

University of Groningen

Tailoring care for older adults

Rietkerk, Wanda

DOI:
[10.33612/diss.112158333](https://doi.org/10.33612/diss.112158333)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Rietkerk, W. (2020). *Tailoring care for older adults: understanding older adults' goals and preferences*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen.
<https://doi.org/10.33612/diss.112158333>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

8.

Scientific summary
Wetenschappelijke samenvatting
List of abbreviations
Dankwoord
Curriculum Vitae

SUMMARY

Care for older adults presents a lot of challenges in the coming decades. A growing number of community-dwelling older adults are currently receiving dispersed treatment by numerous care professionals. This thesis has emerged from the desire to address the challenges and pitfalls with reorganization of older adult health care.

In chapter 1 the topic is introduced and the importance of tailoring care for older adults is underlined. The difficulties in providing the right care for older adults emerge in the context of a growing older adult population with an increasing disease burden. With this so-called multi-morbidity, care complexity increases. This implies a necessity for a tailored approach. Yet, current health care systems are largely built on an acute episodic care model which is ill-equipped to meet the long-term and fluctuating needs of older people with complex chronic health problems, as illustrated in the case below.

Case – older adult with multi-morbidity experiences dispersed care ignorant to her goals

Mrs. Blue is an 89-year old community-dwelling woman. Despite several chronic diseases and polypharmacy, she is able to preserve her frequent family and social contacts. However, soon after she starts to experience excessive lumbar pain, seven different care professionals become involved. However, they are not able to prevent her independent functioning to quickly impair. Mrs. Blue's pain experience is taking over her life and she does not know which care professional could help her with further care planning. None of these care professionals discusses Mrs. Blue's goals nor her preferences with her or with each other.

As the optimal way to develop and deliver tailored care is not researched nor understood in detail, more insight is needed into "what should be done by whom, for which target group and at what moment", to improve current practice in older adult care.

The thesis started with the following assumption:

"Tailored care by means of goal setting and enhanced patient involvement improves well-being for older adults experiencing frailty and multi-morbidity."

With the realist evaluation approach this assumption was explored on the level of *outcomes, mechanisms* and *context* within different contemporary care practices.

Outcomes: The effects of goal setting for older adults within a proactive care setting

Chapter 2 studied effects of goal setting for 453 frail older adults (65+) on well-being within an proactive assessment service. Halfway through the duration of the programme, we adapted the original service (Sage-atAge) with the aim to increase older adult involvement through individual goal setting and training health care professionals in using motivational interviewing techniques (Sage-atAge+). However, we found no significant difference in the change in well-being scores between the older adults receiving the Sage-atAge+ service and the original Sage-atAge service. Also, after we selected only those participants for the Sage-atAge+ group who received the service as intended, no change in well-being scores was found.

In chapter 3, we assess the results of goal planning for older adults within Embrace, an integrated person-centred care setting. Goals were set by 233 older adults (75+) with a case manager, with the aim to improve health-related problems. For every goal, they rated two severity scores ranging from 0 (no problem) to 10 (extremely severe): a baseline score and a target score. They were then supported by case management to achieve their goals. Within one year, they rated an end score to evaluate these goals. Every older adult set a median of three goals with an average baseline score of 6.0. Older adults were able to attain almost three quarters of these goals. Goal progress (the difference between severity at start and at end) was at mean 2.5 points. Goals related to physical health were the most likely to be attained and goals for mobility and pain the least likely.

Mechanisms: The older adult and care professional's perspective explaining the effects of goal setting within a proactive assessment service

We then explored mechanisms which could explain the lack of effect on well-being for Sage-atAge+ (as assessed in Chapter 2). In chapter 4, we describe the experience of the older adults with Sage-atAge+. During in-depth interviews with 25 participants of the Sage-atAge+ service, the majority expressed satisfaction with the service. They based this on communication aspects, since only a few of them expressed real program benefits. The most redeeming feature of the service was the coverage of the older adults' need for a holistic view by the multi-domain and multidisciplinary assessment. However, on the downside, older adult engagement and the correct timing of the service were hampered by the proactive recruitment and the limited integration of the program with existing care services.

Chapter 5 explores the experience of care professionals with goal setting within Sage-atAge+. We assessed adherence to motivational interviewing by reviewing audiotaped interactions. In only one of eleven interactions, all four expert-driven *fair* thresholds for motivational interviewing were reached. We then reviewed the

280 goals set with 230 older adults. Most of these goals lacked characteristics which increase potential for behaviour change. From interviews with care professionals, we learned that little time was spent on goal planning and proficiency was lacking for evoking motivation. The proactive nature of the service emerged as an important barrier and cause for the suboptimal goal planning and motivational implementation. Unsurprisingly, this decreased the potential for behaviour change and improved well-being in the older adults who participated.

Context: The older adults' preferences explain the outcomes of a proactive assessment service

We then studied an important context in which care reforms for older adults reside, namely the preferences of older adults. In chapter 6, older adult (65+) preferences are described for health decision involvement and health behaviour. These preferences were assessed with multiple Likert-scales. Among 1408 older adults, half of them prefer both health decision engagement and health behaviour. Thus, increased involvement – as strived for within Sage-atAge+ – does not match the preference of all older adults. We also show that a low preference for both decision involvement and health behaviour was significantly related to older age, single marital status, assisted-living situation, low education level, higher frailty, and lower quality of life. However, demographic and clinical characteristics insufficiently predict these preferences for an individual. Therefore, these preferences can only be identified and adequately matched to by discussing and verifying them.

Adapting the posed assumption after studying tailored care for older adults with the realist evaluation approach

In Chapter 7, we summarise the answers to the research questions, reflect on the studies on outcomes, mechanisms and context, and describe the implications for research and practice.

We elaborate on the additional value of goal setting, for practice as well as for feature outcome measures, as they are able to capture the heterogeneity of older adult needs and are able to detect change over time. Since not all older adults prefer to perform health behaviour nor have faith in the proactive tackling of future problems, it takes time to engage them in proactive care approaches. We reflect on these findings as they seem important and cannot be overlooked when further redesigning care for older adults. Also the difference in mechanisms between outpatient and inpatient geriatric assessments are set forth. The reality of non-linear relations within older adult cases and care is discussed and adaptive research designs are suggested.

In concluding, by studying proactive care for frail older adults incorporating goal setting from the realist evaluation approach, we now have a better understanding

into the extent to which current care developments align with the needs, goals and preferences of older adults. Therefore we reframe the theory posed at the beginning of the thesis into:

“Tailored care for older adults experiencing frailty and multi-morbidity by means of goal setting and involvement adapted to their engagement preferences, supports their need for holistic care, but can only have impact on individual goals when embedded within a durable contact with professionals who actively align care with each other.”

Of course, our findings demand for future research, as well as commitment of policy makers and care professionals. At this point, the implication for daily practice can already be outlined in the development of Mrs. Blue’s case.

Case – In conclusion – Taking Mrs. Blue’s goals and preferences into account

The GP explores the impact of the pain for Mrs. Blue on her life, and her priorities when searching for a solution. Thereafter, the GP discusses these needs and goals with the involved care professionals, to align their implications for the right pain management in order to strive for increased well-being.

SAMENVATTING

Zorg voor ouderen kent de komende decennia veel uitdagingen. Er is een groeiend aantal thuiswonende ouderen en zij ontvangen zorg versnipperd over talloze zorgprofessionals. Dit proefschrift is voortgekomen uit de wens om de uitdagingen en valkuilen te begrijpen die gepaard gaan met de reorganisatie van de gezondheidszorg voor ouderen.

In hoofdstuk 1 wordt het belang van zorg op maat voor ouderen onderstreept. De moeilijkheden bij het bieden van de juiste zorg voor ouderen ontstaan in de context van een vergrijzende populatie met een toenemende ziektelast. Voor individuen met zogenaamde multi-morbiditeit neemt de zorgcomplexiteit toe en dit vereist een individuele benadering. Het huidige gezondheidszorgstelsel en haar bekostiging zijn echter grotendeels gebaseerd op een acuut episodisch zorgmodel dat niet aansluit bij de langdurige en fluctuerende behoeften van ouderen met complexe chronische gezondheidsproblemen, zoals in de onderstaande casus wordt geïllustreerd.

8

Casus - De huidige situatie - oudere ontvangt versnipperde zorg

Mevrouw M. is een 89-jarige thuiswonende vrouw die ondanks meerdere aandoeningen en polyfarmacie in staat is om frequente familie- en sociale contacten te onderhouden. Als zij hevige uitstralende pijn in haar been krijgt, raken al gauw zeven verschillende zorgprofessionals bij haar betrokken. Ze kunnen echter niet voorkomen dat haar zelfstandigheid fors afneemt. De pijn van mevrouw M. neemt haar leven over en ze weet niet welke zorgverlener haar verder kan helpen. Geen van deze zorgprofessionals bespreekt de doelen van mevrouw M. noch haar voorkeuren voor de behandeling met haarzelf of met elkaar.

Het is nog onvoldoende bekend wat de optimale manier is om zorg te leveren die toegespitst is op de complexiteit van het individu. Er is meer inzicht nodig in "wat er gedaan moet worden, door wie, voor wie en op welk moment" om ouderenzorg op maat te kunnen leveren.

Het proefschrift start vanuit de volgende assumptie:

"Zorg op maat door het stellen van doelen en verhoogde patiëntbetrokkenheid verbetert het welbevinden van kwetsbare ouderen."

Deze assumptie is getoetst door niet alleen de effecten, maar ook de mechanismen en context van het stellen van doelen te bestuderen. Deze zogenaamde realistische evaluatiebenadering pasten wij toe binnen verschillende bestaande zorgprojecten.

De effecten van het stellen van doelen voor ouderen binnen proactieve zorg

Hoofdstuk 2 beschrijft de effecten van het stellen van doelen voor 453 kwetsbare ouderen (65+) op welbevinden bij Wijs Grijs. Dit was een proactief aangeboden geriatrisch assessment door een verpleegkundige of - voor de meest kwetsbaren - een specialist ouderengeneeskunde. Het assessment werd afgesloten met een conclusie en adviezen aan de oudere en de huisarts, die verstuurd werden naar de huisarts. Halverwege de duur van het programma is het oorspronkelijke programma (Wijs Grijs 1.0) aangepast met als doel de betrokkenheid van de ouderen te vergroten. Hiervoor werden individuele doelen gesteld met de deelnemers en de zorgverleners werden getraind in het gebruik van motiverende gespreksvoering (Wijs Grijs 2.0). Ouderen ontvingen daarbij ook een doelenkaart waarop hun doel en bijbehorende adviezen werden meegegeven. De ouderen die Wijs Grijs 2.0 volgden hadden echter geen verschil in verandering in welbevinden vergeleken met de ouderen die het oorspronkelijke Wijs Grijs 1.0 programma doorliepen. Ook het deel van de Wijs Grijs 2.0-groep dat ook daadwerkelijk de doelenkaart ontving, ervoerde geen verandering in welbevinden.

In hoofdstuk 3 beschrijven we het proces van het stellen en behalen van doelen voor ouderen binnen SamenOud, een populatiemanagement programma. Door 233 ouderen (75+) werden samen met een casemanager doelen gesteld, om gezondheidsproblemen te verbeteren. Voor elk doel beoordeelden de ouderen de ernst van het huidige probleem en de beoogde ernst na een jaar, met een score variërend van 0 (geen probleem) tot 10 (extreem ernstig). Ze werden vervolgens begeleid door een casemanager om hun doelen te bereiken. Binnen een jaar gaven de ouderen een eindscore om deze doelen te evalueren. De ouderen stelden elk zo'n drie doelen met een gemiddelde ernst van 6,0. De ouderen bereikten binnen een jaar bijna driekwart van deze doelen. De ouderen ervoerden gemiddeld 2,5 punten vooruitgang op een doel. Doelen voor lichamelijke gezondheid werden het meest frequent behaald en doelen voor mobiliteit en pijn het minst frequent.

Mechanismen: Het perspectief van de oudere en de zorgprofessional

Vervolgens onderzochten we mechanismen die het gebrek aan effect op het welbevinden binnen Wijs Grijs 2.0 kunnen verklaren (zoals beschreven in hoofdstuk 2). Hoofdstuk 4 bestudeert de ervaring van ouderen met Wijs Grijs 2.0. Tijdens diepte-interviews met 25 deelnemers aan het Wijs Grijs-programma vertelde de meerderheid tevreden te zijn over het programma. Deze tevredenheid leek echter alleen betrekking te hebben op de bejegening door de zorgprofessionals. Slechts

enkelen van hen vertelden ook profijt te hebben ervaren van deelname. De belangrijkste toegevoegde waarde van Wijs Grijs aan de bestaande zorg was het vervullen van de behoefte van de ouderen aan een holistische benadering, met het geriatrische (multidisciplinaire multi-domein) assessment. Knelpunten waren echter dat de betrokkenheid van ouderen en de juiste timing van het assessment werden belemmerd door de proactieve werving en dat het programma slechts beperkt geïntegreerd was met reeds betrokken zorgprofessionals.

In hoofdstuk 5 verklaren we de ervaring van zorgprofessionals met het stellen van doelen binnen Wijs Grijs 2.0. We evalueerden de toepassing van motiverende gespreksvoering met elf geluidsopnames van assessments. Slechts in één van de elf opnames werden alle normen voor redelijke motiverende gespreksvoering geobserveerd. Door 230 ouderen werden 280 doelen gesteld. De meeste van deze doelen misten echter kenmerken die belangrijk zijn voor daadwerkelijke gedragsverandering. Ze waren bijvoorbeeld niet concreet of niet geformuleerd op het niveau van gedrag. Uit interviews met de Wijs Grijs zorgprofessionals leerden we dat zij weinig tijd besteedden aan het uitwerken van plannen om de doelen te behalen en dat hen de vaardigheid ontbrak om motivatie te ontlocken. Het proactieve karakter van het programma bleek een belangrijke reden voor de beperkte implementatie van concrete doelen en de motiverende gespreksvoering. Uiteraard vermindert dit de kans op gedragsverandering dan wel het verbeteren van het welbevinden bij de deelnemende ouderen.

Context: In hoeverre proactieve zorg en doelen stellen past bij de voorkeuren van ouderen

Vervolgens bestudeerden we een belangrijk onderdeel van de context waarin reorganisatie van zorg voor ouderen plaatsvindt, namelijk de voorkeuren van deze ouderen zelf. In hoofdstuk 6 worden de voorkeuren van ouderen (65+) beschreven. De voorkeur voor betrokkenheid bij gezondheidsbeslissingen en de voorkeur voor het uitvoeren van gezondheidsgedrag werden gemeten met twee Likert-schalen. Van 1408 ouderen geeft de helft aan de voorkeur te hebben om zowel gezondheidsbeslissingen zelf te nemen als om gezondheidsgedrag uit te voeren. De andere helft had op één of beide gebieden de voorkeur hier niet actief in betrokken te zijn. Een grotere betrokkenheid - zoals nagestreefd binnen Wijs Grijs 2.0 - sluit dus niet uniform aan bij de voorkeur van alle ouderen. We laten ook zien dat een lage voorkeur voor zowel beslissingsbetrokkenheid als gezondheidsgedrag significant gerelateerd was aan hogere leeftijd, alleenstaand-zijn, een niet-zelfstandige woonsituatie, laag opleidingsniveau, hogere kwetsbaarheid en lagere kwaliteit van leven. Deze demografische en klinische kenmerken voorspellen de voorkeuren voor een individu echter onvoldoende; geen enkel kenmerk is uniek voor een voorkeur. Daarom kan een zorgprofessional pas adequaat afstemmen op deze voorkeuren als de zorgprofessional ze bespreekt of verifieert.

Aanpassing van de voorgestelde assumptie na het bestuderen van ouderenzorg op maat met de realistische evaluatiebenadering

In hoofdstuk 7 volgt een reflectie op alle resultaten. Het stellen van doelen lijkt voor zowel de praktijk als voor uitkomstmaten bij uitstek geschikt omdat doelen in staat zijn de heterogeniteit van de behoeften van ouderen te omvatten en veranderingen in de tijd te detecteren. Aangezien niet alle ouderen vertrouwen hebben in het proactief aanpakken van toekomstige problemen, of geen voorkeur geven aan gezondheidsgedrag, kost het tijd om hen te betrekken bij proactieve zorgbenaderingen. Met deze uitkomst dient rekening gehouden te worden bij het verder herontwerpen van de zorg voor ouderen. Tenslotte is bij veroudering en de zorgbehoeften van individuele ouderen overduidelijk sprake van niet-lineaire verbanden en complexe patronen. De impact hiervan op de zorginrichting en onderzoeksmethoden wordt besproken en alternatieve designs die rekening houden met deze complexiteit worden voorgesteld.

Concluderend hebben we door het bestuderen van het proactief stellen van doelen met kwetsbare ouderen een beter inzicht in de mate waarin de huidige zorgontwikkelingen aansluiten bij de behoeften, doelen en voorkeuren van ouderen. Daarom herformuleren we de assumptie die we aan het begin van het proefschrift opstelden als volgt:

“Zorg op maat voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit door het stellen van doelen en het aanpassen van hun betrokkenheid aan hun regie-voorkeuren, sluit aan bij hun behoefte aan holistische zorg, maar kan alleen impact hebben op individuele doelen wanneer deze zorg duurzaam contact met professionals omvat en in een netwerk van professionals wordt geboden die actief met elkaar afstemmen.”

Natuurlijk vragen onze bevindingen om toekomstig onderzoek, evenals de inzet van beleidsmakers en zorgprofessionals. Desalniettemin is nu al een implicatie te schetsen voor de dagelijkse praktijk in het vervolg van de casus van mevrouw M.

Casus - Rekening houden met de doelen en voorkeuren van mevrouw M.

De huisarts focust op de impact van de pijn op het leven van mevrouw M. en vraagt haar prioriteiten uit bij het zoeken naar een oplossing. Mevrouw M. geeft aan dat ze graag bewegingsoefeningen wil doen om het herstel te bevorderen. Daarna bespreekt de huisarts deze voorkeuren en doelen met de andere betrokken zorgprofessionals. Hierna kan een plan gemaakt worden voor een eenduidig pijnmanagement om zo haar welbevinden te verbeteren.

LIST OF ABBREVIATIONS

| | |
|---------------|--|
| (i)ADL | (Instrumental) Activities of daily living |
| CEP | Composite endpoint |
| CGA | Comprehensive Geriatric Assessment |
| CI | Confidence Interval |
| COPM | Canadian Occupational Performance Measure |
| COREQ | Consolidated criteria for Reporting Qualitative studies |
| GAS | Goal Attainment Scaling |
| GeriatricS | The Geriatric ICF Core Set |
| GFI | Groningen Frailty Indicator |
| GP | General practitioner |
| HBP | Health Behaviour Preference |
| HDEP | Health Decision Engagement Preference |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| INTERMED-E-SA | INTERMED for the Elderly Self-Assessment |
| IQR | Inter Quartile Range |
| MI | Motivational Interviewing |
| MITI | Motivational Interviewing Treatment Integrity (code) |
| NRS | Numeric Rating Scale |
| PCP | Primary care practice |
| QoL | Quality of Life |
| RCT | Randomised controlled trial |
| SD | Standard deviation |

DANKWOORD

A small step for mankind, a giant leap for this individual.

Voor het mede mogelijk maken van deze bescheiden stap voor de mensheid wil ik de volgende personen bedanken:

Allereerst alle ouderen die meededen aan de Werkplaatsen, SamenOud of Wijs Grijs. Bedankt voor het invullen van de (echt hele lange) vragenlijsten. Van de ouderen die meededen met de interviews leerden we dat een belangrijke motivator voor deelname aan Wijs Grijs het helpen van de wetenschap was. Bedankt voor het in ons gestelde vertrouwen. En zeker is het van waarde geweest! Daarnaast ook alle medewerkers en hulpverleners bij Wijs Grijs bedankt voor de openheid om jullie ervaringen te delen met mij als onderzoeker en jullie nieuwsgierigheid naar de mogelijkheden van het veranderen van de ouderenzorg, waardoor Sytse uitgenodigd werd om jullie handelen te evalueren en dit onderzoek mogelijk gemaakt werd.

En uiteraard dank aan alle academische meedenkers, co-auteurs, scriptiestudenten en collega's voor het ontwerpen, uitvoeren, interpreteren dan wel beschrijven van dit onderzoek. Uiteraard mijn begeleidingscommissie in het bijzonder:

Professor Zuidema, beste Sytse, gedurende mijn traject werd je professor, bouwde je het UNO-UMCG en vele (internationale) onderzoekslijnen op. Ondanks je drukke agenda en mijn wispelturige motivatie, bleef je altijd positief en geïnteresseerd in het onderzoek, maar bovenal in mij. Dat vond ik dapper, knap en vooral heel waardevol. En een heel mooi voorbeeld van een holistische benadering!

Professor Gerritsen, beste Debby, gedurende mijn traject werd jij mijn co-promotor. Je inhoudelijke kennis hielp mij om mijn behoefte aan een kwalitatieve kijk op de zaak te verwezenlijken. En met je onmetelijke onbevooroordeelde interesse in (alle faalfactoren) van het project en in mij kon ik altijd weer overtuigd worden dat het onderzoek tot een goed en zinvol einde zou komen. Ik ben verheugd dat we onze samenwerking voortzetten.

Professor Slaets, beste Joris, gedurende mijn traject stuurde je aan op groei en zelfstandigheid van mij als promovendus. Daarbij kreeg ik alle vrijheid, waar ik veel behoefte aan had, en leverde je input als het nodig was. Het was fijn om een gezamenlijke interesse en ervaring te hebben in het belang van het narratief van de patiënt.

Beste Klaske, het is bizar en verdrietig dat ik jou niet meer persoonlijk kan bedanken. Je had een tomeloze inzet en interesse in het veld van de ouderenzorg.

Ik waardeer je bevologenheid voor de ontwikkeling van de ouderenzorg op maat. Mede dankzij jouw inzet is in 'mijn' regio al ruim baan gemaakt voor integrale ouderenzorg in de huisartsenpraktijk met een vaste rol van de specialist ouderengeneeskunde.

En dan die enorme stap voor mij persoonlijk:

Promoveren was boven alles heel veel leren over, voor en van mezelf. Tijdens deze zoektocht en leerweg ontmoette ik vele inspirerende mensen waardoor ik steeds weer meer leerde en verder kon. Daarvoor wil ik hier nog mijn dank uitspreken aan de volgende mensen :

Claas, Florentine en *last but* zeker niet *least*, Gerda. Een promotietraject van zeven jaar, en dan drie coaches verslijten... Ik ben blij dat ik van deze luxe gebruik kon maken. Gerda, ik vond onze sessies van onschatbare waarde. Zonder coaching had ik het traject niet afgemaakt. Wat kan ik veel van jullie – en over mezelf en het proces en de academie leren. Kennis waar ik, mijn collega's en naasten in de toekomst zeker de vruchten van zullen blijven plukken. Een nieuw moment van bewust onbekwaam zijn, treed ik met goede moed tegemoet.

Martin, Anne-Marije, Edith, dank voor het zeven jaar zeer flexibel in banen leiden van mijn aioto-traject bij Gerion. Ik heb de mogelijkheden en vrijheden echt gewaardeerd, zoals het kiezen van eigen opleidingsplaatsen, en het (ontelbaar) schuiven in mijn opleidingschema.

Dank ook aan alle docenten en mede-AIOS waarbij ik steeds weer in hun groepje als adoptie-aios aan mocht schuiven.

Alle collega's bij Noorderboog, Neurologie Meppel, GGZ Drenthe en Meriant, bedankt voor de flexibele opstelling voor het inpassen van mijn promotie tussen de hectiek van de patiëntenzorg en alledag. En dank voor jullie interesse in mijn onderzoek, door jullie vragen vanuit de praktijk kreeg ik steeds beter in beeld wat de boodschap en het belang van mijn promotie zou zijn.

Angela en Britt, bijna-zus en zusje, bij mijn huwelijk al getuigen, nu support bij mijn promotie. Wat fijn dat ik kan rekenen op zo'n top-team.

Papa van jou leerde ik doorvragen, naar de waarheid en waarom.

Mam, van jou leerde ik hoe leuk het is om te leren. En natuurlijk was je mijn steun en toeverlaat voor alle struggels met het gehele Office-pakket.

Karel, bedankt dat je nooit zei "Zou je dat óok nog wel doen?", maar dat je me altijd steunde bij een extra tandje erbij. Dank voor al je wijsheden, support en heerlijke Bureau Vino-wijnen. Ik ga je, net als we in al die andere dankwoorden zagen, beloven dat er vanaf nu meer tijd is voor elkaar en voor de leuke dingen in het leven. Gelukkig ben jij als altijd de wijste van ons twee en heb je een realistischer kijk op de zaak. Ik hoop oprecht dat ik je zal verbazen.

Roos, van, met en door jou leerde ik nog wel het allermeest.

CURRICULUM VITAE

Wanda Rietkerk was born in Amersfoort, the Netherlands, on May 4th, 1985. She grew up in Leusden with two younger siblings. After completing primary Montessori school at 't Ronde in Leusden in 1998 and secondary school at 'de Amersfoortse Berg' in Amersfoort in 2003, she studied Medicine in Utrecht. At the geriatric department she finished her internships and obtained her medical degree in 2010. During her college years she joined the Utrecht sailing union Histos and for a full year acted as a board member.

Her scientific interest grew during her study and she finished three research projects at the Julius Centrum for General Practice research (Utrecht). Studying first medication adherence of COPD patients, thereafter business strategies of HIV-clinics in Lusaka, Zambia and lastly prediction factors for medication over-prescription in general practice.

In 2011, Wanda worked at the emergency department in the Sint Antonius Ziekenhuis, Oudenrijn in Utrecht. There her curiosity arose for the impact of diseases on people and their functioning. Therefore, she started working in a nursing home. She immediately liked the profession of the elderly care physician (ECP, in Dutch: *specialist ouderengeneeskunde, SO*), constantly working multi-disciplinary and paying much attention on advance care planning.

She decided to combine the 3-year elderly care physician vocational training with a PhD project (AIOTO) on tailoring care for community-dwelling frail older adults, resulting in this thesis. During this trajectory she also became chair of VASON – the national society for ECPs-in-training. At the end of her PhD she joined the University Network for Elderly Care (UNO-UMCG), an academic cooperation with care institutions in the north-eastern part of the Netherlands. By now, she started research on the different perspectives of care givers and professionals on crisis-events before nursing home admission.

She finished her ECP-training in 2019 in Heerenveen (at Meriant) and now works as elderly care physician in Meppel (at Noorderboog) where Wanda lives with her husband Karel and their daughter Roos (2016). As a clinician, she provides care for nursing home residents and consultations for community-dwelling frail patients. With her scientific and implementation experience she strives to bridge the knowledge-gap between academia and practice and enhance evidence-based practice in the daily nursing home routine.

Therefore, she is chair of the Noorderboog research commission and member of the Vilans commission "*Erkende interventies*". Wanda will continue to work for the UNO-UMCG to facilitate knowledge translation from academia to elderly care professionals.

PRESENTATIONS AT INTERNATIONAL CONFERENCES

- International Conference on Integrated Care (ICIC), Utrecht, the Netherlands 2018
Goal Planning in Person-Centred Care Supports Older Adults to Attain Their Health-Related Goals
- European Geriatric Medicine Society (EUGMS), Nice, France 2017
Goal planning in a person-centered care setting - are older adults able to attain their goals?
- European Geriatric Medicine Society (EUGMS), Oslo, Norway 2015
Into the black box of Geriatric Assessment – From assessment to outcomes

Presentaties, nationaal

- Verenso (Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde) 2019
Doelen stellen en ermee aan de slag in een CGA – lukt dat?
- Thuiswonende kwetsbare ouderen stellen en behalen doelen met een case manager*
(Jan Stoop prijs)
- UKON – congres (Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen), en NHG – congres 2019
Proactieve integrale zorg voor ouderen, een haalbaar doel?
- UNO-UMCG – congres en Vilans, Zoek het Uit! – congres (workshop) 2019
Als het thuis (even) niet meer gaat... - onderzoek naar de perspectieven op crisissituaties
- NHG – congres (wetenschapsvereniging voor huisartsen) 2018
Het bespreekbaar maken van problemen in een geriatrisch assessment is geen sinecure
- Verenso – congres (poster en presentatie) 2017
Kunnen thuiswonende ouderen hun gezondheids-gerelateerde doelen behalen?
- UNO-UMCG – congres 2016
Zorginnovatie in de 1e lijn – Wat leren we uit de wetenschappelijke evaluatie ervan?
- Verenso – congres (poster resp. presentatie) 2015
De black-box van een Comprehensive Geriatric Assessment – het proces van gesprek naar effecten

Geriatrisch assessment in 1e lijn - patiënt tevreden maar geen effecten?

Publicaties, nationaal

Rietkerk W. Hora-Est: Zorg- en Welzijnsstandaard, integraal zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Ook laatste NPO-studie nu afgerond. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2018, 6.

Rietkerk W, Rouwenhorst AE, Bennink EJC, Een reflectie op het EUGMS congres Oslo, Hoe staat de Nederlandse verpleeghuiszorg ervoor vanuit Europees perspectief? Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2015, 6.

Bos I, **Rietkerk W,** Barentsen ARW, Zuidema SU. Medicatieveiligheidsscreening op medicatiegebruik. Bij kwetsbare ouderen van de huisartsenpopulatie. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2015, 6.