

SamenOud, geïntegreerde ouderenzorg in de eerste lijn*

Ronald J. Uittenbroek, H.P.H. (Berry) Kremer, Sophie L.W. Spoorenberg, S.A. (Menno) Reijneveld en Klaske Wynia

- DOEL** De effecten onderzoeken van SamenOud, een nieuw eerstelijnszorgmodel voor zelfstandig wonende 75-plussers, op de ervaren kwaliteit van de zorg.
- OPZET** Gerandomiseerde, gecontroleerde trial in 15 huisartspraktijken in Oost-Groningen.
- METHODE** In de periode januari 2012-maart 2013 werden 1456 huisartspatiënten van 75 jaar en ouder op basis van zelfrapportage ingedeeld in 3 risicoprofielen: 'robuust', 'kwetsbaar' en 'complexe zorgbehoeften', en vervolgens gerandomiseerd naar de interventiegroep of de controlegroep. De interventie ('SamenOud') bestond uit zorg en begeleiding door een ouderenzorgteam. Dit team stond onder leiding van de huisarts en bestond verder uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een ouderenadviseur. De intensiteit en de duur van de zorg en begeleiding werden afgestemd op het risicoprofiel. De primaire uitkomstmaat was de door de ouderen ervaren kwaliteit van zorg, de secundaire uitkomstmaat was de mate van implementatie van geïntegreerde zorg zoals gerapporteerd door de leden van het ouderenzorgteam.
- RESULTATEN** In de interventiegroep was de ervaren kwaliteit van zorg na 12 maanden iets hoger dan in de controlegroep, maar de effectgrootte was erg klein. Het verschil was significant bij ouderen met de risicoprofielen 'kwetsbaar' en 'complexe zorgbehoeften'; robuuste ouderen ervoeren geen significant verschil. De zorgverleners rapporteerden een gestegen implementatie van de geïntegreerde zorg (effectgrootte: 0,71, dat wil zeggen: gemiddeld).
- CONCLUSIE** SamenOud gaf een, zij het nog bescheiden, verbetering van de ervaren kwaliteit van de zorg, vooral bij ouderen met complexe zorgbehoeften voor wie casemanagement werd geregeld. De implementatie van geïntegreerde zorg verbeterde sterk, maar er is ruimte voor verdere verbetering. Vervolgonderzoek naar effecten van SamenOud op gezondheid, zorggebruik en zorgkosten is gewenst.

Een van de belangrijke uitdagingen voor het huidige gezondheidszorgsysteem is het organiseren van hoogwaardige en betaalbare zorg en begeleiding voor ouderen.¹ Dit vraagt om complexe interventies waarbij verschillende zorg- en welzijnsorganisaties betrokken zijn en meerdere financieringsbronnen een rol spelen.² Er is tot nu toe weinig bewijs voor de effectiviteit van dergelijke interventies, zeker als het gaat om de ervaren kwaliteit van de zorg.³

Modellen zoals het Chronic Care Model bieden hulp bij het organiseren van hoogwaardige en betaalbare zorg en begeleiding.⁴ Guided Care is een voorbeeld van een zorgmodel voor ouderen dat op het Chronic Care model gebaseerd is; bij Guided Care biedt een multidisciplinair team zorg aan ouderen met de meest complexe problemen. Uit onderzoek is gebleken dat Guided Care onder andere de kwaliteit van zorg verbetert,⁵ maar een bezwaar is dat deze en andere zorgmodellen alleen aandacht besteden aan zorgbehoeftige ouderen. Kenmerkend voor ouderen is nu juist dat hun gezondheidstoestand snel kan verslechteren.² Preventieve en proactieve zorg kan bijdragen aan het in stand houden of zelfs verbeteren, van hun gezondheidstoestand.⁶

Zorgmodellen voor ouderen zouden wellicht effectiever kunnen zijn wanneer ze zich richten op alle ouderen, ongeacht hun actuele gezondheidstoestand en zorgbe-

* Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Journal of General Internal Medicine* (2017;32:516-23) met als titel 'Integrated care for older adults leads to better quality of care: results of a randomized controlled trial of Embrace'. Afgedrukt met toestemming.

Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen.

Afd. Gezondheidswetenschappen: drs. R.J. Uittenbroek, gezondheidswetenschapper; drs. S.L.W. Spoorenberg, gezondheidswetenschapper; prof.dr. S.A. Reijneveld, sociaal

geneeskundige-epidemioloog; dr. K. Wynia, gezondheidswetenschapper (tevens afd. Neurologie).

Afd. Neurologie: prof.dr. H.P.H. Kremer, neuroloog.

Contactpersoon: drs. R.J. Uittenbroek (r.j.uittenbroek@umcg.nl).

hoeften. Het is echter niet zinvol en niet haalbaar om iedere oudere dezelfde intensiteit van zorg te bieden.⁷ Zogeheten populatiemanagementmodellen maken het mogelijk om algemene gezondheidsrisicoprofielen op te stellen voor zelfstandig wonende ouderen en aan elk risicoprofiel een passende zorgintensiteit te koppelen.⁸

SamenOud is een zorgmodel voor alle zelfstandig wonende ouderen.⁹ Dit model combineert het Chronic Care Model met een populatiemanagementmodel, de Kaiser Permanente Triangle. De Kaiser Permanente Triangle deelt ouderen in in een risicoprofiel op basis van het risico dat hun zorgvraag en de bijbehorende kosten zullen toenemen. In SamenOud is dit populatiemanagementmodel aangepast en worden ouderen ingedeeld in 3 risicoprofielen op basis van zelfrapportage: robuuste ouderen, kwetsbare ouderen en ouderen met complexe zorgbehoeften. De geboden zorgintensiteit varieert per profiel. Voor robuuste ouderen zijn er bijvoorbeeld groepsactiviteiten; kwetsbare ouderen en ouderen met complexe zorgbehoeften ontvangen intensieve individuele begeleiding van een casemanager.

Het doel van SamenOud is de gezondheid en het welbevinden van ouderen te verbeteren, de kwaliteit van zorg te verhogen en het zorggebruik en kosten te verminderen. In dit onderzoek evalueren wij de effecten van SamenOud op de ervaren kwaliteit van zorg.

METHODE

OPZET EN DEELNEMERS

In de periode januari 2012-maart 2013 voerden wij een gerandomiseerde, gecontroleerde trial uitgevoerd in 15 huisartspraktijken in Oost-Groningen.⁹ Deelnemende ouderen werden ingedeeld in 3 risicoprofielen op basis van hun zelfgerapporteerde complexiteit van zorgbehoeften (Intermed voor ouderen, zelfassessment-versie (INTERMED-E-SA), met scorebereik van 0-60) en kwetsbaarheid (Groningen Frailty Indicator (GFI), met scorebereik van 0-15). De risicoprofielen waren als volgt gedefinieerd: 'robuust' (INTERMED-E-SA-score < 16 en GFI-score < 5), 'kwetsbaar' (INTERMED-E-SA-score < 16 en GFI score ≥ 5), en 'complexe zorgbehoeften' (INTERMED-E-SA score ≥ 16, ongeacht de GFI score). Daarna werden de ouderen gerandomiseerd toegewezen aan de interventiegroep – bij wie het SamenOud-model werd toegepast – of controlegroep.

INTERVENTIE

In elke deelnemende huisartspraktijk werd een ouderenzorgteam samengesteld dat door de huisarts werd aangestuurd. Dit team bestond naast de huisarts uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker. De laatste twee vervulden

de rol van casemanager. Alle teamleden volgden een uitgebreid opleidingsprogramma en kregen maandelijks 'coaching on-the-job' tijdens het overleg van hun ouderenzorgteam.

De ouderenzorgteams organiseerden voor alle deelnemende ouderen persoonsgerichte en preventieve zorg en begeleiding. Ouderen met de risicoprofielen 'kwetsbaar' en 'complexe zorgbehoeften' kregen begeleiding van een casemanager. De casemanager bezocht deze ouderen 1 of 2 keer per maand en richtten zich op de wensen en behoeften van de betreffende oudere. Robuuste ouderen ontvingen geen individuele begeleiding. Wel werden 1 maal per jaar hun medische dossier, medicatie, en zelfgerapporteerde kwetsbaarheid en complexiteit van zorgbehoeften geëvalueerd. Het team handelde proactief wanneer het vermoeden bestond dat de gezondheidstoestand van een deelnemende oudere verslechterde (bijvoorbeeld toegenomen vergeetachtigheid, plotseling verlies van gewicht) of wanneer verlies van steun uit het informele netwerk dreigde (bijvoorbeeld een overbelaste mantelzorger).

Aan alle ouderen werd een programma voor zelfmanagement en preventie aangeboden waarbij informatie werd gegeven om zo lang mogelijk gezond te blijven, het vermogen tot zelfmanagement te verbeteren en de eigen regie te behouden. Zo werden SamenOud-bijeenkomsten met activiteiten, lezingen en informatiemarkten georganiseerd en ontvingen de deelnemers meerdere keren per jaar een nieuwsbrief.

Ouderen in de controlegroep ontvingen de gebruikelijke zorg zoals geboden door de huisarts en de lokale zorg- en welzijnsorganisaties.

UITKOMSTMATEN

De primaire uitkomstmaat was de ervaren kwaliteit van de zorg zoals die door de deelnemende ouderen werd gerapporteerd op de 'kwaliteit van geïntegreerde ouderenzorg'-vragenlijst (Patient Assessment of Integrated Elderly Care, PAIEC).¹⁰ De secundaire uitkomstmaat was de mate van implementatie van geïntegreerde ouderenzorg zoals die door de leden van de ouderenzorgteams werd gerapporteerd (Assessment of Integrated Elderly Care, AIEC).^{11,12} Alle leden van de 15 ouderenzorgteams (elk bestaande uit 4 professionals) werd gevraagd bij aanvang en 12 maanden na de start van de interventie de 34 vragen te beantwoorden. Deze vragen, die waren onderverdeeld in 7 subschalen, leverden een score op van 0-11, waarbij een hogere score een hogere mate van implementatie weergeeft. Uit de antwoorden berekenden wij totaal- en subschaalscores, die werden omgezet in indexscores (0-100).

TABEL 1 Kenmerken van 1456 patiënten van 75 jaar en ouder uit 15 huisartspraktijken bij aanvang van SamenOud-onderzoek, dat plaatsvond in de periode januari 2012-maart 2013; deelnemers werden op basis van zelfrapportage onderverdeeld in 3 risicoprofielen: 'robuust', 'kwetsbaar' en 'complexe zorgbehoeften'*

kenmerk	complex (n = 365)		kwetsbaar (n = 237)		robuust (n = 854)	
	interventie	controle	interventie	controle	interventie	controle
aantal	187	178	122	115	438	416
leeftijd in jaren; gemiddeld (SD)	81,8 (4,6)	81,5 (4,9)	81,6 (5,1)	82,8 (5,5)	79,9 (4,0)	79,9 (4,1)
vrouw	121 (64,7)	115 (64,6)	82 (67,2)	80 (69,6)	202 (46,1)	199 (47,8)
huwelijkse status						
getrouwd of samenwonend	100 (53,5)	99 (55,6)	45 (36,9)	42 (36,8)	282 (64,4)	276 (66,5)
alleenstaand	87 (46,5)	79 (44,4)	77 (63,1)	72 (63,2)	156 (35,6)	139 (33,5)
leefsituatie						
samenwonend met anderen	101 (54,0)	95 (53,4)	49 (40,3)	36 (31,3)	279 (63,7)	276 (66,3)
samenwonend, alleen	75 (40,1)	70 (39,3)	71 (58,2)	69 (60,0)	154 (35,2)	137 (32,9)
verblijf met zorg	10 (5,4)	12 (6,7)	2 (1,6)	9 (7,8)	2 (0,5)	2 (0,5)
laag opleidingsniveau (lbo of lager)	106 (57,0)	116 (66,3)	66 (54,1)	69 (60,0)	198 (45,7)	189 (46,0)
laag inkomen (≤ € 1351 per maand)	80 (43,5)	77 (43,8)	53 (44,5)	51 (45,1)	128 (29,9)	103 (25,9)
aantal aandoeningen; mediaan (IQR)	3 (2-5)	3 (2-5)	3 (1-4)	3 (2-4)	1 (1-2)	1 (1-2)
ziekenhuisopname	63 (35,0)	49 (27,5)	17 (14,0)	19 (16,7)	58 (13,6)	55 (13,4)
thuiszorg	47 (26,4)	42 (23,9)	24 (20,0)	14 (12,4)	18 (4,1)	13 (3,2)
huishoudelijke hulp	105 (57,4)	82 (46,3)	48 (39,3)	51 (44,7)	58 (13,3)	61 (14,8)
zorgbehoeften; mediaan (IQR)†	19 (17-22)	19,5 (17-24)	12 (10-14)	12 (9-13)	7 (5-10)	8 (5-10)
kwetsbaarheid; mediaan (IQR)‡	7 (5-8)	7 (5-9)	6 (5-7)	6 (5-7)	2 (1-3)	2 (1-3)
gezondheidsstatus; gemiddeld (SD)						
EQ-5D-3LS	0,65 (0,16)	0,64 (0,17)	0,74 (0,11)	0,74 (0,13)	0,86 (0,10)	0,86 (0,09)
EQ-5D-VAS¶	56,7 (16,7)	53,8 (19,4)	67,2 (15,6)	70,0 (13,5)	77,7 (14,1)	76,5 (14,5)

IQR = interkwartielafstand.

Rood gedrukte getallen geven een significant verschil aan tussen interventie- en controlegroep ($p = 0,04$).

* Alle getallen zijn n (%), tenzij anders aangegeven.

† Aangegeven op de 'Intermed elderly self-assessment' (IM-E-SA), scorebereik 0-60.

‡ Gemeten met de 'Groningen frailty indicator' (GFI), scorebereik 0-15.

§ Aangegeven op de 'European quality of life-5 dimensions, 3 level', scorebereik 0-1.

¶ Aangegeven op de 'European quality of life-5 dimensions', visuele analoge schaal, scorebereik 0-100.

ANALYSE

We beschreven de kenmerken van de deelnemers bij aanvang voor de groep als geheel en voor de 3 risicoprofielen, en we toetsten de verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep. Vervolgens bepaalden we de effecten van de interventie op de ervaren kwaliteit van zorg met een multilevelanalyse waarbij de uitkomsten gecorrigeerd werden voor leeftijd en geslacht, volgens het 'intention-to-treat' (ITT)-principe. Ten slotte onderzochten we de veranderingen in de mate van implementatie van geïntegreerde ouderenzorg.

RESULTATEN

Van de in totaal 2988 benaderde ouderen konden wij er 1456 (48,7%) meenemen in de analyses. Vrouwen, oudste ouderen en ouderen die op het platteland woonden weigerden vaker deelname ($p < 0,01$ voor al deze subgroepen). We vonden geen statistisch significante verschillen in kenmerken tussen beide groepen bij aanvang van deelname (tabel 1), met uitzondering van de huishoudelijke hulp in het risicoprofiel 'complexe zorgbehoeften' ($p = 0,04$). Ook vonden we geen verschillen tussen beide groepen in de kenmerken van uitvallers op de vervolgmetingen.

TABEL 2 Ervaren kwaliteit van zorg bij aanvang van de SamenOud-interventie en na 12 maanden, zoals aangegeven door 1456 huisartspatiënten van 75 jaar en ouder op de 'Patient assessment of integrated elderly care' (PAIEC)*

subgroep en schaal	interventie		controle		effectgrootte*
	bij aanvang	na 12 maanden	bij aanvang	na 12 maanden	
alle deelnemers	n = 747		n = 709		
totale score	2,32 (1,91)	2,65 (2,14)	2,32 (1,82)	2,32 (1,89)	0,19
activatie	2,52 (2,24)	2,81 (2,42)	2,54 (2,16)	2,52 (2,15)	0,16
doelen stellen	2,05 (1,96)	2,37 (2,22)	2,04 (1,91)	2,09 (2,03)	0,14
coördinatie	1,99 (1,89)	2,37 (2,16)	1,95 (1,76)	1,95 (1,81)	0,21
complexe zorgbehoeften	n = 187		n = 178		
totale score	3,52 (2,24)	3,94 (2,34)	3,48 (2,06)	3,45 (2,34)	0,21
activatie	3,87 (2,65)	4,22 (2,74)	3,93 (2,38)	3,74 (2,58)	0,22
doelen stellen	2,95 (2,43)	3,52 (2,55)	3,07 (2,30)	3,16 (2,60)	0,21
coördinatie	3,07 (2,41)	3,46 (2,53)	2,80 (2,19)	2,94 (2,38)	0,11
kwetsbaar	n = 122		n = 115		
totale score	2,75 (2,19)	3,55 (2,41)	2,64 (1,90)	2,55 (1,86)	0,48
activatie	2,99 (2,40)	3,68 (2,62)	2,87 (2,28)	2,81 (2,20)	0,35
doelen stellen	2,58 (2,41)	3,13 (2,68)	2,17 (1,99)	2,21 (2,03)	0,26
coördinatie	2,23 (2,14)	3,38 (2,54)	2,32 (2,02)	2,10 (1,87)	0,59
robuust	n = 438		n = 416		
totale score	1,69 (1,31)	1,85 (1,51)	1,73 (1,38)	1,77 (1,39)	0,09
activatie	1,81 (1,62)	1,97 (1,77)	1,86 (1,66)	1,92 (1,65)	0,06
doelen stellen	1,51 (1,31)	1,67 (1,55)	1,57 (1,48)	1,60 (1,51)	0,07
coördinatie	1,46 (1,26)	1,63 (1,46)	1,48 (1,24)	1,48 (1,24)	0,11

*Weergegeven wordt de wortel van de indexscores (scorebereik 0-100), waardoor het scorebereik is getransformeerd naar 0-10. Rood gedrukte getallen zijn significant ($p \leq 0,001$).

† Verklaring effectgrootte: < 0,2 = erg klein; 0,2-0,5 = klein; > 0,5, < 0,8 = gemiddeld; $\geq 0,8$ = groot.

PRIMAIRE UITKOMSTMAAT: ERVAREN KWALITEIT VAN DE ZORG

In tabel 2 presenteren we de verschillen in ervaren kwaliteit van zorg op basis van de ITT-analyses. Over het algemeen ervoeren ouderen in de interventiegroep na 12 maanden een iets hogere kwaliteit van de zorg dan ouderen in de controlegroep (regressiecoëfficiënt B: 0,33; 95%-BI: 0,15-0,51; effectgrootte: 0,19, dat wil zeggen: erg klein). De grootste verschillen vonden we bij deelnemers met de risicoprofielen 'kwetsbaar' en 'complexe zorgbehoeften', terwijl we geen significante verschillen vonden bij deelnemers met het risicoprofiel 'robuust.' De resultaten van de complete analyses kwamen overeen met de ITT-analyses. We vonden geen verschillen tussen de huisartsenpraktijken.

IMPLEMENTATIE VAN GEÏNTEGREERDE OUDERENZORG

Vlak na de start van de interventie droeg een van de huisartsen uit een duopraktijk zijn team over aan de andere huisarts. In totaal voltooiden 49 van de in totaal 56 personen in de ouderenteams – 30 professionals, 12 van de 14 huisartsen, beide specialisten ouderengeneeskunde, 8 van de 9 wijkverpleegkundigen en 4 van de 5 maatschappelijk werkers – de AIEC-vragenlijsten bij aanvang én na 12 maanden (78,5% respons). Uit de resultaten bleek dat de mate van implementatie van geïntegreerde ouderenzorg bij aanvang op 'basisniveau' was. Na 12 maanden was dit klinisch relevant verbeterd naar 'redelijk goed.'

BESCHOUWING

De resultaten van ons onderzoek laten zien dat persoonsgerichte en geïntegreerde zorg volgens het SamenOud-model een bescheiden verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg geeft. Het grootste verschil ten opzichte van de gebruikelijke zorg vonden we bij ouderen die casemanagement ontvingen, en dan vooral bij kwetsbare ouderen. Onze resultaten tonen aan dat het zinvol kan zijn niet alleen ouderen met multimorbiditeit en complexe zorgbehoeften geïntegreerde zorg aan te bieden, zoals in het 'Guided Care'-model, maar ook relatief gezonde ouderen.

We vonden geen significante verbeteringen bij ouderen met het risicoprofiel 'robuust' en ook niet op alle subschalen bij de groep met complexe zorgbehoefte. Dit kan mogelijk verklaard worden door het relatief kleine verschil tussen interventiegroepen en controlegroepen. Robuuste ouderen kregen in het SamenOud-model relatief weinig intensieve zorg en begeleiding aangeboden. Daarnaast werd ouderen gevraagd om de ervaren kwaliteit te evalueren van alle zorg en begeleiding die zij ontvingen, dus ook van de zorg en begeleiding van professionals die geen deel uitmaakten van SamenOud. Hierdoor kan het effect van SamenOud verdund zijn, zeker voor ouderen met complexe zorgbehoefte die relatief veel zorg en begeleiding ontvingen.

Leden van de ouderenzorgteams gaven aan dat de mate van implementatie van geïntegreerde ouderenzorg na 12 maanden was toegenomen van 'basisniveau' naar 'redelijk goed' niveau. Dit kan mede verklaard worden door de intensieve training en begeleiding die ze vóór en tijdens de interventieperiode ontvingen.¹³ Het geeft tevens aan dat er nog ruimte is voor verbetering naar het niveau van volledig geïntegreerde ouderenzorg.

STERKE PUNTEN EN BEPERKINGEN

Een van de sterke punten van dit onderzoek was de opzet, een gerandomiseerde en gecontroleerde trial. Een ander sterk punt was de indeling in risicoprofielen die niet ziekte- of organisatiespecifiek waren, maar die goed aansloten bij de doelstellingen van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg. De gebruikte meetinstrumenten waren, hoewel nieuw, geschikt voor het indelen van ouderen in risicoprofielen en voor het evalueren van de ervaren kwaliteit van zorg.¹⁴

Er waren ook een aantal beperkingen in het onderzoek. Gezien de deelname van 49% en de verschillen tussen deelnemers en degenen die deelname weigerden, moet de generaliseerbaarheid van de resultaten verder onderzocht worden. Ten tweede kan er sprake zijn van contaminatie: leden van de ouderenzorgteams zouden elementen van SamenOud aangeboden kunnen hebben aan

- De vraag naar zorg en begeleiding voor zelfstandig wonende 75-plussers neemt toe.
- Persoonsgerichte, geïntegreerde eerstelijnszorg is nu nog vooral gericht op kwetsbare en hulpbehoevende ouderen.
- Hoe effectief een aanbod van geïntegreerde eerstelijnszorg aan alle zelfstandig wonende ouderen zou zijn, is niet eerder onderzocht.
- Persoonsgerichte, geïntegreerde eerstelijnszorg voor zelfstandig wonende 75-plussers lijkt een, zij het vooralsnog bescheiden, positief effect te hebben op de ervaren kwaliteit van zorg.
- De grootste kwaliteitsverbetering trad op bij ouderen die casemanagement kregen.

ouderen uit de controlegroep. Hierdoor zouden de effecten van SamenOud onderschat kunnen worden. Ten derde kan er sprake geweest zijn van responsbias. Ouderen in de controlegroepen waren niet geblindeerd en konden in theorie andere antwoorden geven dan bij hun gezondheidstoestand paste, om zo additionele zorg te kunnen ontvangen. Tot slot hadden we geen controlegroep voor de professionals.

CONCLUSIE

SamenOud is een van de eerste zorgmodellen die tot doel hebben om alle zelfstandig wonende ouderen persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en begeleiding te bieden. Dit een van de eerste studies waarin de effecten van een dergelijk zorgmodel op de ervaren kwaliteit van zorg is onderzocht. We vonden bescheiden effecten, het duidelijkst voor ouderen die casemanagement ontvingen.

Deze bevindingen kunnen bijdragen aan beleid, praktijk en onderzoek. Wel moeten ze worden bevestigd in andere settings om de generaliseerbaarheid te verifiëren. Daarbij is het te overwegen om ook meer technische aspecten van de kwaliteit van zorg te evalueren, zoals de vraag of specifieke zorgprocessen werden uitgevoerd, bijvoorbeeld vaccinaties en specifieke testen of onderzoeken.¹⁵ Ten slotte is het gewenst vervolgonderzoek te doen naar de effecten van SamenOud op de gezondheid van ouderen, hun zorggebruik en de kosten.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 18 januari 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1141

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1141**

LITERATUUR

- 1 Prince MJ, Wu F, Guo Y, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*. 2015;385:549-62.
- 2 Boulton C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: 'Nobody rushes you through'. *JAMA*. 2010;304:1936-43.
- 3 World Health Organization. People-centred and integrated health services: An overview of the evidence. Interim report. Report No. WHO/HIS/SDS/2015.7. Genève: World Health Organization; 2015.
- 4 Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:64-78.
- 5 Boyd CM, Reider L, Frey K, et al. The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2010;25:235-42.
- 6 Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995;333:1184-9.
- 7 Lynn J, Straube BM, Bell KM, Jencks SF, Kambic RT. Using population segmentation to provide better health care for all: The 'bridges to health' model. *Milbank Q*. 2007;85:185-208. 10.1111/j.1468-0009.2007.00483.x
- 8 Eissens van der Laan MR, van Offenbeek MA, Broekhuis H, Slaets JP. A person-centred segmentation study in elderly care: Towards efficient demand-driven care. *Soc Sci Med*. 2014;113:68-76.
- 9 Spoorenberg SL, Uittenbroek RJ, Middel B, Kremer BP, 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;13:62-73.
- 10 Uittenbroek RJ, Reijneveld SA, Stewart RE, Spoorenberg SL, Kremer HPH, Wynia K. Development and psychometric evaluation of a measure to evaluate the quality of integrated care: The Patient Assessment of Integrated Elderly Care (PAIEC). *Health Expect*. 2016;19:962-72.
- 11 Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch disease management programs. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:49.
- 12 Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res*. 2002;37:791-820.
- 13 Cramm JM, Nieboer AP. High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. *Int J Qual Health Care*. 2013;25:689-95.
- 14 Noël PH, Parchman ML, Palmer RF, et al. Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: A cross-sectional analysis. *BMC Fam Pract*. 2014;15:57.
- 15 Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, et al. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med*. 2006;144:665-72.