

University of Groningen

SamenOud

Wynia, Klaske; 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):

Wynia, K., & Spoorenberg, S. (2017). *SamenOud: Anders denken, anders doen*. SamenOud.

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.

SamenOud

Anders denken, anders doen



Nominatie UMCG voor De Brouwer Prijs voor Wetenschap en Samenleving

www.samenoud.nl
info@samenoud.nl
© SamenOud, 2017

SamenOud

Anders denken, anders doen

Het doel van SamenOud is dat ouderen (75+) zo lang als mogelijk én wenselijk is thuis kunnen blijven wonen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van twee benaderingen: 1) het vaststellen van het risicoprofiel van de ouderen; en 2) preventieve, proactieve en samenhangende zorg en begeleiding met een passende zorgintensiteit aan de ouderen in de drie profielen door een multidisciplinair Ouderenzorg Team. Alle ouderen wordt een programma aangeboden gericht op zelfredzaamheid, eigen regie en gezond blijven dat bestaat uit drie pijlers: sociale contacten, bewegen en voeding. Kwetsbare ouderen ontvangen bovendien casemanagement van de sociaal werker en ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften ontvangen intensief casemanagement van de wijkverpleegkundige. Onderzoek heeft aangetoond dat door deze benadering zowel de prevalentie als de ernst van gezondheidgerelateerde problemen bij ouderen met de risicoprofielen 'Kwetsbaar' en 'Complexe zorgbehoeften' duurzaam afneemt. Zo kunnen ouderen erop vertrouwen dat de maatschappij hun goede zorg biedt in eigen omgeving.

Inhoudsopgave

SamenOud in het kort	7
Initiatief SamenOud	7
Transformatie: ‘anders denken, anders doen’	7
Toepassing en opschaling	9
Wetenschappelijke en maatschappelijke verbondenheid	10
Bevorderen van vertrouwen in de samenleving	10
Voorgedragen persoon	12
Ambitie	12
SamenOud nader toegelicht	14
Maatschappelijk probleem	14
Evidence-based oplossing	17
SamenOud in de praktijk	20
Betrokken organisaties	22
SamenOud genereert multidisciplinair onderzoek	24
Resultaten van onderzoek	26
SamenOud als verbindende schakel met zorg en beleid	28
Referenties	30
Publicaties	32



SamenOud in het kort

Initiatief

Het genomineerde initiatief is SamenOud, een nieuw persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel voor thuiswonende ouderen. SamenOud is een initiatief van wetenschappers, in het bijzonder dr. Klaske Wynia (gezondheidswetenschapper werkzaam bij het UMCG), aanbieders en financiers van zorg en welzijn. Doel is dat ouderen zo lang als mogelijk en wenselijk is thuis kunnen blijven wonen.

De kracht van SamenOud is de wetenschappelijke basis van het model, de wijze waarop het aansluit aan de behoeften van ouderen, en de overtuiging van aanbieders en financiers van zorg en welzijn dat persoonsgerichte en geïntegreerde zorg, zoals vormgegeven in SamenOud, een oplossing biedt voor duurzame zorg en kostenbeheersing.

Transformatie: ‘anders denken en anders doen’

Wereldwijd worden samenlevingen geconfronteerd met aanhoudende groei van zorgkosten en grote veranderingen in de vraag naar zorg en begeleiding. Persoonsgerichte en geïntegreerde zorgmodellen bieden mogelijk een oplossing voor deze problemen. Uitgangspunt van persoonsgerichte zorg is dat het individu met zijn of haar gezondheidsproblemen en zorgbehoeften centraal staat in de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt. Uitgangspunt van geïntegreerde zorg is dat zorg zo georganiseerd wordt dat iemand een continuüm aan preventie, zorg en welzijn ervaart. De cliënt voert daarbij zelf de regie. Zorgverleners krijgen een nieuwe rol: het ondersteunen van personen bij het voeren van de regie en het nemen van beslissingen.

SamenOud is een persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel dat, in opdracht van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), met succes gerealiseerd wordt in Noord-Nederland. De aanpassingen in de organisatiestructuur die daarbij plaatsvinden, gaan gepaard met een transitie in het denken en handelen van professionals. Deze transformatie heeft zich voortgezet naar: 1) het niveau van het maatschappelijke systeem en het gezondheidszorgsysteem: bestuurders van organisaties voor zorg en welzijn vormen duurzame samenwerkingsverbanden met samenwerkingsovereenkomsten; 2) het niveau van de financiers van zorg en welzijn: zij zoeken gezamenlijk naar duurzame oplossingen voor de bekostiging van deze nieuwe werkwijze; en 3) het niveau van de landelijke politiek: in toenemende mate is het ministerie van VWS betrokken bij de transformatie naar persoonsgerichte en geïntegreerde zorg zoals dat wordt gerealiseerd in SamenOud. Tijdens het werkbezoek van staatssecretaris Van Rijn aan SamenOud (januari 2016) complimenteerde de staatssecretaris betrokken aanbieders en financiers van zorg en welzijn: 'Met SamenOud hebben jullie goud in handen'. Het bezoek heeft geleid tot structurele contacten met het ministerie van VWS.



Toepassing en opschaling

SamenOud wordt sinds januari 2012 gerealiseerd in Oost-Groningen en sinds september 2014 in Zuidoost-Drenthe. Recent is SamenOud gestart in Noordoost-Drenthe. Momenteel nemen ongeveer 4000 ouderen en 40 huisartsen deel aan deze nieuwe vorm van dienstverlening, die steeds meer geborgd wordt in de regionale organisatie- en financieringsstructuren.

Onder de titel 'Integrale Ouderenzorg Drenthe' ontwikkelen koepelorganisaties van aanbieders van zorg en welzijn plannen om persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg, gebaseerd op de kenmerken van SamenOud, in de gehele provincie te realiseren.

De structurele contacten met het ministerie van VWS hebben er onder andere toe geleid dat voorbereidingen worden getroffen om samen met het Zorginstituut Nederland en het NPO de kenmerken van SamenOud uit te werken tot een 'Kwaliteitsstandaard voor Geïntegreerde Ouderenzorg'. Hierdoor komt opschaling van persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg naar nationaal niveau, gebaseerd op de kenmerken van SamenOud, in zicht.

“In het kader van de door ons voorgestelde aanpak volgen we SamenOud en zoeken we naar passende en duurzame oplossingen.”

Minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn in de “Preventiebrief” aan de Tweede Kamer, 25 maart 2016

Wetenschappelijke en maatschappelijke verbondenheid: een lerend netwerk

SamenOud kenmerkt zich door de verbondenheid tussen wetenschappers van het UMCG en aanbieders en financiers van zorg en welzijn – in alle fasen van ontwikkeling van het zorgmodel: van initiatief tot borging en opschaling. Elke fase wordt vanuit de perspectieven van onderzoekers, aanbieders en financiers voorbereid, gerealiseerd en geëvalueerd. Door deze werkwijze vormt SamenOud een lerend netwerk, waarbinnen op systematische wijze gewerkt wordt aan de kwaliteit van zorg voor thuiswonende ouderen. Ouderen zijn actief betrokken bij de realisatie en borging van persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg in de vorm van klankbordgroepen. Voor optimale lokale aansluiting heeft elke regio een eigen klankbordgroep.

Bevorderen van vertrouwen in de samenleving

Het initiatief SamenOud bevordert het vertrouwen in de samenleving. Dat blijkt uit de resultaten van onderzoek, de ontwikkelingen in de praktijk, initiatieven van ouderen en de politieke belangstelling:

- Ouderen die deelnemen aan SamenOud ervaren meer eigen regie, voelen zich veilig en geborgen, en hebben het vertrouwen langer thuis te kunnen blijven wonen dan voorheen.¹
- Professionals die de ouderen in SamenOud begeleiden geven aan dat de kwaliteit van hun zorgverlening is toegenomen.²
- De initiatiefnemers van SamenOud werken duurzaam samen in het realiseren en verbeteren van de gezamenlijke dienstverlening (zorg en welzijn) en in aanpassingen van het bekostigingssystemen (van zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente).

- Ouderen zijn enthousiast over hun rol in de klankbordgroepen. Ouderen, die getraind zijn als ‘ambassadeur van geïntegreerde ouderenzorg’, nemen in toenemende mate het initiatief organisaties te informeren en te stimuleren deze nieuwe werkwijze te realiseren.
- Politici, van lokaal niveau tot en met het ministerie van VWS, stimuleren ontwikkelingen gerelateerd aan het zorgmodel SamenOud.
- Samen met het Zorginstituut Nederland, het ministerie van VWS en het NPO werkt dr. Wynia met haar team aan een voorstel om te komen tot een landelijke ‘Kwaliteitsstandaard Geïntegreerde Ouderenzorg’, gebaseerd op de kenmerken van SamenOud. In deze standaard worden resultaten van wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke ontwikkelingen rondom persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg samengebracht.



Voorgedragen persoon

Dr. Klaske Wynia is als onderzoeker Persoonsgerichte en Geïntegreerde Ouderenzorg verbonden aan de afdelingen Gezondheidswetenschappen en Neurologie van het UMCG. Zij is (wetenschappelijk) initiatiefnemer van SamenOud. In haar rol als 'Programmaleider SamenOud' heeft zij in de projectfase het ontwerp van SamenOud vormgegeven en leidinggegeven aan de realisatie van SamenOud in de praktijk en aan het onderzoek naar de uitkomsten van het nieuwe zorgmodel. Nu de projectfase is afgerond heeft zij een belangrijke rol in de borging en opschaling van deze nieuwe vorm van dienstverlening, naast het verder onderzoeken en ontwikkelen van het zorgmodel. Buiten Nederland participeert zij als projectleider van Embrace ('SamenOud' in het buitenland) in meerdere Europese projecten.

Ambitie

De ambitie van dr. Wynia is dat zij en haar team uitgroeien tot een erkend 'Innovatiecentrum voor Persoonsgerichte en Geïntegreerde Zorg'. Vanuit dit innovatiecentrum zal dr. Wynia haar huidige positie en rol als drijvende kracht in de ontwikkeling, realisatie en borging van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg verder uitbouwen en borgen in Noord-Nederland en daarbuiten. Daarmee zal het beoogde innovatiecentrum een unieke wetenschappelijke en maatschappelijke positie in de gezondheidszorg kunnen innemen. Speerpunten voor de onderzoekslijn 'Persoonsgerichte en Geïntegreerde Zorg' gedurende de komende jaren zijn het (verder) ontwikkelen van:

- Strategieën voor opschaling en duurzame borging;
- Passende onderzoekdesigns, uitkomstmaten en meetinstrumenten;
- Duurzaam-lerende organisaties door integratie van onderzoek en praktijk;
- Vernieuwen en verduurzamen van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg door ICT-innovaties en e-health toepassingen ter ondersteuning van ouderen en professionals.



SamenOud nader toegelicht

Maatschappelijk probleem

Wereldwijd worden samenlevingen geconfronteerd met aanhoudende groei van zorgkosten en grote veranderingen in de vraag naar zorg en begeleiding. De kosten van langdurige zorg blijven toenemen en zullen naar verwachting verdubbelen in de komende decennia, o.a. vanwege de groeiende groep ouderen.³ De huidige gezondheidszorgsystemen zijn oorspronkelijk ontworpen voor de behandeling van acute en – hoofdzakelijk – kortdurende ziektes en aandoeningen.⁴ Voortdurende specialisatie en technologische vooruitgang hebben geleid tot fragmentatie van het zorgaanbod en substantiële stijging van de zorgkosten. Structurele en financiële barrières hebben de fragmentatie van eerste- en tweedelijnszorg en gezondheidszorg en welzijn verder doen toenemen.⁵⁻⁷ Deze geschetste fragmentatie heeft een negatief effect op de organisatie van samenhangende, langdurige zorg en begeleiding van chronisch zieken en ouderen met complexe zorgbehoeften.^{8,9} Ondanks de beschikbaarheid van een breed spectrum en gedifferentieerd aanbod van zorg en ondersteuning, ontvangen mensen met langdurige zorgbehoeften niet altijd passende en samenhangende zorg.¹⁰⁻¹² Dit kan leiden tot slechte betrokkenheid van deze mensen bij het opstellen en uitvoeren van hun behandelplannen en zelfs behandel- en medicatiefouten.^{7,10,13} Daarom is het noodzakelijk dat de huidige zorgsystemen zich gaan aanpassen.^{4,6,7}



“Keerpunt in mijn zoektocht naar een passend zorgmodel voor chronisch zieken was mijn studiereis in 2008 naar Kaiser Permanente, een grote Integrated Care organisatie in Amerika. Kaiser Permanente is een zorgverzekeraar en zorgaanbieder ineen. De focus lag daardoor veel meer dan hier in Nederland op gezondheid en het voorkomen van ziekte: ‘Wat heeft mijn verzekerde nodig om gezond te blijven?’. Immers, als de verzekerde gezond blijft, zijn de kosten voor de zorgverzekeraar laag. Ons Nederlandse systeem focust op ziekte: meer zieke mensen leidt tot meer productie en inkomsten voor een zorgaanbieder. Die perverse prikkel zit ‘ingebakken’ in ons zorgsysteem.”

Dr. Klaske Wynia

Evidence-based oplossing

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorgmodellen bieden mogelijk een oplossing voor bovengenoemde problemen.^{14,15} SamenOud is een dergelijk model. Uitgangspunt bij het ontwerp van SamenOud was het welbevinden van thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Het doel van SamenOud is dat deze ouderen zo lang als mogelijk en wenselijk is thuis kunnen blijven wonen. Voor het ontwerpen van SamenOud is gebruik gemaakt van twee evidence-based modellen:

- Het *Chronic Care Model (CCM)*,¹⁶ dat een solide basis biedt voor het ontwerpen van een persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel en dat wordt onderschreven door de World Health Organization.¹⁷ Het CCM is ontwikkeld om het zorgsysteem zodanig te veranderen dat het proactieve, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg kan bieden. Het model verbindt maatschappelijke organisaties met het gezondheidszorgsysteem en omvat verder vier *evidence-based* kernelementen:
 1. Zelfmanagementondersteuning van patiënten en hun families;
 2. Ontwerp van het zorgproces door het samenstellen van eerstelijnszorgteams die proactieve zorg organiseren;
 3. Besluitvormingsondersteuning met *evidence-based* protocollen en richtlijnen;
 4. Klinische informatiesystemen met persoonsgebonden elektronische dossiers.

Deze vier samenhangende en interacterende elementen stimuleren productieve interacties, wat uiteindelijk kan leiden tot verbeterde uitkomsten (zie Figuur 1).¹⁶

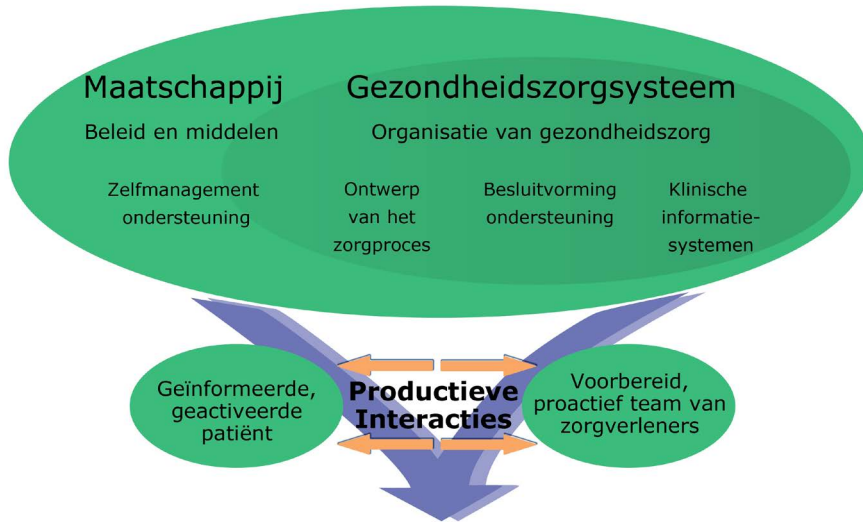
- Een *Population Health Management model*, de Kaiser Permanente (KP) Triangle, voor het samenstellen van risicoprofielen en het bepalen van een passende zorgintensiteit. De KP Triangle biedt handvatten om verschillende risiconiveaus te ontwikkelen die gebaseerd zijn op de kans op gezondheidgerelateerde problemen. De niveaus variëren van een laag intensiteitsniveau met groepsactiviteiten voor mensen die overwegend gezond zijn en een relatief laag risico op gezondheidsproblemen hebben, tot een hoog intensiteitsniveau met casemanagement en continue monitoring van mensen met hoog-complexe gezondheidgerelateerde problemen en een hoog risico op escalaties en (spoed)opnames in een ziekenhuis.^{18,19}

Voor SamenOud zijn beide modellen vertaald naar de Nederlandse situatie en gespecificeerd voor thuiswonende ouderen (zie Figuren 1 en 2). Alle structurelementen van beide modellen worden gelijktijdig – en in onderlinge samenhang – gerealiseerd in de praktijk. De interacties tussen de oudere en professionals, die door de nieuwe structuur ontstaan, worden gestimuleerd en begeleid door procesbegeleiders, zodat het ‘anders denken en anders doen’ onderdeel van het dagelijks handelen wordt. De uitkomsten van deze processen zijn op systematische wijze onderzocht.

“Ik vind SamenOud bijzonder, omdat het een project is waarin ‘het medische voorportaal’ en het ‘sociale voorportaal’ op een slimme manier verbonden zijn.”

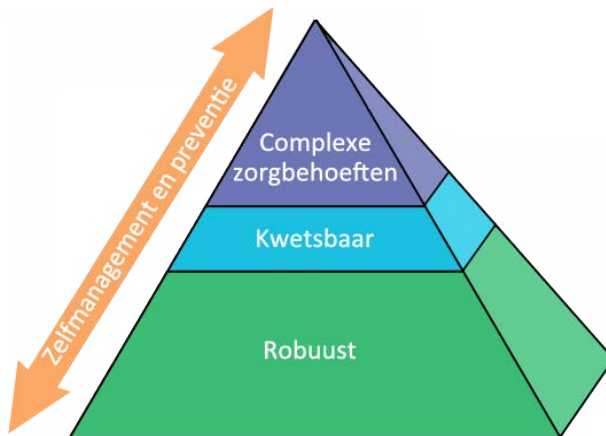
Jan Willem van de Kolk, wethouder in Stadskanaal, 2015

Chronic Care Model



Verbeterde uitkomsten

Figuur 1. Het Chronic Care Model, ontwikkeld door het MacColl Institute



Figuur 2. De SamenOud-triangel

SamenOud in de praktijk

Alle ouderen (75-plus) die zijn geregistreerd in een huisartspraktijk worden uitgenodigd deel te nemen aan SamenOud. Ouderen die besluiten deel te nemen ontvangen jaarlijks een schriftelijke vragenlijst met vragen over de complexiteit van hun zorgbehoeften (INTERMED for the Elderly Self-assessment) en mate van kwetsbaarheid (Groningen Frailty Indicator). Op basis van hun antwoorden worden ouderen ingedeeld in drie risicoprofielen: Robuust ($\pm 64\%$), Kwetsbaar ($\pm 16\%$) en Complexe zorgbehoeften ($\pm 20\%$) (zie Figuur 2).

Robuuste ouderen hebben nog weinig tot geen last van de gevolgen van het ouder worden, maar hebben wel een verhoogd risico daarop; kwetsbare ouderen hebben in toenemende mate last van gezondheidgerelateerde problemen en afhankelijkheid van hulpmiddelen en anderen, en hebben een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften; ouderen met complexe zorgbehoeften hebben meestal multimorbiditeit, ontvangen zorg en begeleiding van meerdere professionals en hebben een verhoogd risico op opname in een verpleeghuis of ziekenhuis.

Vervolgens verleent een Ouderenzorg Team preventieve en proactieve zorg en begeleiding met een passende zorgintensiteit aan de ouderen in de drie profielen. Elke huisartspraktijk heeft een eigen Ouderenzorg Team dat onder leiding staat van de huisarts, en verder bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige en een sociaal werker. Beide laatste vervullen de rol van casemanager voor ouderen met de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar.

“Het Ouderenzorg Team regelde in korte tijd allerlei hulp en hulpmiddelen voor mijn vrouw. Zo hoeven we gelukkig niet naar een verpleeghuis.”

Dhr. Faber (88 jaar), Emmen, 2017

De geboden zorgintensiteit varieert per risicoprofiel. Alle ouderen, dus ook de robuuste ouderen, wordt het Zelfmanagementsupport- en preventieprogramma met groepsactiviteiten aangeboden. Dit programma is gericht op zelfredzaamheid, eigen regie en gezond blijven en heeft drie pijlers: sociale contacten, bewegen en voeding. Kwetsbare ouderen ontvangen bovendien casemanagement van de sociaal werker (1x per maand een huisbezoek) en ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften ontvangen intensief casemanagement (iedere 2 weken een huisbezoek) van de wijkverpleegkundige.



Betrokken organisaties

Bij SamenOud is – naast het UMCG in de rol als onderzoeksinstituut – een groot aantal organisaties structureel betrokken.

In Oost-Groningen zijn betrokken: Espria (met VVT-organisatie Zorggroep Meander), Tinten Welzijnsgroep (met de welzijnsorganisaties Welstad, De Badde en Compaen) en vijftien huisartsen als aanbieders van zorg en welzijn. Als financiers zijn betrokken zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis, en de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela.

In Zuidoost-Drenthe zijn betrokken: Zorggroep Tangenborgh, Espria (met VVT-organisatie Icare), Tinten welzijnsgroep (met de welzijnsorganisatie Sedna), Treant zorggroep (ziekenhuis en VVT) en 22 huisartsen als aanbieders van zorg en welzijn. Als financiers zijn betrokken zorgverzekeraar en zorgkantoor Zilveren Kruis, en de gemeente Emmen.

In Noordoost-Drenthe zijn betrokken: Espria (met VVT-organisatie Icare), Interzorg (VVT-organisatie), Tinten Welzijnsgroep (met de welzijnsorganisaties Impuls en Vaart Welzijn) en vijf huisartsen als aanbieders van zorg en welzijn. Als financiers zijn betrokken zorgverzekeraar en zorgkantoor Zilveren Kruis, en de gemeenten Assen en Aa en Hunze.

“Tot nu toe was de medische wereld een vrij gesloten circuit voor ons. SamenOud heeft dat veranderd. Er zijn meer contacten tussen huisartsen en welzijn.”

Johan Brongers, voorzitter RvB Tinten Welzijnsgroep, 2015



SamenOud genereert multidisciplinair onderzoek

De evaluatie van het nieuwe zorgaanbod gaat gepaard met een breed scala aan onderzoeken en onderzoeksmethoden, zoals:

1. Het onderzoek naar de korte- en langetermijnuitkomsten van SamenOud met kwantitatieve en kwalitatieve studies, gericht op uitkomsten voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten.
2. Het ontwikkelen en valideren van nieuwe uitkomstmaten en meet-instrumenten voor het evalueren van de impact van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg.
3. Het ontwikkelen en evalueren van innovatieve interventies voor specifieke gezondheidgerelateerde problemen van ouderen.

In het multidisciplinaire onderzoek wordt samengewerkt met onderzoekers van diverse afdelingen, zoals Epidemiologie, Bewegingswetenschappen, Mondheekunde, Neurologie, Interne geneeskunde, Chirurgie, Letteren en Bedrijfskunde. Daarnaast wordt samengewerkt in nationale en internationale netwerken van onderzoekers bij het verder onderzoeken en ontwikkelen van persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg.

Sinds 2013 verschenen twee proefschriften en negen internationale *peer reviewed* publicaties, waarvan twee publicaties in de Top 10% en vijf publicaties in de Top 25% beste tijdschriften van het vakgebied. Nog eens negen manuscripten zijn ingediend bij internationale *peer reviewed* tijdschriften. In Nederland verschenen vier nationale *peer reviewed* publicaties en vijf boeken en rapporten (zie Publicaties). Verder heeft dr. Wynia sinds 2010 meer dan honderd (wetenschappelijke) presentaties in binnen- en buitenland gegeven.

Resultaten van onderzoek

Het onderzoek naar het zorgmodel SamenOud richtte zich op de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen (gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven en zelfmanagement), kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten. Hiervoor werden meerdere kwalitatieve (interviews en dossieranalyses) en kwantitatieve (experimentele en longitudinale) studies uitgevoerd. De uitkomsten lieten – afhankelijk van het studiedesign, de uitkomstmaten en gebruikte meetinstrumenten – een wisselend beeld zien. Voor de experimentele studie was de interventieperiode van een jaar waarschijnlijk te kort om effecten aan te tonen van een complexe interventie als SamenOud. De belangrijkste bevindingen voor de korte termijn (12 maanden)^{1,2} en lange termijn (24 en 36 maanden) voor de thuiswonende ouderen in de ‘Groningse studie’²⁰ zijn:

- De gezondheidstoestand van ouderen met complexe zorgbehoeften blijft gelijk of verbetert. Kwetsbare ouderen gaan echter achteruit. Het onderzoek laat zien dat een belangrijk deel van deze groep kwetsbare ouderen geen individuele begeleiding van een casemanager ontvangen heeft. Ook de gezondheid van de robuuste ouderen neemt af. Hoewel een belangrijk deel van deze ouderen tijdens de onderzoeksperiode kwetsbaar werd, ontvingen zij geen individuele begeleiding. De uitvoering van SamenOud in de praktijk kan op dit punt verbeterd worden.
- De algemene kwaliteit van leven en het welbevinden van ouderen laten een vergelijkbare ontwikkeling zien als de gezondheidstoestand.
- Ouderen die individuele begeleiding (casemanagement) ontvangen geven aan dat zij door de begeleiding van SamenOud meer eigen regie en controle ervaren en zich veilig en geborgen voelen.¹ De prevalentie en ernst van gezondheidgerelateerde problemen bij ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften nemen (duurzaam) af.

- Casemanagers geven aan dat zij, door de individuele begeleiding, beter kunnen aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen en escalaties kunnen voorkomen.² Huisartsen bevestigen dit laatste tijdens evaluatiegesprekken. Ze geven aan dat ze ‘hun ouderen’ goed in beeld hebben en daardoor vroegtijdig kunnen anticiperen bij eventuele achteruitgang.
- De ervaren kwaliteit van zorg blijft gelijk en de mate van implementatie van integrale zorg neemt toe.
- De totale kosten (Zvw, AWBZ en Wmo) voor de ouderen veranderen niet. De vergelijking met benchmarkgegevens voor de gemiddelde kosten per oudere (75-plus) voor de Zvw (bron: Menzis) laat zien dat de kosten voor de deelnemers aan SamenOud 12 en 24 maanden na baseline minder stijgen dan in de benchmarkgegevens (respectievelijk 0% en 3% voor SamenOud versus 1% en 8% voor de benchmarkgegevens). Na 36 maanden zijn de kosten voor de deelnemers aan SamenOud hoger dan in de benchmarkgegevens (14% versus 8%). Dit komt door de kostenstijging na 24 maanden voor ouderen met het risicoprofiel Robuust, waarbij de kosten voor de medisch specialistische zorg (58%), huisartszorg (46%) en mondzorg (43%) toenemen.

“Sinds de start heeft SamenOud €9,2 miljoen aan (onderzoek)subsidies ontvangen voor het ontwikkelen, realiseren en onderzoeken van persoonsgerichte en geïntegreerde (ouderen)zorg.”

Dr. Klaske Wynia

SamenOud als verbindende schakel met zorg en beleid

Kenmerkend voor dr. Wynia en haar onderzoeksteam is de nauwe verbondenheid met de ontwikkeling van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg in de praktijk en borging in (overheids)beleid. Dit komt tot uitdrukking in:

- De werkbezoeken aan SamenOud van o.a. de staatssecretaris en minister van VWS, Tweede Kamerleden en Statenleden van diverse politieke partijen die dr. Wynia organiseerde.
- De verspreiding en borging van het zorgmodel in de organisatiestructuren en bekostigingssystemen waarbij dr. Wynia het initiatief nam en het proces stimuleerde en ondersteunde.
- Haar participatie in lokale en regionale samenwerkingsverbanden in Groningen en Drenthe, bestaande uit de financiers en aanbieders van zorg en welzijn, die als doel hebben geïntegreerde ouderenzorg te implementeren en te borgen.
- Haar landelijke en internationale bekendheid als expert op het terrein van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg, wat zichtbaar is in deelname aan bijvoorbeeld de netwerken van het NPO en Europese consortia zoals EU-ACT@Scale en EU-CONNECARE.
- Haar bekendheid als expert heeft geleid tot het verzoek van het Zorginstituut Nederland en het NPO om het zorgprogramma uit te werken tot landelijke 'Kwaliteitsstandaard voor Geïntegreerde Ouderenzorg'.

- De erkenning van Embrace ('SamenOud' in het buitenland) als één van de *good practices* in de benoeming van het UMCG en het Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN) tot *reference site* door de European Innovation Partnership Active and Healthy Ageing (EIP AHA). In 2013 werden het UMCG en het HANNN benoemd tot *three star reference site* en in 2016 als *four star reference site*. Beide keren was dit de hoogst haalbare erkenning.
- De erkenning van SamenOud als goed voorbeeld van preventieve zorg door het ministerie van VWS, wat blijkt uit de 'Preventiebrief' van het ministerie van VWS aan de Tweede Kamer (25 maart 2016) en uit de duurzame samenwerking met het ministerie en gezamenlijke initiatieven tot opschaling van persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg naar nationaal niveau.

“SamenOud moet een vaste plek krijgen in het zorgstelsel.”

Frank van der Linden, lid van de Raad van Bestuur van Zorggroep Tangenborgh, 2014

Referenties

1. Spooenberg SL, Wynia K, Fokkens AS, et al. Experiences of community-living older adults receiving integrated care based on the chronic care model: A qualitative study. *PLoS One*. 2015;10(10):e0137803.
2. Uittenbroek RJ, Van der Mei SF, Slotman K, et al. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: a qualitative study on Embrace. Submitted.
3. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, et al. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD; 2011:324.
4. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. 2002.
5. IOM (Institute of Medicine). Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, editors. Washington DC: The National Academies Press; 2012.
6. OECD. Health reform. Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Paris: OECD Publishing; 2011.
7. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, et al. Overcoming fragmentation in health care: Chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law*. 2012;7(1):125-46.
8. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430-9.
9. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
10. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, et al. Multiple chronic conditions: Prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med*. 2007;22 Suppl 3:391-5.
11. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, et al. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract*. 2008;25(4):287-93.
12. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-76.
13. Nolte E, McKee M. Making it happen. In: Nolte E, editor. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. 1st ed. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 222-44.

14. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008;371(9614):725-35.
15. Grabowski DC. The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: Review and synthesis of the most recent evidence. *Med Care Res Rev*. 2006;63(1):3-28.
16. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78.
17. Nuno R, Coleman K, Bengoa R, et al. Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCC framework. *Health Policy*. 2012;105(1):55-64.
18. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: A review. In: Nolte E, editor. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. 1st ed. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 64-91.
19. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-9.
20. Spoorenberg SL, Uittenbroek RJ, Wynia K, et al. SamenOud in Oost-Groningen. Uitkomsten van SamenOud: voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12, 24 en 36 maanden. Universitair Medisch Centrum Groningen. 2016. ISBN 978-90-367-9291-2.

Publicaties

Internationaal

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; 23(4): 526-536.

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.

Nationaal

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.

Boeken, rapporten en boekbijdragen

Jager M, Spoorenberg SLW, Wynia K. (2017) Woonsituatie en leefomgeving van 75-plussers in Zuidoost Drenthe. Universitair Medisch Centrum Groningen, ISBN 978-90-367-9694-1.

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.

Spoorenberg SLW, Wynia K, Ronde CJ, Haandrikman J, Uittenbroek R, Oeseburg B, Slotman K. SamenDoen, een verslag van SamenOud in de praktijk. Universitair Medisch Centrum Groningen. 2015. ISBN 978-94-6299-025-8.

Spoorenberg SLW, Wynia K, Slotman K, Ronde CJ, Uittenbroek R, Struiving T, Erkelens H. SamenVattend, een bundeling van verhalen over SamenOud. Universitair Medisch Centrum Groningen. 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, Fokkens A, Wynia K, Spoorenberg S, Brans R. 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.

Nominatie UMCG voor
De Brouwer Prijs
voor Wetenschap en
Samenleving

© SamenOud, 2017
www.samenoud.nl

