professionele handelen is een persoonsgerichte ondersteuning vanuit een netwerkbenadering.

Het expertisecentrum wordt gedragen door twee Windesheimlectoraten, het lectoraat Innoveren met Ouderen onder leiding van dr. Carolien Smits en het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg onder leiding van dr. ir. Marike Hettinga. Voor meer informatie dr. Marijke Span, kwartiermaker ProMemo, m.span@windesheim.nl.