

University of Groningen

Embracing the perspectives of older adults in organising and evaluating person-centred and integrated care

Spoorenberg, Sophie

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:

2017

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

Citation for published version (APA):

Spoorenberg, S. (2017). *Embracing the perspectives of older adults in organising and evaluating person-centred and integrated care*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

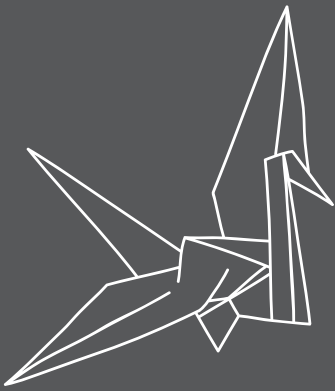
Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

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.



Appendix

Summary

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Publications Embrace | SamenOud

SHARE | Previous dissertations



SUMMARY

Person-centred and integrated care is often mentioned as a solution that can transform the health care system into one that supports the needs of the increasing numbers of older adults with multiple health-related problems.

Embrace is a person-centred and integrated care service for community-living older adults that is based on a combination of the Chronic Care Model and a population segmentation model – the Kaiser Permanente Triangle. This thesis addressed the health-related problems and associated needs of community-living older adults and the impact of Embrace on patient outcomes. The first objective of this thesis was to gain knowledge about the consequences of ageing and the needs of older adults. The second objective was to examine the impact of receiving person-centred and integrated care and support from Embrace and the extent to which it met the needs of older adults.

Chapter 1 introduces the content of the thesis. We describe the consequences of ageing, the challenges that the ageing population poses to the current healthcare system and the possible solutions to these challenges, such as adapting healthcare systems to provide person-centred and integrated care, thereby meeting the needs of older adults. Furthermore, we describe the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) developed by the World Health Organization, the context of the Dutch healthcare system, two well-known models for person-centred and integrated care, the person-centred and integrated care service Embrace, and the research methods used. We conclude with the following research questions:

1. What are the most relevant health-related problems of community-living older adults?
2. What is the prevalence, severity and change in health-related problems as experienced by community-living older adults receiving twelve months of person-centred and integrated care and support from Embrace?
3. What are the effects of person-centred care and support from Embrace on patient-reported outcomes in the domains of 'Health', 'Wellbeing' and 'Self-management'?
4. What are the opinions and experiences of community-living older adults with respect to ageing and person-centred and integrated care and support?

The most relevant health-related problems in community-living older adults

In Chapter 2, we present the development of a Geriatric ICF Core Set that reflects the most relevant health-related problems in community-living older adults without dementia. We first performed a Delphi study with a panel that included 41 older adults and medical and non-medical experts. After two rounds, panel members reached consensus on 30 ICF categories (ICF component Body Functions: fourteen ICF categories; ICF component Activities and Participation: ten ICF categories; ICF component Environmental Factors: six ICF categories). Following this, we assessed the content validity of this set in a cross-sectional study including 267 older adults identified as being frail or having complex care needs. The content validity of the set was high: the prevalence of all the problems met the standard of >10%, except for *d530 Toileting*. The most frequently reported problems were related to mobility (*b710 Mobility of joint functions*, 70%; *b455 Exercise tolerance functions*, 62%) and emotional functions (*b152 Emotional functions*, 65%). The final Geriatric ICF Core Set, including 29 ICF categories, can be used in primary care practice as an assessment tool to determine the prevalence and severity of a broad range of health-related problems.

Prevalence, severity and changes in health-related problems of community-living older adults receiving individual, person-centred and integrated care and support

In Chapter 3, we examine the prevalence and severity of health-related problems and the changes in them over one year as assessed by the Geriatric ICF Core Set (GeriatrICS) in a sample of community-living older adults receiving individual care and support through Embrace. We conducted a pretest-posttest study among older adults who were frail (n=56) or had complex care needs (n=80). The results showed that perceived health-related problems of older adults were related to six clusters of disabilities: 'Mental Functions', 'Physical Health', 'Mobility', 'Personal Care', 'Nutrition' and 'Support'. The most prevalent and most severe problems at baseline were related to Mental Functions and Mobility. The prevalence and severity of health-related problems decreased in all clusters after twelve months, although the changes for Mobility were less clear. Frail participants with a problem had higher baseline severity scores than those with complex care needs experiencing a problem, but the differences in changes between frail individuals and those with complex care needs were small. The GeriatrICS enabled professionals to identify self-reported health-related problems in older adults and proved feasible in clinical practice and sensitive to change.

Study protocol of a randomised controlled trial on the effectiveness of Embrace for community-living older adults

In Chapter 4, we describe the design of a study on the effectiveness of Embrace, a person-centred and integrated care service for community-living older adults. We designed a randomised controlled trial (RCT) with balanced allocation to either Embrace or care as usual. Participants were stratified into three risk profiles (complex care needs, frail and robust) based on scores on the INTERMED for the Elderly Self-Assessment and the Groningen Frailty Indicator. Care and support intensity levels varied for each risk profile. The primary outcome variables of the RCT concerned patient outcomes, quality of care, service use and costs.

Effects of Embrace on health, wellbeing and self-management of community-living older adults

In Chapter 5, we assess the effects of Embrace on patient-reported outcomes after twelve months by performing the RCT presented in Chapter 4. We included 1456 older adults aged 75 years and over who were registered with the participating GPs. We found that Embrace had no clear advantages regarding patient-reported outcomes for health, wellbeing and self-management. Only some minor effects were found. Embrace participants showed a greater improvement in self-management knowledge, but they exhibited a greater deterioration in activities of daily living (ADL) and physical ADL performance compared to older adults who received care as usual. We found a similar picture within the risk profiles.

Experiences of community-living older adults with respect to Embrace

In Chapter 6, we describe the opinions and experiences of community-living older adults with respect to Embrace and the degree to which Embrace met their needs. We conducted semi-structured interviews with 23 older adults receiving care and support through Embrace. The responses could be summarised into two focus areas and two corresponding models. The first model described the experiences of these older adults with ageing. It showed that they felt insecure and feared increasing dependency and loss of control due to ageing. The second model described the experiences of older adults with Embrace. This model showed that Embrace enhanced their sense of control, safety and security. A comparison of the two models indicated that Embrace was patient-centred and met the needs of older adults.

Discussion and implications

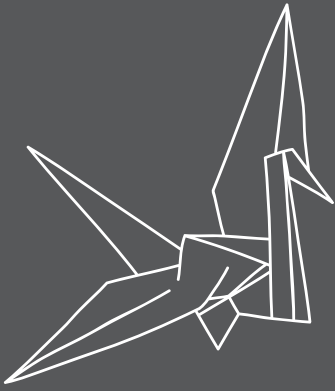
In Chapter 7, we summarise the answers to the research questions, discuss the findings of the quantitative and qualitative research studies, and describe the implications for practice and research.

Our finding that health-related problems of older adults are multidimensional confirms findings in previous studies. An assessment of older adults' problems should therefore not solely focus on medical diagnoses and distinct diseases, but should also take all other aspects of health and disability into account, including participation, socially related aspects and environmental issues. The GeriatrICS, which was specifically developed to assess the health-related problems from the perspective of older adults themselves, appeared to be feasible in clinical practice and sensitive to change. The GeriatrICS can be used by elderly care professionals to inventory self-reported health-related problems in older adults.

This thesis provides evidence on how older adults deal with the consequences of ageing. Three related aspects seem to be essential in this process: control, coping and self-management. These aspects are quite likely to be interrelated, but the direction of the interrelationships remained unclear in our study and should be further investigated. Professionals involved in elderly care should support older adults by providing information on the consequences of ageing and by helping them developing coping strategies. They should also pay attention to self-management in older adults, and explain the advantages and disadvantages of potential interventions.

Furthermore, we found that segmentation based on self-reported data was useful in adapting the care and support to older adults' needs. This may serve as a starting point for delivering person-centred and integrated care and support.

In conclusion, Embrace met the needs of older adults living in the community, but did not (yet) lead to quantifiable advantages in self-reported health, wellbeing and self-management compared to care as usual over a short-term period of one year. Person-centred and integrated care services for older adults can therefore be recommended with some caution, accompanied by further research to confirm the findings reported in this thesis and to study the long-term effects. Incorporating the perspectives of older adults seems essential to the organisation and evaluation of person-centred and integrated care services.



Appendix

Summary

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Publications Embrace | SamenOud

SHARE | Previous dissertations



SAMENVATTING

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg wordt vaak beschouwd als een oplossing die het gezondheidszorgsysteem kan transformeren in een systeem dat de behoeften ondersteunt van het toenemende aantal ouderen met meerdere gezondheidgerelateerde problemen.

SamenOud is een vorm van persoonsgerichte en geïntegreerde zorgverlening voor thuiswonende ouderen die is gebaseerd op een combinatie van het Chronic Care Model en een model voor segmentatie van een populatie – de Kaiser Permanente Triangle. Dit proefschrift gaat over de gezondheidgerelateerde problemen en de bijbehorende behoeften van thuiswonende ouderen, en het effect van SamenOud op patiëntuitkomsten. Het eerste doel van dit proefschrift was kennis te leveren over de gevolgen van het ouder worden en de behoeften van ouderen. Het tweede doel was te onderzoeken wat het effect is van het ontvangen van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en begeleiding van SamenOud en in welke mate dit voorziet in de behoeften van ouderen.

Hoofdstuk 1 geeft een inleiding op de inhoud van het proefschrift. We beschrijven de gevolgen van het ouder worden, de uitdaging die de vergrijzende bevolking vormt voor het huidige gezondheidszorgsysteem en de mogelijke oplossingen voor deze uitdagingen, zoals het ombouwen van gezondheidszorgsystemen tot systemen die persoonsgerichte en geïntegreerde zorg bieden, en daarmee voorzien in de behoeften van ouderen. Verder beschrijven we de 'Internationale classificatie van het menselijk functioneren' (ICF) die ontwikkeld is door de Wereldgezondheidsorganisatie, de context van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, twee bekende modellen voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg, het persoonsgerichte en geïntegreerde zorgprogramma 'SamenOud' en de gebruikte onderzoeksmethoden. We sluiten af met de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de meest relevante gezondheidgerelateerde problemen van thuiswonende ouderen?
2. Wat is de prevalentie en ernst van en verandering in gezondheidgerelateerde problemen zoals ervaren door thuiswonende ouderen die twaalf maanden persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en begeleiding van SamenOud ontvingen?
3. Wat zijn de effecten van persoonsgerichte zorg en begeleiding van SamenOud op patiënt-gerapporteerde uitkomsten in de domeinen 'Gezondheid', 'Welbevinden' en 'Zelfmanagement'?
4. Wat zijn van thuiswonende ouderen de meningen over en ervaringen met ouder worden en met persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en begeleiding?

De meest relevante gezondheidgerelateerde problemen van thuiswonende ouderen

In hoofdstuk 2 presenteren we de ontwikkeling van een Geriatrische ICF Core Set die de meest relevante gezondheidgerelateerde problemen van thuiswonende ouderen zonder dementie weergeeft. Als eerste hebben we een Delphi-studie uitgevoerd met een panel van 41 ouderen en medische en niet-medische experts. Na twee rondes bereikten panelleden overeenstemming over 30 ICF categorieën (ICF component Lichaamsfuncties: veertien ICF categorieën; ICF component Activiteiten en Participatie: tien ICF categorieën; ICF component Externe Factoren: zes ICF categorieën). Vervolgens evalueerden we de inhoudsvaliditeit van deze set in een dwarsdoorsnede onderzoek onder 267 ouderen die geïdentificeerd waren als kwetsbaar of complexe zorgbehoeften hadden. De inhoudsvaliditeit van de set was hoog: de prevalentie van alle problemen voldeed aan de norm van >10%, behalve voor *d530 Zorgdragen voor toiletgang*. De vaakst genoemde problemen waren gerelateerd aan mobiliteit (*b710 Mobiliteit van gewrichten*, 70%; *b455 Inspanningstolerantie*, 62%) en emotionele functies (*b152 Stemming*, 65%). De uiteindelijke Geriatrische ICF Core Set, bestaande uit 29 ICF categorieën, kan in de eerstelijnsgezondheidszorg gebruikt worden als een evaluatie-instrument voor de prevalentie en ernst van een breed scala aan gezondheidgerelateerde problemen.

Prevalentie, ernst en veranderingen in gezondheidgerelateerde problemen van thuiswonende ouderen die individuele, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en begeleiding ontvangen

In hoofdstuk 3 beschrijven we de prevalentie en ernst van gezondheidgerelateerde problemen en de veranderingen daarin na een jaar in zoals gemeten met de Geriatrische ICF Core Set (GeriatrICS) in een groep thuiswonende ouderen die individuele zorg en begeleiding van SamenOud ontvangen. We voerden een pretest-posttest studie uit onder ouderen die kwetsbaar waren (n=56) of complexe zorgbehoeften hadden (n=80). De resultaten lieten zien dat de ervaren gezondheidgerelateerde problemen van ouderen betrekking hadden op zes clusters van functioneringsproblemen: 'Mentale Functies', 'Lichamelijke Gezondheid', 'Mobiliteit', 'Persoonlijke Verzorging', 'Voeding' en 'Ondersteuning'. De meest voorkomende en meest ernstige problemen bij aanvang waren gerelateerd aan de clusters Mentale Functies en Mobiliteit. De prevalentie en de ernst van gezondheidgerelateerde problemen daalden na twaalf maanden in alle clusters, hoewel de veranderingen voor Mobiliteit minder duidelijk waren. Kwetsbare deelnemers met een probleem hadden bij aanvang hogere ernstscores dan degenen met complexe zorgbehoeften die een probleem ervoeren, maar de verschillen in veranderingen tussen de kwetsbare individuen en degenen met complexe zorgbehoeften waren klein. De GeriatrICS stelde professionals in staat om zelfgerapporteerde gezondheidgerelateerde problemen van ouderen te identificeren en bleek bruikbaar in de praktijk en gevoelig voor verandering.

Studieprotocol van een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van SamenOud voor thuiswonende ouderen

In hoofdstuk 4 beschrijven we het ontwerp van een studie naar de effectiviteit van SamenOud, een vorm van persoonsgerichte en geïntegreerde zorgverlening voor thuiswonende ouderen. We ontwierpen een gerandomiseerde en gecontroleerde studie (RCT) met een gebalanceerde verdeling naar SamenOud of gebruikelijke zorg. Deelnemers werden gestratificeerd naar drie risicoprofielen (complexe zorgbehoeften, kwetsbaar en robuust) gebaseerd op scores op de INTERMED for the Elderly Self-Assessment en de Groningen Frailty Indicator. De intensiteit van zorg en begeleiding varieerde per risicoprofiel. De primaire uitkomstvariabelen in de RCT betroffen patiëntuitkomsten, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten.

Effecten van SamenOud op gezondheid, welbevinden en zelfmanagement van thuiswonende ouderen

In hoofdstuk 5 evalueren we de effecten van SamenOud op de patiënt-gerapporteerde uitkomsten na twaalf maanden door het uitvoeren van de RCT zoals gepresenteerd in hoofdstuk 4. We includeerden 1456 ouderen van 75 jaar en ouder die bij de deelnemende huisartsen waren ingeschreven. We vonden dat SamenOud geen duidelijke voordelen had op patiënt-gerapporteerde uitkomsten voor gezondheid, welbevinden en zelfmanagement. Slechts enkele kleine effecten werden gevonden. SamenOud-deelnemers hadden een grotere verbetering als het gaat om kennis die nodig is voor zelfmanagementgedrag, maar ze ervoeren een grotere achteruitgang in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en fysieke ADL dan ouderen die gebruikelijke zorg ontvingen. We vonden een vergelijkbaar beeld binnen de risicoprofielen.

Ervaringen van thuiswonende ouderen met SamenOud

In hoofdstuk 6 beschrijven we de meningen van thuiswonende ouderen over en ervaringen met SamenOud, alsmede de mate waarin SamenOud voldeed aan hun behoeften. We namen semigestructureerde interviews af bij 23 ouderen die zorg en ondersteuning van SamenOud ontvingen. De antwoorden konden worden samengevat in twee aandachtsgebieden en twee bijbehorende modellen. Het eerste model beschreef de ervaringen met het ouder worden. Het liet zien dat zij zich onveilig voelden en vreesden voor toenemende afhankelijkheid en verlies van controle door het ouder worden. Het tweede model beschreef de ervaringen van ouderen met SamenOud. Dit model liet zien dat SamenOud hun gevoel van controle, veiligheid en geborgenheid verbeterde. Een vergelijking van de twee modellen toonde aan dat SamenOud patiëntgericht was en aan de behoeften van ouderen voldeed.

Discussie en implicaties

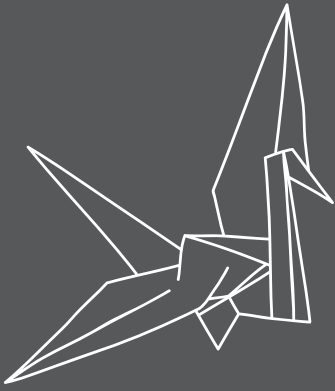
In hoofdstuk 7 vatten we de antwoorden op de onderzoeksvragen samen, bespreken we de uitkomsten van de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken en beschrijven we de implicaties voor praktijk en onderzoek.

Onze bevinding dat gezondheidgerelateerde problemen van ouderen multidimensionaal zijn bevestigt bevindingen in eerdere studies. Een evaluatie van problemen van ouderen moet zich daarom niet uitsluitend richten op medische diagnoses en afzonderlijke ziekten, maar moet ook rekening houden met andere aspecten van gezondheid en beperkingen, waaronder participatie, sociale aspecten en de omgeving. De GeriatrICS, die specifiek werd ontwikkeld om de gezondheidgerelateerde problemen vanuit het perspectief van ouderen zelf te beoordelen, bleek bruikbaar te zijn in de klinische praktijk en gevoelig te zijn voor verandering. De GeriatrICS kan gebruikt worden door ouderenzorgprofessionals om zelfgerapporteerde gezondheidgerelateerde problemen van ouderen in kaart te brengen.

Dit proefschrift levert kennis op over hoe ouderen omgaan met de gevolgen van het ouder worden. Drie samenhangende aspecten lijken onmisbaar in dit proces, d.w.z. controle, coping en zelfmanagement. Deze aspecten zijn zeer waarschijnlijk met elkaar verbonden, maar de richting van de onderlinge relaties bleef in onze studie onduidelijk en moet verder worden onderzocht. Professionals in de ouderenzorg zouden ouderen moeten ondersteunen door informatie te geven over de gevolgen van het ouder worden en hen te helpen met het ontwikkelen van copingstrategieën. Zij zouden ook aandacht moeten besteden aan zelfmanagement van ouderen en daarbij de voordelen en nadelen van mogelijke interventies moeten uitleggen.

Verder vonden we dat segmentatie op basis van zelfgerapporteerde gegevens nuttig was bij het aanpassen van de zorg en begeleiding aan de behoeften van ouderen. Dit kan dienen als uitgangspunt voor het leveren van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en begeleiding.

Geconcludeerd mag worden dat SamenOud voldeed aan de behoeften van thuiswonende ouderen, maar na een korte periode van een jaar (nog) niet leidde tot meetbare voordelen in zelfgerapporteerde gezondheid, welbevinden en zelfmanagement in vergelijking met gebruikelijke zorg. Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg voor ouderen kan daarom met enige voorzichtigheid aangeraden worden. Verder onderzoek is daarbij nodig om de bevindingen zoals beschreven in dit proefschrift te bevestigen en om de langetermijneffecten te bestuderen. Integratie van de perspectieven van ouderen lijkt essentieel bij de organisatie en evaluatie van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg.



Appendix

Summary

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Publications Embrace | SamenOud

SHARE | Previous dissertations



DANKWOORD

Pfoeh, daar is 't ie dan, mijn proefschrift! Erg blij dat mijn promotietraject (bijna) ten einde is. Alsof er nu een nieuw hoofdstuk begint – en ook weer niet echt, want ik blijf onderzoek doen naar SamenOud. Toch is het goed om even stil te staan bij wat er de afgelopen jaren allemaal gebeurd is en iedereen te bedanken die mij geholpen heeft om uiteindelijk dit boekwerk te realiseren. Bij deze!

Allereerst wil ik natuurlijk alle ouderen die hebben deelgenomen aan SamenOud hartelijk danken. Zonder u was er geen SamenOud, geen onderzoek, geen proefschrift. Het invullen van de ellenlange vragenlijsten was dus niet voor niks! De zorg voor ouderen verbeteren blijft mijn persoonlijke missie en hopelijk hebben we met SamenOud een kleine stap in de goede richting gezet.

Leden van de Ouderenzorg Teams, ook zonder jullie inzet en enthousiasme had SamenOud niet kunnen bestaan. Het was een voorrecht om samen met jullie SamenOud in de praktijk te realiseren. Wat hebben jullie mij veel geleerd en wat heb ik een plezier gehad tijdens alle bijeenkomsten en OT-overleggen. Bedankt voor de mooie herinneringen! Huisartsen Beukema, Feis, Hofman, Gusing, Hardieck, Mustafa, Neerken, Runsink, Savenije, Sewuster, Steenstra, Van Vliet, Veentjer, Winter en Zevenhuizen, dank dat jullie de SamenOud-uitdaging zijn aangegaan. Casemanagers Ariska, Anneloes, Catharina, Gelske, Grietje, Janine, Laura, Louki, Petra, Rebecca, Reiny, Saskia en Tineke, het was niet niks om proefkonijn te zijn! Mede door jullie is SamenOud geworden wat het nu is. Dank ook aan de specialisten ouderengeneeskunde Anja de Groot en René Feijen. Daarnaast wil ik natuurlijk ook alle andere (huidige) OT-leden en coördinatoren in Groningen en Drenthe bedanken voor hun geweldige inzet voor SamenOud en de ouderen.

Zonder de praktijk geen onderzoek en zonder mijn promotieteam – bestaande uit promotoren prof. dr. Menno Reijneveld en prof. dr. Berry Kremer en copromotor dr. Klaske Wynia – geen proefschrift. Dank voor jullie begeleiding en grote betrokkenheid bij SamenOud. Menno, door jouw kritische blik werden mijn artikelen naar een hoger niveau getild. Af en toe was dat pittig als ik dacht klaar te zijn en er nóg een feedbackronde nodig was. Jij hebt me geleerd vol te houden, om te gaan met frustraties ;-) en gelukkig weet ik nu ook dat een artikel er écht beter van wordt. Dank voor je tomeloze energie, snelle reacties en positieve houding. Berry, als neuroloog betrokken bij SamenOud was je een beetje een vreemde eend in de bijt. Je had echter – of juist daarom – vaak een verfrissende kijk op de zaak ('wij van wc-eend') en relateerde het onderzoek aan de praktijk ('wat betekent dit nou echt?'). Met je oog voor

detail wist je vaak nog even de puntjes op de i te zetten, dank daarvoor. Klaske, zoals jij vaak zei: 'Groeien doet pijn'. En wat heb je me vaak pijn zien lijden de afgelopen jaren ;-). Naïef als ik was, dacht ik de opdracht wel even te fixen. In de praktijk ging het soms alleen iets moeizamer dan gehoopt. Jouw luisterend oor, bemoedigende woorden en vertrouwen gaven me dan weer energie om er tegenaan te gaan. Ik ben erg blij dat jij mij door deze enerverende jaren heen hebt geloodst, waarin we hebben kunnen ontdekken, ontwikkelen en onderzoeken. Dank voor je oprechtheid, bevolegenheid en steun. Ik ben benieuwd waar we over een jaar staan. Zullen we dan samen weer even terugkijken?

Uiteraard wil ik ook de leescommissie, bestaande uit prof. dr. Sophia de Rooij, prof. dr. François Schellevis en prof. dr. Marieke Schuurmans, bedanken voor de tijd die ze vrijgemaakt hebben voor het kritisch lezen en beoordelen van mijn proefschrift.

Ik heb me al vaak gerealiseerd dat we écht een bijzonder SamenOud-team waren. Divers qua persoonlijkheden, meningen en werkwijzen. Dat was onze kracht. En wat hebben we veel beleefd samen. De teamtentjes, congresbezoeken, trainingen, brainstormsessies in het UMCG-café (met taart!), studiereizen; herinneringen die ik koester! Ronald, al vanaf het moment dat wij elkaar ontmoetten klikte het, ook al zijn we – of doordat? – zo verschillend. Talloze uren hebben we samen achter de computer gezeten (worstelend met syntaxen, artikelen en presentaties – dank dat ik door jou nu ook een halve Excel-nerd ben), in de auto gezeten op weg naar congressen, trainingen gegeven en naar Haren gefietst (en SamenOud uit ons hoofd laten waaien). We leken af en toe wel een getrouwd stel en konden soms net zo kibbelen. Gelukkig heb ik geen jaloerse echtgenoot ;-). Onze promoties zijn een mooie afsluiting van onze samenwerking en ik ben heel blij dat jij mijn paranimf bent! Coen, welzijns-praktijk-man. Wat heb ik een bewondering voor jouw netwerk en netwerkvaardigheden. Jij kent echt iedereen! SamenOud past jou als een jas en daarom ben je ook zo bevolegen. Jij hebt ervoor gezorgd dat Welzijn op de kaart staat in ouderenzorgland. Ik beloof hierbij plechtig dat ik het ook nooit zal vergeten ;-)! Margot, leuk dat je nu ook bij SamenOud hoort! Onze samenwerking is pas net begonnen, maar ik heb nu al het idee dat ik in jou een goede mede-taalpolitieagent heb gevonden. Hopelijk gaan we samen veel mooie (kwalitatieve) onderzoeken opzetten en kunnen we nog lang keuvelen over het (aankomende) moederschap. Naast het onderzoek 'bemoeide' ik me ook regelmatig met de communicatie rondom SamenOud, een zeer welkome afwisseling. Karin, als wij weer eens teveel in de details zaten was jij er om ons daaruit te trekken en de grote lijn te laten zien. Jij hebt ervoor gezorgd dat SamenOud wereldberoemd is in Nederland. Daarnaast konden we altijd heerlijk keuvelen over receptjes. Jade, samen hebben we twee mooie boeken gemaakt, daar ben ik nog steeds trots op! En bij dezen zal ik het Sinterklaas-chocoladeletter-en-gedicht-mysterie ook nog even oplossen... die Sint kwam uit Drouwen ;-).

Dan was er nog een heel leger aan mensen die hebben geholpen bij het onderzoek die ik wil bedanken. Berrie Middel, dank voor al je methodologische support in de eerste jaren. Wat een karwei was het randomiseren en balanceren, en de analyses bij de Delphi-studie hebben ons heel wat hoofdbrekens gekost. Roy en Josué, de statistiekmannen, dank voor al het meedenken, wikken en wegen, uitleg, imputaties en droge humor. Wat had ik zonder jullie ontmoeten? Nienke, wat was het fijn dat jij me ging helpen bij de dataverzameling! En wat was het af en toe een *karwei. Dank voor je gulle lach, gezelligheid – en ohja, de dataverzameling ;-). Truus, dank voor je uitleg over het neuzen in wetenschappelijke databases. Daarnaast mijn dank voor alle onderzoeksmedewerkers die allerhande klussen geklaard hebben: Femke, Hanneke, Henriëtte, Hilde, Ineke, Judy, Kyra en RonaldB. Postkamermedewerkers, dank voor jullie hulp bij het sjouwen van en zoeken naar de vele vragenlijsten en pakketjes.

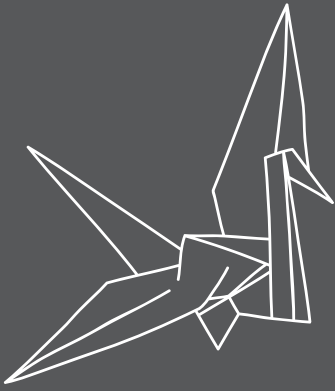
Dan zijn er nog tal van mensen die ook 'iets' met SamenOud van doen hadden. Mannen van Bossers en Cnossen – Anton, Folkert, Jeroen en Robbert – dank voor de goede (en leuke) samenwerking bij het ontwikkelen van het elektronisch ouderendossier 'Zorgbeheer'. Ik heb de brainstormsessies altijd als heel inspirerend ervaren. Barth Oeseburg, *vielen dank* voor het mede-opzetten van de training SamenOud. Enne, een barbecue hoor je toch echt gewoon met aanmaakblokjes aan te steken. Janneke, Lida en Rieta, bedankt voor de altijd aanwezige support op de achtergrond. Obbe, dank voor de korte gesprekjes, het luisteren, reflecteren en lachen. Coauteurs Andrea Fokkens en Karin Slotman, dank voor de monsterklus van het interviewen en coderen en het meeschrijven hebben aan het kwalitatieve paper. Dank ook aan alle coauteurs met wie ik de afgelopen jaren heb samengewerkt aan overige artikelen. Arie Hoeksema en Anita Visser, jullie enthousiasme heeft ervoor gezorgd dat mondgezondheid van ouderen niet meer vergeten wordt binnen SamenOud. Ik kijk uit naar onze verdere samenwerking. Hilde Geraedts en Martin Stevens, mijn Bewegingswetenschappen-roots waren blijkaar nog niet helemaal verdwenen, dank voor de samenwerking. Bas Geboers, droge humor *rules*, dank voor de goede samenwerking. Ruth Koops van 't Jagt, je bevlogenheid en warmte werken aanstekelijk. De dagelijkse lunchwandelingen (essentieel!) en nutteloze en nuttige gesprekjes met (oud-)collega's van Gezondheidswetenschappen maakten de soms lange computerdagen zeer dragelijk :-). Dank Anja, Bas, Els, Femke, Hardy, Heleen, Iris, Karin, Karlien, Maaïke, Manna, Margriet, Marieke, Marijke, Sander, Vera, Wendy en alle andere collega's die ik hier niet genoemd heb.

Natuulijk zijn er ook een heleboel mensen die niet direct hebben bijgedragen aan dit proefschrift, maar mijn leven daaromheen de moeite waard hebben gemaakt. Mijn lieve vriendinnen uit de studententijd, fijn dat jullie nog steeds deel uitmaken van mijn leven en dat we ons wel en wee kunnen bespreken onder het genot van vele kopjes thee.

Maartje, een bezoekje aan jou in Snits voelt altijd als een mini-vakantie. Hopelijk blijven we vasthouden aan de (kleine) Sneekweek en onze uren durende shoppingsessies, ook nu we in hetzelfde jaar moeder zijn geworden. Beatrijs, heb je ons jaarlijkse uitje naar de rozenmarkt al in je agenda gezet? En laten we onze etentjes na werktijd niet vergeten! Anne-Marije, vroeger gingen we regelmatig samen op vakantie naar het buitenland. Inmiddels zoeken we het dichterbij huis als we elkaar willen zien, want het drukke (gezins)leven eist z'n tol. Gelukkig weten wij toch altijd tijd te vinden om elkaar te zien en bij te praten. Jantine, waar is de tijd gebleven dat we voor 100 man aan het koken waren en nieuwe receptjes uitprobeerden? Nu delen we lijstjes met makkelijke-doordeweekse-recepten. Laten we het *real-life* koken er ook in houden! Beekvlietgang (Anne, Anouk, HeleenK, HeleenT, Jessie, Lianne, Merel, Nikki), zo bijzonder dat we nog steeds contact hebben – ook al is het maar een paar keer per jaar bij *special occasions* (trouwen, baby's, promoties, verhuizingen). Beekvliet houdt stroom! Buurtjes Geert en Daan, dank dat jullie altijd voor ons klaar staan.

Lieve (schoon)familie, bedankt voor jullie luisterend oor en afleiding in de vorm van etentjes, bezoeken en wandelingen. Paul en Ida, wat ben ik blij dat ik sinds twee jaar ook officieel een 'Reusje' ben. Het was fijn om zo nu en dan naar Friesland te gaan, maar het is nog fijner dat jullie sinds ruim een jaar ook in Drenthe wonen. Femke, schönschwester, gezellig dat je zo af en toe aan komt waaien – met of zonder Chap. Lieve papa en mama, als dochter van twee ouders die in de gezondheidszorg gewerkt hebben kon het niet anders dan dat ik daar ook in terecht zou komen. Het is fijn dat jullie daardoor snappen waar ik mee bezig ben, dat we kennis kunnen delen (de ICF!) en krantenknipsels over en weer kunnen sturen. Lieve sisters, het blijft jammer dat we zover van elkaar vandaan wonen. Gelukkig weten we elk jaar wel een uitje te plannen! Simone, als ik het af en toe zwaar had dacht ik even aan jou: arts in opleiding én promoveren. Knap hoe je dat toch allemaal weet te combineren met ook nog een druk sociaal leven. Cecile, jij kiest je eigen weg. Als jouw 'tweede moeder' ;-) ben ik daar heel trots op. Fijn dat jij mijn paranimf wilt zijn! Oma, u bent een goed voorbeeld van een 'robuuste' oudere. Alle mailtjes waardoor u precies onthoudt wat er allemaal gaande is in mijn leven, petje af. Dank voor uw belangstelling de afgelopen jaren!

Liefste Bas, ik weet niet wie er blijer is dat het af is, jij of ik? Jij hebt me de afgelopen jaren met beide benen op de grond gehouden, gaf me een peptalk als ik het even niet meer zag zitten, relativeerde de zaken en deed me inzien wat belangrijk is in het leven. Elk jaar spreken we weer af dat we het rustiger aan gaan doen, en elk jaar mislukt dat voornemen. Zou mijn promotie voor dit jaar voldoende zijn? Kleine Muppet, allerliefste Iris, jouw lach is onbetaalbaar!



Appendix

Summary

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Publications Embrace | SamenOud

SHARE | Previous dissertations



CURRICULUM VITAE

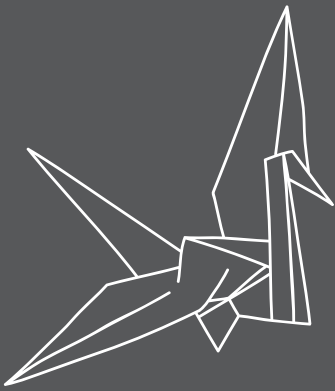
Sophie Spoorenberg is geboren op 18 september 1984 te Sint-Michielsgestel. In 2002 behaalde zij haar gymnasiumdiploma op Gymnasium Beekvliet te Sint-Michielsgestel. Datzelfde jaar begon zij aan haar studie Bewegingswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. In 2005 behaalde zij haar Bachelordiploma, waarna zij een jaar bestuurswerk deed voor haar studentenvereniging Unitas Studiosorum Groningana. In 2009 behaalde zij vervolgens haar Masterdiploma in de afstudeerrichting Veroudering, Bewegen en Gezondheid. Het onderwerp van haar afstudeeronderzoek was de relatie tussen cognitief functioneren en algemene dagelijkse activiteiten bij patiënten met de ziekte van Parkinson. Na haar studie werkte ze een jaar als junior-onderzoeker bij een onderzoeksbureau in de gezondheidszorg.

Eind 2010 startte Sophie bij de afdeling Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) als projectleider en promovendus bij SamenOud, dat toen nog het 'transitie-experiment Programma Geïntegreerde Ouderenzorg (PGO)' heette. SamenOud is een persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel voor thuiswonende ouderen en heeft als doel dat ouderen zo lang en zo prettig mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. SamenOud werd ontwikkeld en gerealiseerd in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg en werd gefinancierd door ZonMw en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Als projectleider was Sophie mede verantwoordelijk voor de ontwikkeling en realisatie van SamenOud in Oost-Groningen en later ook in Zuidoost-Drenthe. Daarnaast speelde ze een belangrijke rol in de communicatie rondom SamenOud.

Als onderzoeker was ze mede verantwoordelijk voor de opzet en uitvoering van het onderzoek naar de kortetermijnresultaten van SamenOud. In haar promotietraject heeft ze de SamenOud-anamnese (GeriatrICS) ontwikkeld en deed ze onderzoek naar de kortetermijnresultaten van SamenOud voor de ouderen.

Daarnaast is ze verschillende samenwerkingen aangegaan met onderzoekers van Bewegingswetenschappen, de afdeling Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het UMCG en een IROHLA-project dat gezondheidsvaardigheden van ouderen wil verbeteren. Sophie vervolgt momenteel haar onderzoek bij SamenOud als postdoc en doet onder andere onderzoek naar de langetermijnresultaten van SamenOud.



Appendix

Summary

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Publications Embrace | SamenOud

SHARE | Previous dissertations



PUBLICATIONS EMBRACE | SAMENOUD

International peer reviewed papers

Geraedts HA, Zijlstra W, Zhang W, **Spoorenberg SL**, Báez M, Khaghani Far I, Heribert Baldus H, Stevens M. A home-based exercise program driven by tablet application and mobility monitoring for frail older adults: Feasibility and practical implications. *Prev Chronic Dis*. 2017;14:160227.

Hoeksema AR, **Spoorenberg SL**, Peters LL, Meijer HJ, Raghoobar GM, Vissink A, Wynia K, Visser A. Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: a cross-sectional study. *Oral Dis*. 2017. doi: 10.1111/odi.12644.

Veldman K, Reijneveld SA, Lahr MM, Uittenbroek RJ, Wynia K. The Partners in Health scale for older adults: design and examination of its psychometric properties in a Dutch population of older adults. *Health Expect*. 2016. doi: 10.1111/hex.12488.

Uittenbroek RJ, Reijneveld SA, Stewart RE, **Spoorenberg SL**, Kremer HP, Wynia K. Development and psychometric evaluation of a measure to evaluate the quality of integrated care: the Patient Assessment of Integrated Elderly Care. *Health Expect*. 2016;19(4):962-972.

Uittenbroek RJ, Kremer HP, **Spoorenberg SL**, Reijneveld SA, Wynia K. Integrated care for older adults improves perceived quality of care: Results of a randomized controlled trial of Embrace. *J Gen Intern Med*. 2016. doi: 10.1007/s11606-016-3742.

Geboers BJ, de Winter AF, **Spoorenberg SL**, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities for well-being in adults aged 75 and older, and its modifiers. *Qual Life Res*. 2016;25(11):2869-2877.

Spoorenberg SL, Reijneveld SA, Middel B, Uittenbroek RJ, Kremer HP, Wynia K. The Geriatric ICF Core Set reflecting health-related problems in community-living older adults aged 75 years and older without dementia: Development and validation. *Disabil Rehabil*. 2015;37:2337-2343.

Spoorenberg SL, Wynia K, Fokkens AS, Slotman K, Kremer HP, Reijneveld SA. Experiences of community-living older adults receiving integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study. *PLoS One*. 2015;10(10):e0137803.

Uittenbroek RJ, **Spoorenberg SL**, Kremer HP, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care. *Int J Integr Care*. 2014;14(Annual Conf Suppl).

Spoorenberg SL, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer HP, Reijneveld SA, Wynia K. Embrace, a model for integrated elderly care: Study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr*. 2013;13(1):62.

Wynia K, **Spoorenberg SL**, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer HP, Reijneveld SA. Effects on well-being, quality of care and costs of the combined Chronic Care Model and a population health management model: Embrace. *Eur J Public Health*. 2013;23(suppl1): ckt126.261.

National peer reviewed papers

Uittenbroek RJ, Kremer HP, **Spoorenberg SL**, Reijneveld SA, Wynia K. Persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg verbetert de ervaren kwaliteit van zorg: resultaten van SamenOud. *Ned Tijdschr Geneeskd*. Accepted for publication.

Uittenbroek RJ, **Spoorenberg SL**, Brans R, Middel B, Kremer HP, Reijneveld SA, Wynia K. SamenOud, een model voor geïntegreerde ouderenzorg: studieprotocol van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit betreffende patiëntuitkomsten, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2014;45(2).

de Groot A, **Spoorenberg SL**, Beukema RJ, Mustafa R, Wynia K. SamenOud: elke huisarts een eigen Ouderenzorg Team. *Bijblijven*. 2013;29(4):19-25.

Wynia K. SamenOud: een nieuw zorgmodel voor samenhangende zorg en begeleiding voor thuiswonende ouderen. *Nurse Academy*. 2013;4:69-72.

Reports and books

Spoorenberg SL, Uittenbroek RJ, Wynia K, Kremer HP, Reijneveld SA. SamenOud in Oost-Groningen. Uitkomsten van SamenOud: voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12, 24 en 36 maanden. 2016. ISBN 978-90-367-9291-2.

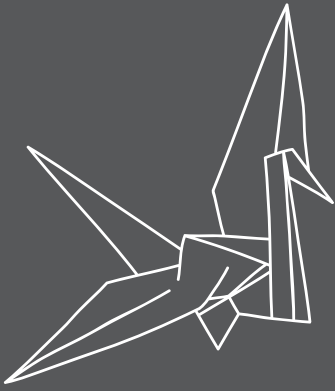
SamenOud. SamenDoen, een verslag van SamenOud in de praktijk. 2015. ISBN 978-94-6299-025-8.

SamenOud. SamenVattend, een bundeling van verhalen over SamenOud. 2015. ISBN 978-94-6299-014-2.

Slotman K, van der Mei SF. Onderzoeksrapport SamenSpraak 2. 'In gesprek met casemanagers van SamenOud' – Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van casemanagers van SamenOud. 2013. ISBN 978-90-367-6904-4.

Slotman K. SamenSpraak 1. 'In gesprek met ouderen van SamenOud' – Kwalitatief onderzoek naar ouderen die deelnemen aan SamenOud. 2013. ISBN 978-90-367-6902-0.

Uittenbroek RJ. Business Case SamenOud. 2013.



Appendix

Summary

Samenvatting

Dankwoord

Curriculum Vitae

Publications Embrace | SamenOud

SHARE | Previous dissertations



RESEARCH INSTITUTE SHARE | PREVIOUS DISSERTATIONS

This thesis is published within the Research Institute SHARE (Science in Healthy Ageing and healthcaRE) of the University Medical Center Groningen / University of Groningen. Further information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: <http://share.umcg.nl>.

More recent theses can be found in the list below.

((co-) supervisors are between brackets)

2017

Setiawan D

HPV vaccination in Indonesia; a health-economic & comparative perspective
(prof MJ Postma, prof B Wilffert, dr JA Thobari)

Sluis A van der

Risk factors for injury in talented soccer and tennis players; a maturation-driven approach
(prof C Visscher, dr MT Elferink-Gemser, dr MS Brink)

Bouwman MEJ

A sad day's night; the dynamic role of sleep in the context of major depression.
(prof P de Jonge, prof AJ Oldehinkel)

Bakker M

Challenges in prenatal screening and diagnosis in the Netherlands
(prof CM Bilardo, dr E Birnie)

Annema-de Jong JH

What's on your mind? Emotions and perceptions of liver transplant candidates and recipients
(prof AV Ranchor, prof PF Roodbol, prof RJ Porte)

2016

Does HTJ van der

Enhancing performance & preventing injuries in team sport players
(prof KAPM Lemmink, prof C Visscher, dr MS Brink)

Veldman K

Mental health from a life course perspective; the transition from school to work
(prof U Bültmann, prof SA Reijneveld)



Mafirakureva N

Health economics of blood transfusion in Zimbabwe
(prof MJ Postma, dr M van Hulst, dr S Khoza)

Mapako T

Risk modelling of transfusion transmissible infections
(prof MJ Postma, dr M van Hulst)

Heuvel M van den

Developmental and behavioral problems in pediatric care; early identification
(prof SA Reijneveld, dr DEMC Jansen, dr BCT Flapper)

Bonvanie IJ

Functional somatic symptoms in adolescence and young adults; personal vulnerabilities and external stressors
(prof JGM Rosmalen, prof AJ Oldehinkel, dr KAM Janssens)

Greeff JW de

Physically active academic lessons: effects on physical fitness and executive functions in primary school children
(prof C Visscher, prof RL Bosker, dr E Hartman, dr S Doolaard)

Dijk L van

The reality of practice; an action systems approach to serious gaming
(prof CK van der Sluis, dr RM Bongers)

Smit R

Health economics of tick-borne diseases
(prof MJ Postma, prof K Poelstra)

Norder-Kuper L

Common mental disorders; prediction of sickness absence durations and recurrences
(prof U Bültmann, prof JJL van der Klink, dr CAM Roelen)

Kamstra JI

Trismus secondary to head and neck cancer; risk factors and exercise therapy
(prof PU Dijkstra, prof JLN Roodenburg, dr H Reintsema)

Bruins J

Metabolic risk in people with psychotic disorders; no mental health without physical health
(prof GHM Pijnenborg, prof ER van den Heuvel, dr F Jorg, dr R Bruggeman)

Holtman GA

Diagnostic strategies in children with chronic gastrointestinal symptoms in primary care
(prof MY Berger, dr Y IJzerman-van Leeuwen, dr PF van Theenen)

Lopez Angarita A

Self-compassion; a closer look at its assessment, correlates and role in psychological wellbeing
(prof R Sanderman, dr MJ Schroevers)

For more 2016 and earlier theses visit our website.