

University of Groningen

SamenOud in Zuidoost-Drenthe

Spoorenberg, Sophie; Wynia, Klaske; van Asselt, A D I; Jager, Margot; Kremer, Hubertus; Reijneveld, Sijmen

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.

Publication date:
2018

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

Citation for published version (APA):

Spoorenberg, S., Wynia, K., van Asselt, A. D. I., Jager, M., Kremer, H., & Reijneveld, S. (2018). *SamenOud in Zuidoost-Drenthe: Uitkomsten voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden*. 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 in Zuidoost-Drenthe

Uitkomsten van SamenOud voor ouderen, kwaliteit van zorg,
zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden



SamenOud

in Zuidoost-Drenthe

SamenOud in Zuidoost-Drenthe

Uitkomsten voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden

UMCG

Dr. S.L.W. Spoorenberg

Dr. K. Wynia

Dr. A.D.I. van Asselt

Dr. M. Jager

Prof. dr. H.P.H. Kremer

Prof. dr. S.A. Reijneveld

ISBN: 978-94-034-0195-9

ISBN e-versie: 978-94-034-0194-2

www.samenoud.nl

©SamenOud, 2018

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het SamenOud-team te Groningen.

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport met de langetermijntuitkomsten van het persoonsgerichte en geïntegreerde zorgmodel SamenOud in Zuidoost-Drenthe. Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek naar de korte- en langetermijntuitkomsten van SamenOud in de gemeente Emmen voor de periode 1 januari 2015 tot 1 januari 2017. Het onderzoek is uitgevoerd namens de stuurgroep SamenOud Zuidoost-Drenthe en in opdracht van zorgverzekeraar en zorgkantoor Zilveren Kruis. Wat ging hieraan vooraf?

In 2013 hebben lokale partijen in Emmen (Zorggroep Tangenborgh en welzijnsorganisatie Sedna/Tinten welzijnsgroep) het initiatief genomen de start van SamenOud in deze gemeente voor te bereiden. Zij deden daarvoor een beroep op het SamenOud-team van het UMCG. Met financiële ondersteuning van een implementatiesubsidie van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van ZonMw konden deze voorbereidingen in het voorjaar van 2014 van start gaan. Het resultaat was dat in september 2014 gestart kon worden met de training van twaalf Ouderenzorg Teams en het uitnodigen van ouderen voor de deelname aan SamenOud.

Onderdeel van de voorbereidingen op de start was het realiseren van de financiering van SamenOud. Die kwam in eerste instantie uit de NZa beleidsregel NPO. Vanwege de hervormingen van de langdurige zorg (AWBZ) bleek deze financiering van beperkte duur: de financiering vanuit de NZa Beleidsregel NPO werd nu ondergebracht bij het NPO. De stuurgroep SamenOud Zuidoost-Drenthe deed daarom een beroep op de 'Doorlopende subsidieronde – Financiering innovatie zorg en ondersteuning vanuit NPO projecten' van ZonMw. De aanvraag werd gehonoreerd en daarmee was de financiering voor het jaar 2015 geregeld. Voor de financiering *na* 2015 hebben de stuurgroep SamenOud¹, Gemeente Emmen en Zilveren Kruis overeenstemming bereikt voor de jaren 2016 en 2017. Daarbij is afgesproken dat het aantal deelnemende ouderen uitgebreid mag worden van 1350 naar ongeveer 2700 en kan het aantal deelnemende huisartsen uitbreiden naar ongeveer 25. Voorwaarde voor Zilveren Kruis was dat gedegen onderzoek zou plaatsvinden naar de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten in het nieuwe financieringsstelsel. Voor dit onderzoek kende Zilveren Kruis extra subsidiegeld toe.

Eerder al werden de langetermijntuitkomsten van SamenOud in Oost-Groningen gerapporteerd. Dit was onderdeel van de NZa Beleidsregel Innovatie voor de financiering van SamenOud in Stadskanaal, Pekela en Veendam. De resultaten van deze studie zijn samengevat in Bijlage 2 van dit rapport. De 'Drentse studie' heeft eenzelfde vraagstelling als de 'Groningse studie'.

¹ De stuurgroep bestond op dat moment uit Zorggroep Tangenborgh, Huisartsencoöperatie ZO Drenthe, Sedna/Tinten welzijnsgroep, Icare thuiszorg, UMCG en gemeente Emmen.

Nieuw ten opzichte van de 'Groningse studie' is dat de kostenstudie is gebaseerd op de kosten gemaakt ná de transities in de financiering op 1 januari 2015, dus volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De gegevensverzameling voor de 'Groningse studie' vond plaats voor 1 januari 2015. Verder is een aantal 'nieuwe' uitkomstmaten – relevant voor het evalueren van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg – toegepast voor het meten van welbevinden, autonomie en participatie, en sociale steun. Beperking van de 'Drentse studie' ten opzichte van de 'Groningse studie' is dat de Drentse studie geen experimentele studie is met interventie en controlegroep. Daarom is een 'klassieke' kosteneffectiviteitsstudie niet mogelijk en wordt gebruik gemaakt van benchmarkgegevens van Zilveren Kruis en de gemeente Emmen.

De uitkomsten van deze studie kunnen bijdragen aan de besluitvorming over verdere verspreiding en financiële borging van persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg zoals gerealiseerd in SamenOud.²

Klaske Wynia, onderzoeker persoonsgerichte en geïntegreerde zorg

Universitair Medisch Centrum Groningen

Februari 2018

² De elektronische versie van dit rapport staat op de website van SamenOud: www.samenoud.nl.

INHOUDSOPGAVE

MANAGEMENTSAMENVATTING	4
1 INLEIDING	8
2 METHODEN	10
3 DEELNEMERS	16
4 RISICOPROFIELEN	21
5 GEZONDHEID	22
6 GEZONDHEIDGERELATEERDE PROBLEMEN	24
7 WELBEVINDEN EN KWALITEIT VAN LEVEN	26
8 ZELFMANAGEMENT	28
9 KWALITEIT VAN ZORG	30
10 ZORGGEBRUIK EN KOSTEN	31
11 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	35
REFERENTIES	40
BIJLAGEN	41

MANAGEMENTSAMENVATTING

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het persoonsgerichte en geïntegreerde zorgaanbod voor thuiswonende 75-plussers (SamenOud) in Zuidoost-Drenthe voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden. Deze uitkomsten zijn overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften.

Box 1. Kernbevindingen

- De uitkomsten zijn, net als in de 'Groningse studie', overwegend gunstig voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten. Dat geldt met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften. Zij hebben tijdens de gehele interventieperiode een passende zorgintensiteit met individuele begeleiding ontvangen.
- Het blijkt dat ouderen, ongeacht hun risicoprofiel, baat hebben bij individuele begeleiding van een casemanager. Dit was ook de uitkomst in de 'Groningse studie'. Ouderen ervaren een sterke afname van de prevalentie en ernst van gezondheidgerelateerde problemen.
- De individuele begeleiding door de casemanager van SamenOud heeft een deel van de ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar niet bereikt.
- De totale kosten (Zvw, Wlz en Wmo) nemen tijdens de onderzoeksperiode toe ten opzichte van de periode voor de transities in het bekostigingsstelsel. Bij het 'oude pakket' blijven de kosten voor de Zvw en Wmo gelijk. Hoewel de vergelijking van SamenOud met de benchmark voor de Zvw, Wlz en Wmo door een aantal factoren wordt bemoeilijkt lijken de uitkomsten voor SamenOud en benchmark lijken niet structureel te verschillen.
- De uitvoering van SamenOud kan op onderdelen verbeterd worden; waarschijnlijk is dat dit ook de uitkomsten zal verbeteren, met name voor ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust.

De belangrijkste bevindingen voor de totale groep thuiswonende ouderen gedurende de interventieperiode van 24 maanden zijn:

- De algemene gezondheidstoestand van deze ouderen blijft stabiel of verbeterd.
- De prevalentie en ernst van hun gezondheidgerelateerde problemen nemen af.
- Het welbevinden en de algemene kwaliteit van leven blijven gelijk.
- De autonomie en participatie van deze ouderen blijft nagenoeg stabiel of verbetert, de sociale steun blijft gelijk.
- De kwaliteit van zorg neemt toe.
- De totale kosten (Zvw, Wlz en Wmo) nemen tijdens de onderzoeksperiode (2015 en 2016) toe ten opzichte van de periode voor de transities in het bekostigingsstelsel (2014).

- In het 'oude pakket' blijven de kosten voor de Zvw en Wmo gelijk. Feitelijk veranderen de kosten door de wijzigingen in het bekostigingsstelsel. Hierdoor nemen de kosten voor de Zvw toe in 2015, vooral door de kosten van de wijkverpleging. De kosten voor de Wmo nemen toe in 2015 en 2016, vooral door de kosten voor de huishoudelijke hulp, waarvan de gegevens van 2014 niet beschikbaar zijn. De kosten voor de Wlz nemen juist af.
- Hoewel de vergelijking van SamenOud met de benchmark voor de Zvw, Wlz en Wmo door een aantal factoren wordt bemoeilijkt lijken de uitkomsten voor SamenOud en benchmark niet structureel te verschillen.

Bevindingen per risicoprofiel

De uitkomsten per risicoprofiel laten een gevarieerd beeld zien. De resultaten voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften zijn overwegend gunstig: de complexiteit van hun zorgbehoeften en hun kwetsbaarheid nemen beduidend af. Ook het welbevinden, kwaliteit van leven, participatie en autonomie, en ervaren kwaliteit van zorg van deze ouderen nemen beduidend toe. De totale kosten nemen toe. De kosten voor de Zvw in het 'oude pakket' nemen af, vooral in het tweede jaar. Wanneer de nieuwe Zvw-kosten meegerekend worden stijgen de kosten. De kosten voor de Wmo in het 'oude pakket' blijven gelijk, maar wanneer de kosten voor de nieuwe Wmo-domeinen meegerekend worden nemen de kosten toe. De kosten voor de Wlz nemen af na 12 en 24 maanden.

De uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust zijn overwegend stabiel. Bij deze ouderen zien we vrijwel geen verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven en zelfmanagement. De kwaliteit van zorg lijkt te zijn toegenomen. De kosten laten een vergelijkbaar beeld zien als bij de ouderen met complexe zorgbehoeften. De totale kosten nemen toe. In het 'oude pakket' blijven de kosten voor de Zvw en Wmo stabiel, maar ze nemen toe in het nieuwe bekostigingsstelsel. De kosten voor de Wlz nemen af, behalve voor de robuuste ouderen na 24 maanden.

Samenvattend is het beeld bij differentiatie naar risicoprofiel wisselend wat betreft de uitkomsten van 24 maanden SamenOud. Een aantal zaken kan dit wisselende beeld verklaren. Bij de start komen de percentages ouderen die, op basis van de vragenlijsten, in aanmerking komen voor individuele begeleiding vrijwel overeen met de indeling in de praktijk. Dat is anders na 12 en 24 maanden. Hoewel het percentage kwetsbare ouderen na 12 en 24 maanden op basis van de vragenlijst bijna niet verandert, krijgt een veel lager percentage ouderen ook het risicoprofiel Kwetsbaar in de praktijk. Slechts een klein deel van de kwetsbare ouderen heeft dus de gewenste zorgintensiteit met individuele begeleiding ontvangen: dit heeft waarschijnlijk een negatief effect

op de uitkomsten. De ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften hebben gedurende de gehele interventieperiode een passende zorgintensiteit ontvangen: bij deze ouderen zien we gunstige uitkomsten voor vrijwel alle uitkomstmaten. Bij de robuuste ouderen zien we vrijwel geen verandering, op een paar verslechtingen na: een toename van de kwetsbaarheid en afname van het welbevinden en kwaliteit van leven. Mogelijk heeft meer intensieve, preventieve en proactieve begeleiding een gunstige uitwerking op deze robuuste ouderen.

Positieve effecten van individuele begeleiding

Uit deze studie blijkt dat ouderen die individuele begeleiding ontvangen (ouderen met de profielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften) daar baat bij hebben. De uitkomsten laten een sterke afname zien van de prevalentie en ernst van de ervaren gezondheidsproblemen bij deze ouderen. Het lijkt erop dat de individuele begeleiding helpt gevolgen van het ouder worden te hanteren, dan wel op te lossen. Dit pleit voor een regelmatige, gestructureerde inventarisatie (anamnese) van (de veranderingen in) de ervaren gezondheidsproblemen door de casemanagers. In de praktijk vindt deze inventarisatie echter niet altijd plaats.

Vergelijking met ‘Groningse studie’

Deze ‘Drentse studie’ is de tweede studie naar de langetermijnuitkomsten van SamenOud. De eerste studie vond plaats in de periode 2012 tot 2015 in Oost-Groningen. De interventie (SamenOud), methoden en uitkomstmaten van beide studies komen grotendeels overeen. De kostenstudie met de Groningse data verschilt echter met die met de Drentse data, in die zin dat de Groningse studie werd uitgevoerd vóór de transitie in de financiering op 1 januari 2015, en deze Drentse studie daarna.

De kenmerken van de ouderen binnen de profielen bij de start komen vrijwel overeen. Ook de verdeling over de risicoprofielen komt grotendeels overeen.

De uitkomsten van de twee studies voor de totale groep zijn grotendeels vergelijkbaar wat betreft de uitkomsten voor de ouderen: die blijven nagenoeg stabiel of verbeteren. De uitkomsten voor de totale kosten verschillen. In de ‘Groningse studie’ blijven de totale kosten gedurende 36 maanden gelijk, terwijl de kosten in de ‘Drentse studie’ stijgen – hoewel die stijging even groot is voor SamenOud als voor de benchmark. De stijging in kosten is daarom niet toe te schrijven aan SamenOud.

Ook de uitkomsten voor het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften laat in beide studies grotendeels eenzelfde beeld zien. Deze ouderen ervaren in beide studies overwegend gunstige effecten op hun gezondheid, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten.

De uitkomsten voor de ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar en Robuust verschillen op enkele punten tussen beide studies. In de 'Groningse studie' gaan deze ouderen achteruit op vrijwel alle aspecten van gezondheid en welbevinden, terwijl ze in de Drentse studie ze vrijwel stabiel blijven. De kwaliteit van zorg blijft in de 'Groningse studie' nagenoeg stabiel, terwijl die in de 'Drentse studie' verbetert. In de 'Groningse studie' maken de robuuste ouderen meer kosten na 36 maanden (vooral voor de Zvw) en blijven de kosten voor de kwetsbare ouderen stabiel. In de 'Drentse studie' nemen de totale kosten voor beide profielen echter toe. Voor de kwetsbare ouderen na 12 en 24 maanden, voor de robuuste ouderen na 24 maanden.

Uit beide studies blijkt dat ouderen, ongeacht hun risicoprofiel, baat hebben bij individuele begeleiding van een casemanager. Dit blijkt uit de uitkomsten voor deze ouderen op het gebied van gezondheid, welbevinden en zelfmanagement, en de langdurige afname van het aantal en de ernst van de gezondheidgerelateerde problemen.

Conclusie

Over het geheel genomen zijn de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften. De bevindingen suggereren dat de trend van afname van algemene gezondheid en welbevinden en toename van kosten doorbroken kan worden, vooral voor de groep ouderen met complexe zorgbehoeften. De uitvoering van SamenOud kan op onderdelen verbeterd worden; waarschijnlijk is dat dit ook de uitkomsten zal verbeteren, met name voor ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust. De uitkomsten van deze 'Drentse studie' komen in hoofdlijnen overeen met de uitkomsten van de 'Groningse studie'. In beide studies zijn de uitkomsten overwegend positief. Dit suggereert dat verdere implementatie van de preventieve en proactieve werkwijze van SamenOud wenselijk en haalbaar is.

1 | INLEIDING

Het aantal 75-plussers in Nederland is de afgelopen decennia sterk gestegen. De levensverwachting stijgt, maar de gezonde levensverwachting blijft hierbij achter.¹ In samenhang daarmee heeft meer dan de helft van de 75-plussers één of meer langdurige aandoeningen en meer dan een derde is beperkt in het bewegen, of heeft minstens één beperking in activiteiten van het dagelijks leven.^{2,3} Het is dan ook niet verwonderlijk dat vooral na het 75^e levensjaar het aantal mensen dat ondersteuning nodig heeft toeneemt en daarmee de vraag naar langdurige zorg en begeleiding groeit.⁴ Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten in Nederland. Vooral de kosten van langdurige zorg dragen bij aan die stijging en zullen naar verwachting verdubbelen in de komende decennia.⁵

Een nieuwe vorm van dienstverlening

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorgmodellen (*'person-centred and integrated care models'*) bieden mogelijk een oplossing voor deze problemen.^{6,7} SamenOud is een dergelijk persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel. Doel van SamenOud is het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen in stand te houden of te bevorderen zodat zij zo lang als mogelijk en wenselijk thuis kunnen blijven wonen, de kwaliteit van zorg te verbeteren en de (stijgende) kosten voor zorg en begeleiding te beheersen. In SamenOud heeft iedere huisarts een multidisciplinair Ouderenzorg Team dat samenhangende, preventieve, proactieve zorg en begeleiding organiseert voor thuiswonende ouderen. Alle ouderen die ingeschreven zijn bij de praktijk van de huisarts worden uitgenodigd deel te nemen aan deze nieuwe vorm van zorgverlening. Deelnemende ouderen vullen jaarlijks een vragenlijst in waarna het Ouderenzorg Team het risicoprofiel (het risico op gezondheidsproblemen) van de oudere inschat en hier een passende zorgintensiteit aan koppelt die kan variëren van groepsactiviteiten tot individuele begeleiding door een casemanager. Zie Bijlage 1 voor een uitgebreide beschrijving.

Leeswijzer

In dit rapport worden de kortetermijntoekomst (na 12 maanden) en de langetermijntoekomst (na 24 maanden) voor Zuidoost-Drenthe gepresenteerd. In Hoofdstuk 2 worden de doelstelling en methoden van het onderzoek beschreven, waarna de resultaten van het onderzoek worden gerapporteerd: eerst de resultaten van de uitvoering van SamenOud (Hoofdstukken 3 en 4) en vervolgens de uitkomsten voor de korte- en langetermijn (Hoofdstukken 5 tot en met 10).

Tenslotte worden in Hoofdstuk 11 de belangrijkste bevindingen uit voorgaande hoofdstukken samengevat. Waar mogelijk en wenselijk worden deze vergeleken met de uitkomsten van de 'Groningse studie' (zie ook Bijlage 2). Dit hoofdstuk sluit af met conclusies en aanbevelingen.

2 | METHODEN

In dit hoofdstuk wordt eerst het doel van het onderzoek en de verschillende studies beschreven, de deelnemers aan SamenOud, de gebruikte meetinstrumenten, de benchmark en de verschillende analysemethoden.

Doel van het onderzoek

Doel van de studie is inzicht te bieden in de uitkomsten in de periode september 2014 tot en met april 2016 voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten van de deelnemers aan SamenOud in Zuidoost-Drenthe.

Deelnemers

Eind 2014 is SamenOud gestart in twaalf huisartspraktijken in de gemeente Emmen in Zuidoost-Drenthe. Alle thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder die op dat moment ingeschreven waren bij deze huisartsen werden, door hun huisarts, uitgenodigd deel te nemen aan SamenOud. Er waren geen exclusiecriteria. In dit onderzoek worden de ouderen die in 2014 gestart zijn met SamenOud meegenomen (Cohort 2014). De deelnemers die later ingestroomd zijn, worden niet meegenomen in dit rapport. Deelnemers kregen vooraf informatie over SamenOud en wat deelname inhoudt. Ouderen die besloten deel te nemen ondertekenden de toestemmingsverklaring voor deelname aan SamenOud en het bijbehorende onderzoek, inclusief het opvragen van de kostengegevens.

Wijze van gegevensverzameling en rapportage

Om de uitkomsten in kaart te brengen is een longitudinale studie uitgevoerd met meetmomenten bij de start, na 12 en na 24 maanden. Onderzoeksgegevens zijn op die meetmomenten verzameld door middel van:

- a. Vragenlijsten voor ouderen;
- b. Zorgdossiers van de ouderen;
- c. Databases van zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeenten.

De uitkomsten na 12 en 24 maanden worden vergeleken met de uitkomsten bij de start, zodat de uitkomsten van SamenOud voor zowel de korte termijn (12 maanden) als lange termijn (24 maanden) inzichtelijk worden. Daarbij worden de uitkomsten voor de totale groep ouderen en voor de ouderen in de drie risicoprofielen weergegeven. In de tekst van dit rapport worden alle uitkomsten beschreven en toegelicht met relevante figuren. In de Bijlagen zijn alle uitkomsten opgenomen in tabellen en figuren.

Uitkomstmaten en meetinstrumenten

Voor het meten van de uitkomsten voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten is een groot aantal uitkomstmaten en meetinstrumenten toegepast. Zij worden hierna kort beschreven. In Tabel B1 in Bijlage 3 is een overzicht van de vragenlijsten met voorbeeldvragen opgenomen.

I. Risicoprofielen

Een risicoprofiel is een indicatie voor het risico op gezondheidsproblemen. Dit kan inhouden dat er (nog) geen sprake is van actuele problemen. De risicoprofielen bieden mogelijkheden voor de preventieve en proactieve werkwijze die kenmerkend is voor persoonsgerichte en geïntegreerde ouderenzorg. Bij elk risicoprofiel hoort een passend intensiteitsniveau voor de zorg en begeleiding. Het risicoprofiel van een oudere wordt op twee manieren bepaald:

1. Het risicoprofiel op basis van de vragenlijsten: dit profiel wordt bepaald op basis van de antwoorden van de ouderen op de vragenlijsten voor complexiteit van zorgbehoeften (INTERMED-E-SA)⁶ en kwetsbaarheid (GFI)⁷.
2. Het 'actueel' risicoprofiel (in de praktijk): dit profiel wordt bepaald op basis van overleg tussen de oudere en het Ouderenzorg Team.

Het 'profiel in de praktijk' bepaalt de zorgintensiteit voor de oudere in de praktijk. Het kan dus voorkomen dat een oudere op basis van de antwoorden in de vragenlijst het risicoprofiel 'Kwetsbaar' heeft maar door het Ouderenzorg Team ingedeeld wordt in het risicoprofiel 'Robuust'. Dit betekent voor de oudere dat hij/zij (op basis van de antwoorden in de vragenlijst vanwege een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften) in aanmerking komt voor persoonlijke begeleiding door een casemanager maar deze nu niet krijgt en uitgenodigd wordt voor groepsactiviteiten.

II. Gezondheid

1. Algemene gezondheidstoestand is gemeten met:
 - a. De EuroQol-5D-3L (EQ-5D-3L) met vijf vragen over mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie.^{8,9}
 - b. De EQ-VAS, een Visueel Analoge Schaal (VAS) om de gezondheidstoestand in een getal tussen 0-100 weer te geven.⁸
2. Fysiek functioneren voor activiteiten van het dagelijks leven (ADL) is gemeten met de Katz-15, met vijftien vragen over de mate van afhankelijkheid in het fysiek functioneren.¹⁰
3. Complexiteit van zorgbehoeften is gemeten met de INTERMED for the Elderly Self-assessment (INTERMED-E-SA). Deze vragenlijst omvat twintig vragen en meet de complexiteit van de (zorg)behoeften in vier domeinen (biologische, psychologische en sociale behoeften en het zorgsysteem) en in verschillende tijdsperspectieven (verleden, heden en toekomst).⁶
4. Mate van kwetsbaarheid is gemeten met de Groningen Frailty Indicator (GFI), met vijftien vragen over het fysiek, sociaal, cognitief en psychologisch domein.⁷

III. Gezondheidgerelateerde problemen

Gezondheidgerelateerde problemen zijn gemeten met de SamenOud-anamnese, de 'Geriatrics', en bestaat uit 29 onderwerpen die gegroepeerd zijn in zes clusters: Mentale functies, Fysieke gezondheid, Mobiliteit, Persoonlijke verzorging, Voeding en Ondersteuning.¹¹

IV. Welbevinden en Kwaliteit van leven

1. Welbevinden is gemeten met:
 - a. De Groningen Wellbeing Indicator (GWI): de GWI richt zich op acht bronnen van welbevinden: eten en drinken, slapen en rusten, relaties en contacten, actief zijn, eigen regie, jezelf zijn, lichaam en geest, en wonen.¹²
 - b. De WHO-5: deze signaleringsvragenlijst voor depressieve klachten meet het psychische welzijn over de afgelopen twee weken.¹³
2. Kwaliteit van leven is gemeten met een rapportcijfer en de ervaren kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden (vraag uit de RAND-36).¹⁴

V. Zelfmanagement

1. Sociale steun uit de omgeving is gemeten met de verkorte versie van de Sociale Steun Lijst (SSL-12) voor het meten van de alledaagse steun, steun bij problemen en waardering.¹⁵
2. Autonomie en Participatie, ofwel de mate waarin ouderen belemmeringen in participatie en autonomie ervaren, wordt gemeten met de Impact op Participatie en Autonomie (IPA) vragenlijst. Participatie verwijst naar deelname aan het maatschappelijk leven. Met autonomie wordt bedoeld de mate waarin men zelf kan bepalen waarin men participeert en hoe dit gebeurt. De IPA bestaat uit vijf domeinen, waarvan de eerste vier in dit rapport worden geëvalueerd: autonomie binnenshuis, autonomie buitenshuis, familierol, sociale relaties, en werk en opleiding.¹⁶

VI. Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is gemeten met:

1. De Patient Assessment of Integrated Elderly Care (PAIEC), een vragenlijst die is gebaseerd op het Chronic Care Model, en meet de kwaliteit van persoonsgerichte en geïntegreerde zorg met twintig vragen verdeeld over drie domeinen.¹⁷
2. Een rapportcijfer en een vraag over de ervaren kwaliteit van zorg in vergelijking met een jaar geleden (gebaseerd op een vraag uit de RAND-36).¹⁴

VII. Zorggebruik en kosten

Voor zorggebruik en kosten zijn registratiegegevens gerelateerd aan de zorgverzekeringswet (Zvw) verstrekt door zorgverzekeraar Zilveren Kruis, voor de Wet langdurige zorg (Wlz) door Zorgkantoor Zilveren Kruis, en voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) door de gemeente Emmen. Ouderen hebben de onderzoekers van SamenOud toestemming verleend gegevens op te vragen bij hun zorgverzekeraar, het zorgkantoor en gemeente. De 'kosten voor SamenOud' zijn gedeeltelijk meegenomen in de analyses. Dit betreft de kosten die tijdens de onderzoeksperiode (2015-2016) al onder de reguliere bekostiging vielen en in toenemende mate het geval is. Zo zijn in deze analyses de kosten voor het overleg van de Ouderenzorg Teams niet opgenomen. De kosten voor de inzet van de casemanagers (wijkverpleegkundigen en de sociaal werkers zijn in 2015 niet meegenomen, omdat deze vergoed werden uit de subsidie. Dat was in 2016 alleen nog het geval voor de sociaal werkers (vanwege subsidie van de gemeente Emmen). Kosten voor de wijkverpleegkundigen (als casemanager) vielen in 2016 niet meer onder een subsidieregeling en worden daarom wel meegenomen in de kosten voor de Zvw. De kosten voor de sociaal werkers zijn niet meegenomen in de Wmo-kosten.

Benchmark

Om het verschil in verandering in kosten tussen de deelnemers aan SamenOud en ouderen die de gebruikelijke zorg ontvangen te onderzoeken, wordt gebruik gemaakt van benchmarkgegevens van de zorgverzekeraar (Zilveren Kruis), zorgkantoor (Zilveren Kruis), en de gemeente Emmen. Voor het berekenen van de benchmark worden dezelfde meetmomenten gebruikt als bij de deelnemers aan SamenOud voor het berekenen van verschillen in verandering van de gemiddelde kosten per oudere. De meetmomenten zijn:

- T0: 1 januari 2015 (met kosten over 2014).
- T1: 1 januari 2016 (met kosten over 2015).
- T2: 1 januari 2017 (met kosten over 2016).

Van de geanonimiseerde en geaggregeerde benchmarkgegevens zijn alleen gemiddelden per oudere (zonder spreidingsmaten) per jaar en per segment/categorie beschikbaar. In de benchmarkgegevens zijn geen gegevens beschikbaar over personen die overleden of verhuisd zijn, of overgestapt zijn van zorgverzekeraar.

De uitkomsten voor de kosten van SamenOud zijn vergeleken met de uitkomsten van de benchmark voor de afzonderlijke onderdelen van het bekostigingsstelsel: Zvw, Wlz en Wmo. Omdat de samenstelling van benchmarkgroepen per onderdeel verschilt, kan geen vergelijking voor de totale kosten van de drie onderdelen gegeven worden.

Analyses

Voor het beschrijven van de kenmerken van 'de deelnemende ouderen' worden methoden voor beschrijvende statistiek gebruikt.

De langetermijntuitkomsten wat betreft de gegevens uit de vragenlijsten en de kosten worden berekend met multilevel regressieanalyses met 'ouderen' als 'hoger level' en 'tijd' als 'lager level'. Bij de analyses wordt gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en risicoprofielindeling bij de start van de interventie op basis van de vragenlijst. Uitzondering hierop is de analyse voor 'Ervaren kwaliteit van zorg', gemeten met de PAIEC. In die analyse wordt rekening gehouden met de actuele profielindeling (in de praktijk) omdat de zorgintensiteit daarmee samenhangt (wel of geen individuele begeleiding) en daarmee het oordeel van de oudere over de ervaren kwaliteit van zorg. Alle beschikbare data, ook van uitvallers tijdens de onderzoeksperiode, wordt gebruikt in de multilevel analyses.

De langetermijntoetsen voor de gezondheidgerelateerde problemen van ouderen worden op twee niveaus geanalyseerd: de verandering in het wel of niet ervaren van een probleem (prevalentie) en de veranderingen in ernstscore. Veranderingen in prevalentie worden berekend met McNemar's toetsen. De veranderingen in ernstscore worden berekend met Wilcoxon signed rank toetsen.

De korte- en langetermijntoetsen voor de kosten worden, vanwege scheve verdeling, berekend met non-parametrische toetsen. Per meting worden de kosten weergegeven als gemiddelde, met een gebootstrapt 95% betrouwbaarheidsinterval. De statistische significantie van de gemiddelde veranderingen wordt bepaald met Wilcoxon signed rank toetsen. De analyses gaan uit van de indeling in risicoprofiel bij de start op basis van de vragenlijst.

Voor het duiden van de betekenis van een gevonden verschil tussen twee metingen worden twee termen gebruikt: 'statistisch significant' en 'klinisch relevant'. Een 'statistisch significant' verschil tussen twee metingen betekent dat het verschil zo groot is dat het niet op toeval kan berusten, en met grote mate van waarschijnlijkheid een werkelijk verschil betreft. Dit verschil kan, hoewel statistisch significant, toch zo klein zijn dat het inhoudelijk (in de praktijk) niet merkbaar of relevant is. Voor het bepalen van de relevantie in de praktijk (klinische relevantie) wordt de Effect Size (ES) berekend, waarbij een ES van 0.2 of hoger wordt gezien als klinisch relevant.^{17, 18} Het kan voorkomen dat een klinisch relevant verschil niet statistisch significant is, bijvoorbeeld omdat de steekproefomvang te klein was. In het rapport worden beide termen gehanteerd. Wanneer het zowel statistisch significant als klinisch relevant is, wordt dit gepresenteerd als een verandering. Wanneer één van beide van toepassing is, wordt daarbij vermeld wat van toepassing is (statistisch significant of klinisch relevant).

3 | DEELNEMERS

In dit hoofdstuk worden de aantallen en belangrijkste kenmerken beschreven van de totale groep ouderen (waarbij de gegevens met de vragenlijsten zijn afgenomen), de ouderen die individuele begeleiding kregen (waarbij de anamnese is afgenomen) en de ouderen die geïnccludeerd konden worden in de analyses van de kosten. Deze gegevens geven ook inzicht in de mate waarin SamenOud in de praktijk werd gerealiseerd. Daarmee bieden ze de context voor de interpretatie van de uitkomsten voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten die in de hoofdstukken 5 t/m 10 gerapporteerd worden.

Aantallen deelnemende ouderen

In 2014 zijn 1377 ouderen gestart met SamenOud. Na 12 maanden nam nog 77% (n=1063) van deze ouderen deel aan SamenOud, en na 24 maanden was dat 43% (n=602). Belangrijke reden voor deze, relatief grote, afname was het besluit van drie van de twaalf huisartsen om na 12 maanden te stoppen met SamenOud. Dit betekende voor 407 (29.6%) van de ouderen dat zij niet langer konden deelnemen aan SamenOud.

De redenen van uitval uit het onderzoek met de vragenlijsten zijn beschreven in Tabel 1. Een belangrijke verklaring van de uitval van ouderen uit het onderzoek is dat zij de jaarlijkse vragenlijst, ondanks een herinneringsbrief en nabellen, niet terugstuurden. Hoewel de reden daarvoor meestal niet bekend was, wordt dat in deze studie grotendeels verklaard doordat drie huisartsen stopten met SamenOud. Een deel van de ouderen in deze huisartspraktijken vulde echter na 12 maanden alsnog de vragenlijsten in. Na 24 maanden kregen de ouderen van deze drie praktijken geen vragenlijst meer toegezonden. Andere redenen voor uitval waren 'niet meer mee willen doen' (in 24 maanden: n= 103, 7.5%) of overlijden (in 24 maanden: n=93, 6.8%) van de deelnemers. Een minderheid (n=52, 3.8%) viel uit door verhuizing of uitschrijving bij de huisarts. Uitvallers uit het onderzoek waren ouder, hadden meer chronische aandoeningen, waren kwetsbaarder en hadden meer complexe zorgbehoeften (alle p-waarden <0.05) dan de ouderen die niet uit het onderzoek zijn gevallen.

Niet terugsturen van de vragenlijst betekende met name uitval uit het onderzoek en lang niet altijd uitval uit SamenOud: vaak ging de begeleiding door het Ouderenzorg Team gewoon door. Zo vulden na 12 maanden 212 ouderen hun vragenlijsten niet meer in, maar werd de begeleiding in de praktijk vervolgd voor 85 (40.1%) van deze ouderen. Na 24 maanden stuurden nog eens 177 ouderen hun vragenlijsten niet terug, terwijl de begeleiding in de praktijk gecontinueerd werd voor 112 (63.3%) van deze ouderen.

Tabel 1. Redenen van uitval na 12 en 24 maanden

	Na 12 maanden (n=314)	Na 24 maanden (n=481)
	n (%)	n (%)
Vragenlijst niet ingevuld, reden onbekend ^a	140 (44.6)	91 (18.9)
Wil niet meer meedoen	67 (21.3)	33 (7.5)
Overleden	62 (19.7)	31 (6.4)
Verhuisd naar een verpleeghuis	15 (4.8)	6 (1.2)
Verhuisd naar andere plaats	11 (3.5)	5 (1.0)
Niet meer ingeschreven bij arts	10 (3.2)	5 (1.0)
Overig	9 (2.9)	6 (1.2)
Huisarts gestopt met SamenOud	-	304 (63.2)

^a Geen vragenlijst retour ontvangen. Overige redenen van uitval waren vermeld in het elektronisch dossier Zorgbeheer.

Kenmerken van de deelnemende ouderen

De kenmerken van ouderen die gestart zijn met SamenOud zijn beschreven in Tabel 2. Daaruit blijkt dat van de totale groep ouderen 60% vrouw is. De gemiddelde leeftijd 81.9 jaar. Ongeveer de helft van de ouderen is alleenstaand (47%), heeft een laag opleidingsniveau (45%) en een laag inkomen (43%).

Tabel 2. Achtergrondkenmerken van de deelnemende ouderen bij de start voor de totale groep en per risicoprofiel

	Totale groep	Complexe zorgbehoeften	Kwetsbaar	Robuust
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aantal deelnemers	1377 (100)	342 (25)	301 (22)	734 (53)
Leeftijd in jaren, gemiddelde (SD)	81.9 (4.8)	83.0 (5.2)	83.4 (5.3)	80.8 (4.2)
Vrouw	829 (60)	235 (69)	208 (69)	386 (53)
Weduwe/weduwenaar, gescheiden, alleenstaand	648 (47)	194 (57)	181 (60)	273 (37)
Laag opleidingsniveau ^a	624 (45)	178 (52)	161 (53)	285 (39)
Laag inkomen ^b	462 (43)	141 (52)	117 (35)	204 (25)
Aantal chronische aandoeningen (mediaan)	2	4	3	1

^a Laag: (minder dan) basisschool of middelbaar onderwijs.

^b Laag: minder dan €1450 per maand.

Opmerking: data worden weergegeven van respondenten die de vraag hebben beantwoord.

De risicoprofielen laten de verschillen zien tussen de deelnemers. Ze maken duidelijk dat vooral de ouderen met de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar te maken hebben met de gevolgen van het ouder worden. Dat wordt het duidelijkste zichtbaar in het verschil in aantal chronische aandoeningen per risicoprofiel. Zo heeft het merendeel van de ouderen (mediaan) met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften vier of meer chronische aandoeningen, en de kwetsbare ouderen drie of meer is, terwijl dit bij de robuuste ouderen minimaal één is.

Verder wordt duidelijk dat ouderen met complexe zorgbehoeften en kwetsbare ouderen vaker alleenstaand zijn dan robuuste ouderen. Ook zijn ouderen met complexe zorgbehoeften en kwetsbare ouderen gemiddeld ouder en is het percentage vrouwen in deze risicoprofielen iets hoger dan bij ouderen met het risicoprofiel Robuust. Daarnaast hebben ouderen in deze risicoprofielen vaker een laag opleidingsniveau en een laag inkomen dan ouderen met het risicoprofiel Robuust.

Sample ‘Ouderen met een anamnese’

Het is de bedoeling dat bij ouderen die individuele begeleiding krijgen van een casemanager jaarlijks de anamnese wordt afgenomen. Enerzijds om (nieuwe) gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren en, waar mogelijk, preventieve en proactieve maatregelen te nemen en anderzijds om de geformuleerde doelen te evalueren. De anamnesegegevens worden door de casemanager genoteerd in het elektronisch dossier van de oudere.

Voor het analyseren van veranderingen in de prevalentie en ernst van gezondheid-gerelateerde problemen zijn ouderen geïnccludeerd waarbij twee anamneses zijn ingevuld in een periode van maximaal anderhalf jaar. Dit was het geval bij 87 ouderen. Er waren te weinig ouderen (n=4) waarbij ook een derde anamnese werd afgenomen om de verandering na 24 maanden te kunnen analyseren.

Anamneses tijdens de eerste 12 maanden

Bij de start van SamenOud in Zuidoost-Drenthe (tussen november 2014 en mei 2015) kwamen in totaal 587 ouderen, op basis van hun vragenlijst, in aanmerking voor individuele begeleiding door een casemanager en afname van de anamnese.³ Dit waren 307 ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften en 280 ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar. Gebruikelijk is dat een anamnese afgenomen wordt binnen zes weken nadat de oudere de vragenlijst retourneert en het risicoprofiel bekend is. Na 12 maanden was bij 72.1% van deze ouderen die daarvoor in aanmerking kwamen de anamnese afgenomen. Daarvan was 77.3% (327 van de 423 anamneses) afgenomen in het eerste half jaar na de start en 22.7% (96 van de 423 anamneses) in het tweede halfjaar na de start. De anamnese werd afgenomen bij 70.4% van de ouderen met complexe zorgbehoeften en bij 73.9% van de kwetsbare ouderen. Zie Tabel 3.

³ Drie huisartsen uit Huisartsenpraktijk Dennenlaan (Meijer, Steenvoorde en Zandwijk) zijn na 12 maanden gestopt met SamenOud. De anamnesegegevens van huisarts Meijer zijn niet meer beschikbaar en zijn dus niet meegenomen in deze analyses. De anamnesegegevens van huisartsen Steenvoorde en Zandwijk tussen de start en na 12 maanden zijn wel meegenomen in deze analyses.

Tabel 3. Aantal afgenomen anamneses bij ouderen met de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar o.b.v. de vragenlijst bij de start

	Totaal (n=587) n (%)	Complexe zorgbehoeften (n=307) n (%)	Kwetsbaar (n=280) n (%)
Nov '14 - mei '15	327 (55.7)	147 (47.9)	180 (64.3)
Juni - dec '15	96 (16.4)	69 (22.5)	27 (9.6)
Totaal: Nov '14 - dec '15	423 (72.1)	216 (70.4)	207 (73.9)
Geen anamnese	164 (27.9)	91 (29.6)	73 (26.1)

Wat verder opvalt:

- Bij 139 ouderen die bij de start in hun dossier (actueel profiel) ook het risicoprofiel Kwetsbaar (n=54 van de n=253, 21.3%) of Complexe zorgbehoeften (n=85 van de n=283, 30.0%) kregen, is geen anamnese afgenomen in het eerste jaar.

Anamneses na 12 maanden

Na 12 maanden (tussen oktober 2015 en juli 2016) kwamen in totaal 434 (44.5%) ouderen op basis van hun vragenlijst (T1 meting) in aanmerking voor individuele begeleiding en een anamnese. Dit waren 224 (51.6%) ouderen met complexe zorgbehoeften en 210 (48.4%) kwetsbare ouderen. De anamnese werd bij 26.5% (n=115) van deze ouderen afgenomen. Hiervan was 25.0% (n=56) een oudere met complexe zorgbehoeften en 28.1% (n=59) een oudere met het risicoprofiel Kwetsbaar. Bij 56 (48.7%) van deze ouderen was ook een anamnese ingevuld bij de start van SamenOud (T0 meting). Zie Tabel 4.

Tabel 4. Aantal afgenomen anamneses bij ouderen met de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar o.b.v. de vragenlijst na 12 maanden (T1) en het aantal ouderen dat ook bij de start een anamnese heeft ingevuld

	Totaal (n=434) n (%)	Complexe zorgbehoeften (n=224) n (%)	Kwetsbaar (n=210) n (%)
Anamnese na 12 maanden (okt '15 - juli '16)	115 (26.5)	56 (25.0)	59 (28.1)
Waarvan ook anamnese bij de start (nov '14 - mei '15)	56 (48.7)	25 (44.6)	31 (52.5)

Wat verder opvalt:

- 169 ouderen zijn 'op basis van de vragenlijst' drie keer ingedeeld in de risicoprofielen Kwetsbaar of Complexe zorgbehoeften (T0-/T1-/T2-meting). Bij 27 (16.0%) van deze ouderen is in de hele onderzoeksperiode (oktober 2014-maart 2017) nooit een anamnese ingevuld.
- 187 ouderen zijn 'in de praktijk' (actueel profiel) drie keer ingedeeld in de risicoprofielen Kwetsbaar of Complexe zorgbehoeften (T0-/T1-/T2-meting). Bij 28 (15.0%) van deze ouderen is in de hele onderzoeksperiode, van oktober 2014 tot maart 2017, nooit een anamnese ingevuld.

Sample voor zorggebruik en kosten

Van 57% (788 van de 1377) van de ouderen waren volledige gegevens over zorggebruik en kosten beschikbaar. Van de ouderen die niet verzekerd waren bij Zilveren Kruis waren de gegevens onvolledig. Zij werden niet meegenomen in de analyses. Een aantal Zilveren Kruis verzekerden (n=19) stapte over naar een andere verzekeraar tijdens de studie; van hen werden de gegevens meegenomen voor zover bekend.

Samples voor de benchmark

Voor de benchmark van de gegevens gerelateerd aan de Zvw en Wlz worden gegevens gebruikt van 3999 ouderen (75-plus) uit de postcodegebieden beginnend met 77, 78 en 79 die verzekerd zijn bij Zilveren Kruis. Een klein deel van deze benchmark-groep (iets meer dan 3%) neemt ook deel aan SamenOud. Voor de benchmark van de Wmo-gegevens gebruiken we gegevens van alle 75-plussers in de gemeente Emmen die in dezelfde postcodegebieden wonen als de deelnemers aan SamenOud. Een deel van de benchmark-groep (15%) neemt ook deel aan SamenOud. Het betrof in 2014 in totaal 6535 ouderen binnen deze postcodegebieden, 6664 ouderen in 2015, en 6853 ouderen in 2016.

De vergelijking tussen SamenOud en de benchmark moet, om een aantal redenen, met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Allereerst omdat de deelnemers aan SamenOud deel uitmaken van de benchmarken voor Zvw, Wlz en Wmo. Zo bevat de benchmark voor de Wlz meer 85-plussers dan SamenOud. Voor de Zvw en Wmo is het aandeel uitstroom (overledenen of personen die overgestapt zijn naar een andere zorgverzekeraar) hoger in de benchmark. Verder is voor de Wmo-benchmark alleen informatie beschikbaar van inwoners van de gemeente Emmen, terwijl de SamenOud-deelnemers ook buiten de gemeente Emmen woonden.

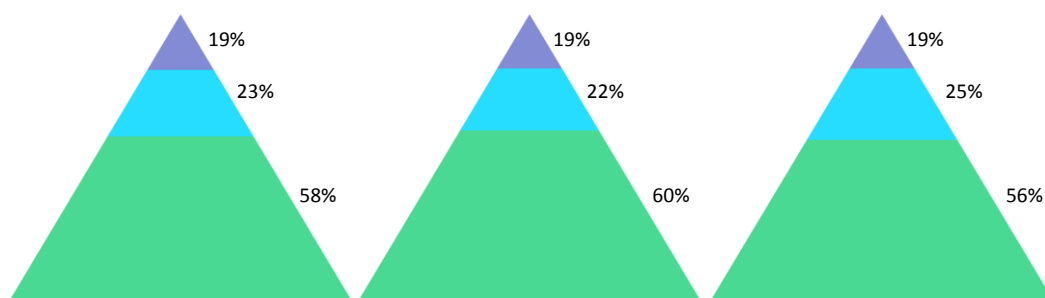
4 | RISICOPROFIELEN

De indeling van een oudere in een risicoprofiel vindt op twee manieren plaats: op basis van antwoorden van de oudere in de jaarlijkse vragenlijst, en in overleg tussen de oudere en het Ouderenzorg Team. De laatste indeling wordt ook wel de 'indeling in de praktijk' genoemd en bepaalt de intensiteit van de begeleiding van de oudere: wel of geen individuele begeleiding.

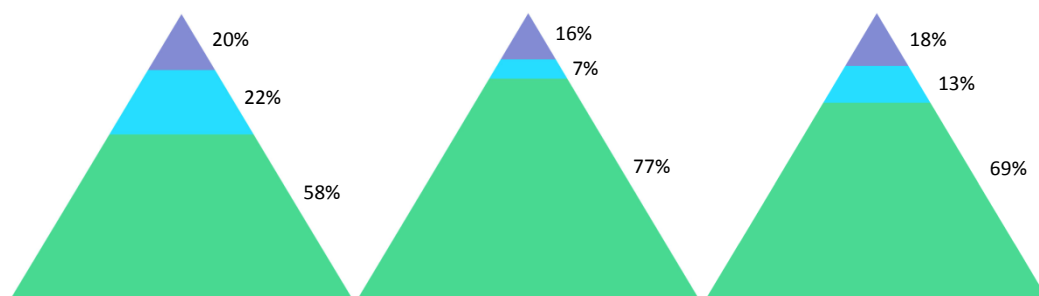
Veranderingen in risicoprofielen

In de Figuren 1 en 2 wordt de indeling in risicoprofielen van de ouderen op de drie meetmomenten (bij de start, na 12 en na 24 maanden) weergegeven. Figuur 1 laat de indeling op basis van de vragenlijsten zien. Figuur 2 toont de actuele indeling in de praktijk zoals gegeven door het Ouderenzorg Team.

Bij vergelijking van de profielindelingen tussen de jaren valt op dat de profielindeling op basis van de vragenlijsten na 12 en 24 maanden nauwelijks verandert ten opzichte van de indeling bij de start (Figuur 1). In de praktijk (Figuur 2) komen de percentages bij de start op basis van de vragenlijsten vrijwel overeen met de indeling in de praktijk. Dat is anders na 12 en 24 maanden. Hoewel het percentage kwetsbare ouderen na 12 en 24 maanden op basis van de vragenlijst bijna niet verandert (Figuur 1) krijgt een veel lager percentage ouderen ook het risicoprofiel Kwetsbaar in de praktijk door het Ouderenzorg Team (Figuur 2).



Figuur 1. Indeling in risicoprofielen op basis van de vragenlijsten bij de start en na 12 en 24 maanden (n=579)



Figuur 2. Indeling in risicoprofielen in de praktijk bij de start en na 12 en 24 maanden (n=579)

5 | GEZONDHEID

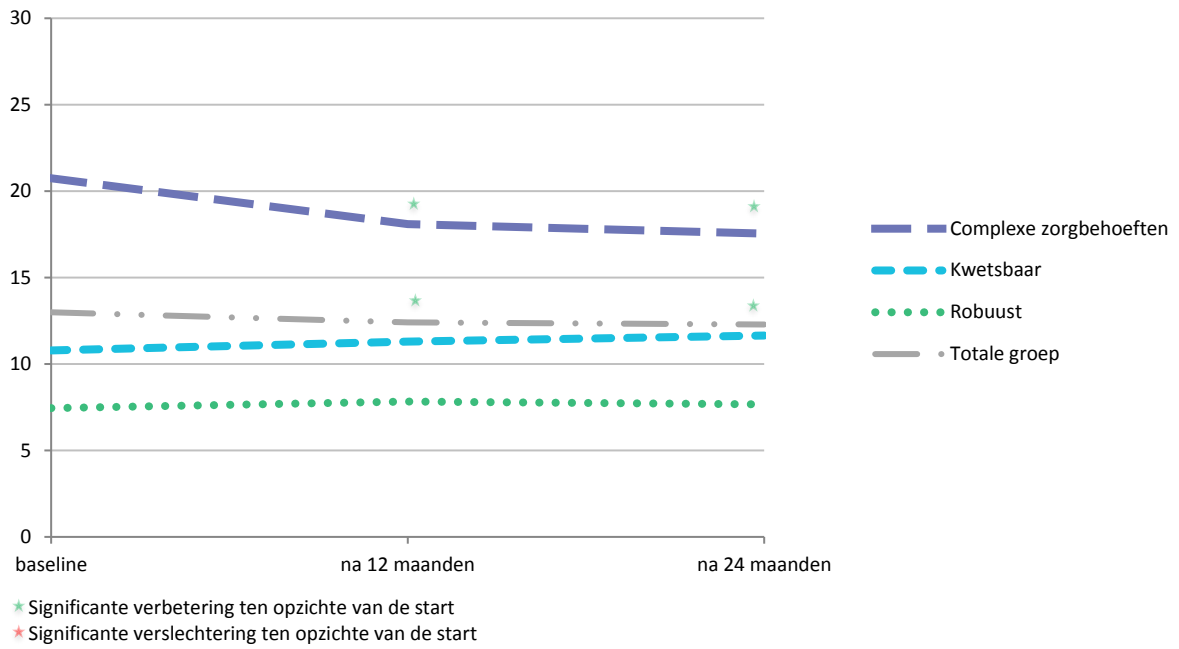
Voor het bepalen van verandering in *gezondheid* werden de gezondheidstoestand (EQ-5D-3L en de EQ-VAS), de complexiteit van zorgbehoeften (INTERMED-E-SA), kwetsbaarheid (GFI) en activiteiten van het dagelijks leven (Katz-15; bij de start en na 12 maanden) gemeten. De resultaten laten de verandering zien in de gezondheid van de totale groep en per risicoprofiel. Zie ook Tabellen B2 t/m B5 en Figuren B1 t/m B3 in de Bijlagen.

De totale groep

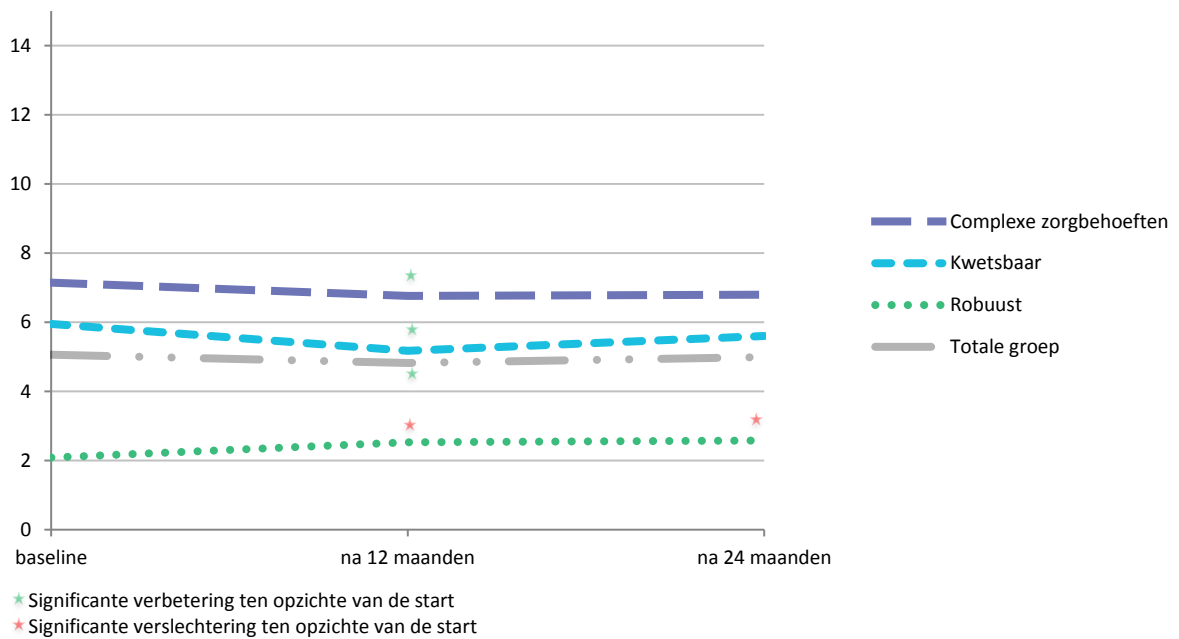
In de totale groep ouderen daalde de complexiteit van zorgbehoeften (INTERMED-E-SA) licht na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start (Figuur 4; Tabel B2). De overige uitkomstmaten bleven stabiel tijdens de onderzoeksperiode (Tabel B2 en Figuren B1 t/m B3).

Per risicoprofiel

Bij de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften nam de complexiteit van zorgbehoeften (INTERMED-E-SA; Figuur 4 en Tabel B3) af na 12 en 24 maanden. De mate van kwetsbaarheid nam kortdurend (na 12 maanden) af (GFI; Figuur 5 en Tabel B3). De algemene gezondheid (EQ-5D-3L) in deze groep verbeterde kortdurend (na 12 maanden), maar na 24 maanden was deze weer gelijk aan de start (Tabel B3 en Figuur B1). Bij de kwetsbare ouderen nam de mate van kwetsbaarheid (GFI) na 12 maanden af ten opzichte van de start. (Figuur 5). De overige gezondheidsmaten bleven nagenoeg stabiel na 12 en 24 maanden (Tabel B4 en Figuren B1 t/m B3). Bij de robuuste ouderen nam de mate van kwetsbaarheid toe na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start (Figuur 5). De overige gezondheidsmaten bleven nagenoeg stabiel na 12 en 24 maanden (Tabel B5 en Figuren B1 t/m B3).



Figuur 4. Veranderingen in de complexiteit van zorgbehoeften na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de INTERMED-E-SA (0-60), waarbij een hogere score duidt op meer complexe zorgbehoeften



Figuur 5. Veranderingen in de kwetsbaarheid na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de GFI (0-15), waarbij een hogere score duidt op een hogere mate van kwetsbaarheid

6 | GEZONDHEIDGERELATEERDE PROBLEMEN

Voor het bepalen van veranderingen in de *ervaren gezondheidgerelateerde problemen* werden de gegevens van de GeriatrICS (de SamenOud-anamnese) uit de individuele zorgdossiers gebruikt van ouderen waarbij minimaal twee keer een anamnese werd afgenomen. De veranderingen worden op twee manieren beschreven: de ervaren gezondheidgerelateerde problemen voor alle ouderen waarbij de anamnese twee keer werd afgenomen (n=87), en de veranderingen in de ervaren problemen voor ouderen die een probleem ervoeren bij de start van de individuele begeleiding (het aantal ouderen varieert hier per gezondheidgerelateerd probleem). Zie ook Tabellen B6 en B7 en Figuren B11 t/m B14 in de Bijlagen.

De totale groep

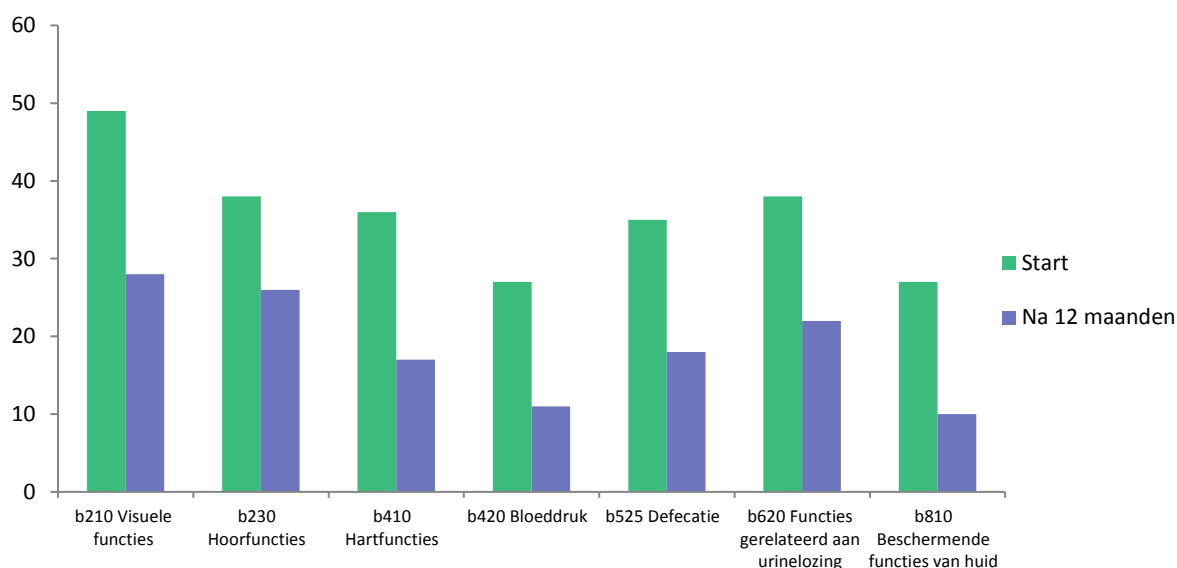
De meest prevalentie en als meest ernstig ervaren problemen deden zich voor bij onderwerpen in de clusters *Mobiliteit* (zoals mobiliteit van de gewrichten, gewaarwordingen als duizeligheid en valneigingen, spiersterkte en lopen), in het cluster *Mentale Functies* vooral bij stemming en in het cluster *Fysieke Gezondheid* met visuele functies.

In het cluster *Mentale Functies* namen na 12 maanden de prevalentie en de ernst van de problemen met het geheugen toe. Ook de ernst van de stemmingsproblemen nam toe. In het cluster *Fysieke Gezondheid*, echter, namen na 12 maanden het aantal en de ernst van problemen af of bleven stabiel. In het cluster *Mobiliteit* was er na 12 maanden een klinisch relevante toename van de prevalentie van problemen met lopen, hoewel de prevalentie klinisch relevant afnam van mobiliteit van gewrichten, spiersterkte en veranderen van basale lichaamshouding.

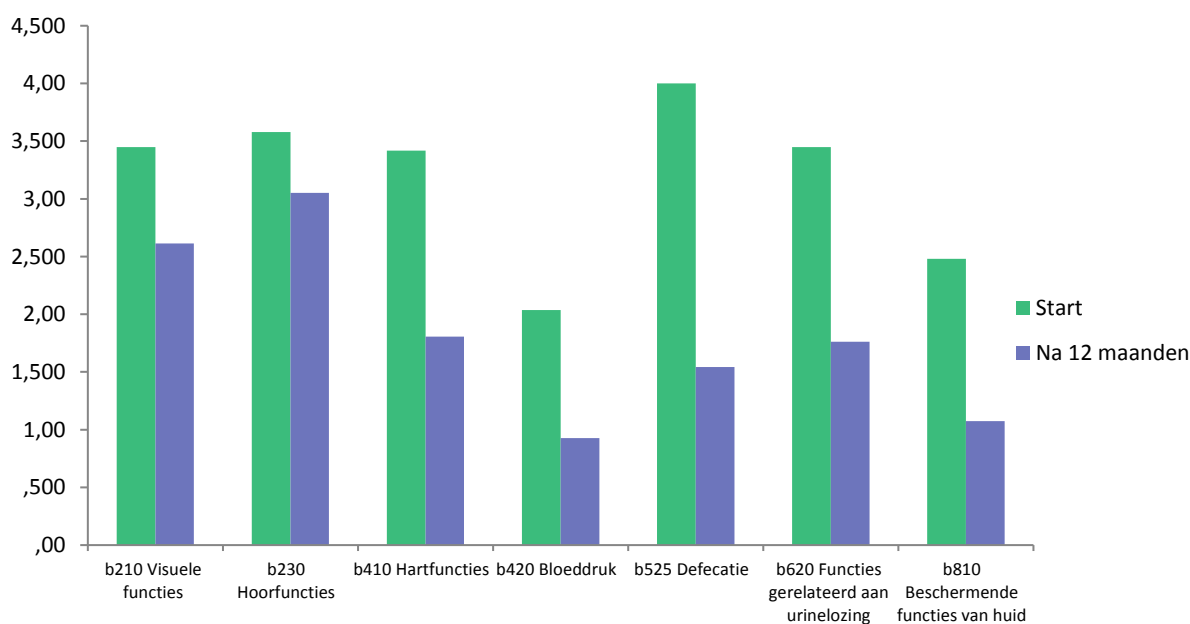
Voor de clusters *Persoonlijke Verzorging*, *Voeding* en *Ondersteuning* waren zowel de prevalentie als de ernst van ervaren gezondheidsproblemen relatief laag bij de start. Het aantal en de ernst van problemen gerelateerd aan *Persoonlijke Verzorging* nam na 12 maanden toe. Opvallend is verder de toename na 12 maanden in prevalentie en ernst van de ervaren problemen met eten in het cluster *Voeding*. Het aantal problemen en de ernst van de problemen gerelateerd aan *Ondersteuning* waren na 12 maanden over het algemeen gelijk gebleven of afgenomen. Alleen de ernstscore van problemen met ondersteuning door voorzieningen m.b.t. de gezondheidszorg was na 12 maanden toegenomen. Zie ook Tabel B6.

Ouderen met een probleem bij de start van de begeleiding

Voor dit onderdeel worden de veranderingen in prevalentie en ernstscore van gezondheid-gerelateerde problemen bij de start en na 12 maanden voor de clusters *Mentale Functies*, *Fysieke Gezondheid* en *Mobiliteit* beschreven (Tabel B7). Het aantal respondenten in de andere clusters is te klein om betekenisvolle veranderingen te kunnen meten. De prevalentie en ernst van ervaren problemen bij de start waren na 12 maanden sterk afgenomen in de clusters *Fysieke Gezondheid* (Figuren 6 en 7) en *Mobiliteit* (Tabel B7 en Figuren B13 en B14). In het cluster *Mentale Functies* was de prevalentie in mindere mate afgenomen, en was er geen verandering in ernstscore (Tabel B7 en Figuren B11 en B12).



Figuur 6. Verandering in prevalentie (0-100%) van gezondheidsproblemen in het cluster Fysieke Gezondheid van ouderen met een probleem bij de start gemeten met de Geriatric Scale



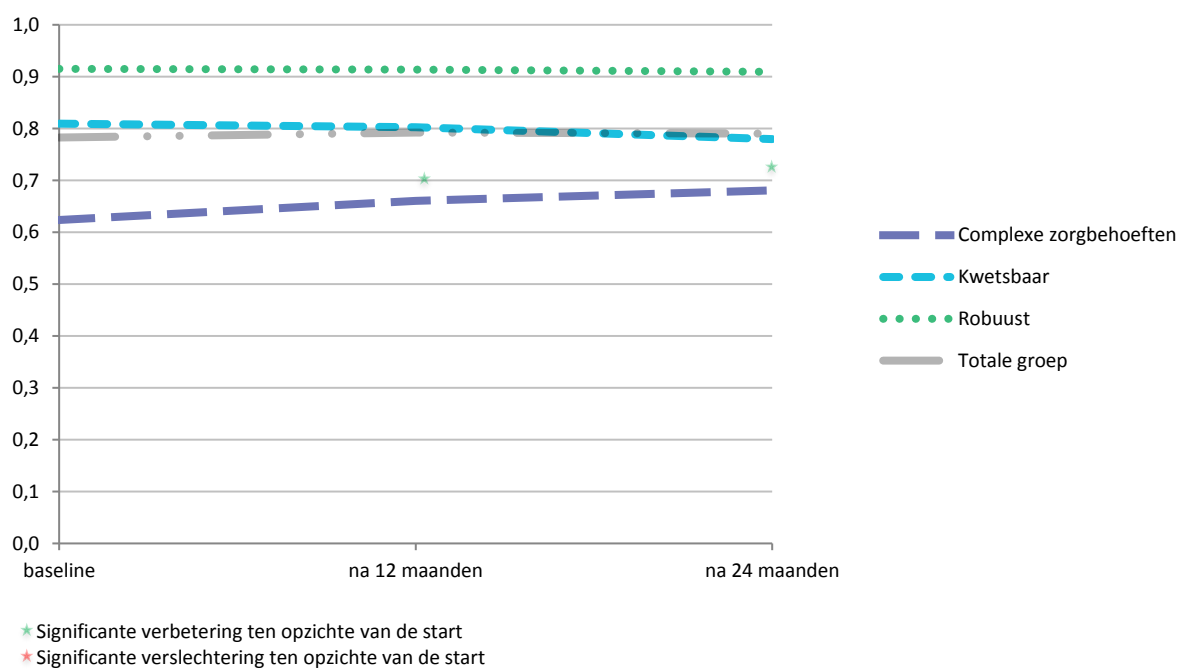
Figuur 7. Verandering in ernstscore (schaal 1-10, hogere score is hogere ernst) van gezondheidsproblemen in het cluster Fysieke Gezondheid van ouderen met een probleem bij de start gemeten van de Geriatric Scale

7 | WELBEVINDEN EN KWALITEIT VAN LEVEN

Welbevinden werd gemeten met de GWI en de WHO-5. Kwaliteit van leven werd gemeten met een rapportcijfer (algemene kwaliteit van leven) en kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden (vraag uit de RAND-36). Zie ook Tabellen B2 t/m B5 en Figuren B4 en B5 in de Bijlagen.

Welbevinden

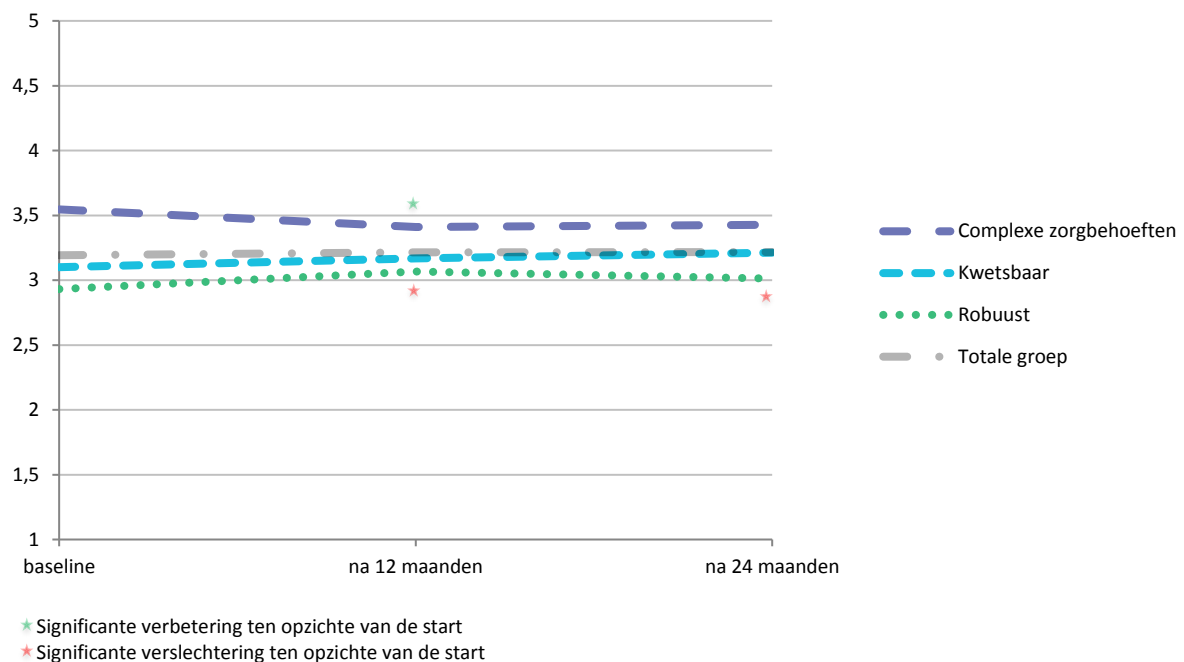
De resultaten laten zien dat het welbevinden voor de totale groep ouderen gelijk bleef na 12 en 24 maanden (Tabel B2). Voor ouderen met complexe zorgbehoeften nam het welbevinden toe (GWI SF score) na 12 en 24 maanden (Tabel B3 en Figuur 8), terwijl robuuste ouderen na 24 maanden een lichte achteruitgang in hun welbevinden vertoonden (WHO-5) – hoewel dit verschil niet klinisch relevant was (Tabel B5 en Figuur B4). Het welbevinden van kwetsbare ouderen bleef stabiel (Tabel B4 en Figuur 8 en B4).



Figuur 8. Veranderingen in de mate van welbevinden na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start gemeten met de GWI SF score (schaal 0-1) waarbij een hogere score duidt op een hogere mate van welbevinden

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven bleef voor de totale groep na 12 en 24 maanden stabiel (Tabel B2 en Figuur 9 en B5). Na 24 maanden nam de kwaliteit van leven (rapportcijfer) iets af, maar dit verschil was niet klinisch relevant (Tabel B2 en Figuur B5). Bij de ouderen met complexe zorgbehoeften nam de kwaliteit van leven na 12 maanden toe (in vergelijking met een jaar geleden; Tabel B3 en Figuur 9). Bij de kwetsbare ouderen ging de kwaliteit van leven 24 maanden na de start achteruit (rapportcijfer; Tabel B4 en Figuur B5). Ook de robuuste ouderen vertoonden een achteruitgang in de kwaliteit van leven, zowel na 12 maanden (in vergelijking met een jaar geleden) als na 24 maanden (rapportcijfer en in vergelijking met een jaar geleden (niet klinisch relevant)) (Tabel B5 en Figuur 9 en B5).



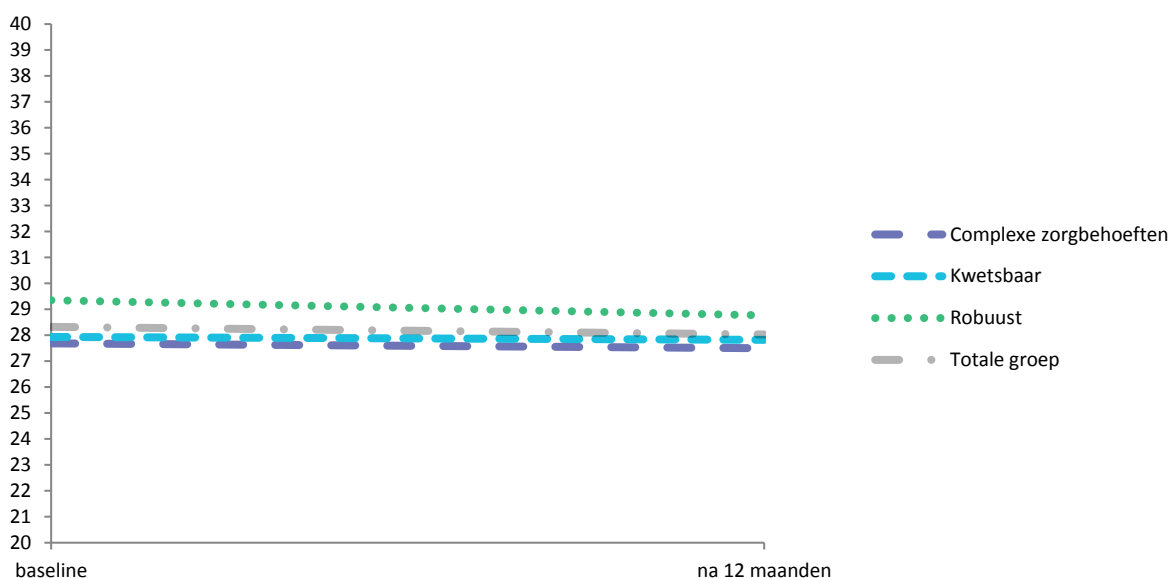
Figuur 9. Veranderingen in de kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een algemene vraag uit de RAND-36 (1-5), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven

8 | ZELFMANAGEMENT

Sociale steun werd gemeten met de SSL-12 en *participatie en autonomie* met de IPA. Beide vragenlijsten zijn alleen bij de start en na 12 maanden afgenomen, waardoor alleen de kortetermijntuitkomsten berekend konden worden. Zie ook de Tabellen B2 t/m B5 en Figuur B6 t/m B8 in de Bijlagen.

Sociale Steun

In de totale groep bleef de sociale steun gelijk na 12 maanden. Dit was het geval bij de totaalscore en bij de drie subschalen: 'Alledaagse steun', 'Steun bij problemen' en 'Waardering' (Tabel B2 en Figuur 10). Ook binnen de profielen bleef de sociale steun gelijk na 12 maanden (Tabellen B3 t/m B5 en Figuur 10).

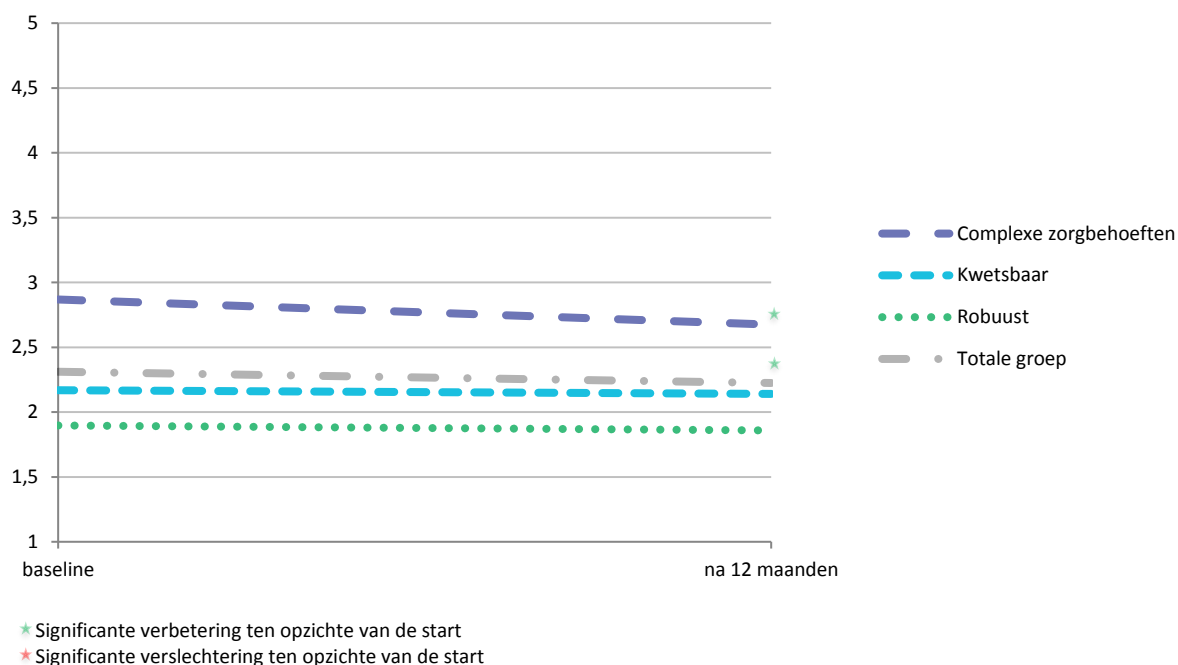


- ★ Significante verbetering ten opzichte van de start
- ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur 10. Veranderingen in sociale steun na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de SSL-12 (12-48), waarbij een hogere score duidt op meer sociale steun

Participatie en Autonomie

In de totale groep bleven de mate van participatie en autonomie na 12 maanden gelijk ten opzichte van de start, met uitzondering van minder belemmeringen in autonomie binnenshuis en in participatie en autonomie met betrekking tot de familierol – hoewel deze veranderingen niet klinisch relevant waren (Tabel B2 en Figuren 11 en B6 t/m B8). Ouderen met complexe zorgbehoeften vertoonden minder belemmeringen in participatie en autonomie met betrekking tot de familierol en minder belemmeringen in de autonomie binnenshuis en buitenshuis (Tabel B3 en Figuren 11 en B6 t/m B8). Voor de profielen Kwetsbaar en Robuust waren na 12 maanden geen veranderingen te zien (Tabel B4 en B5 en Figuren 11 en B6 t/m B8).



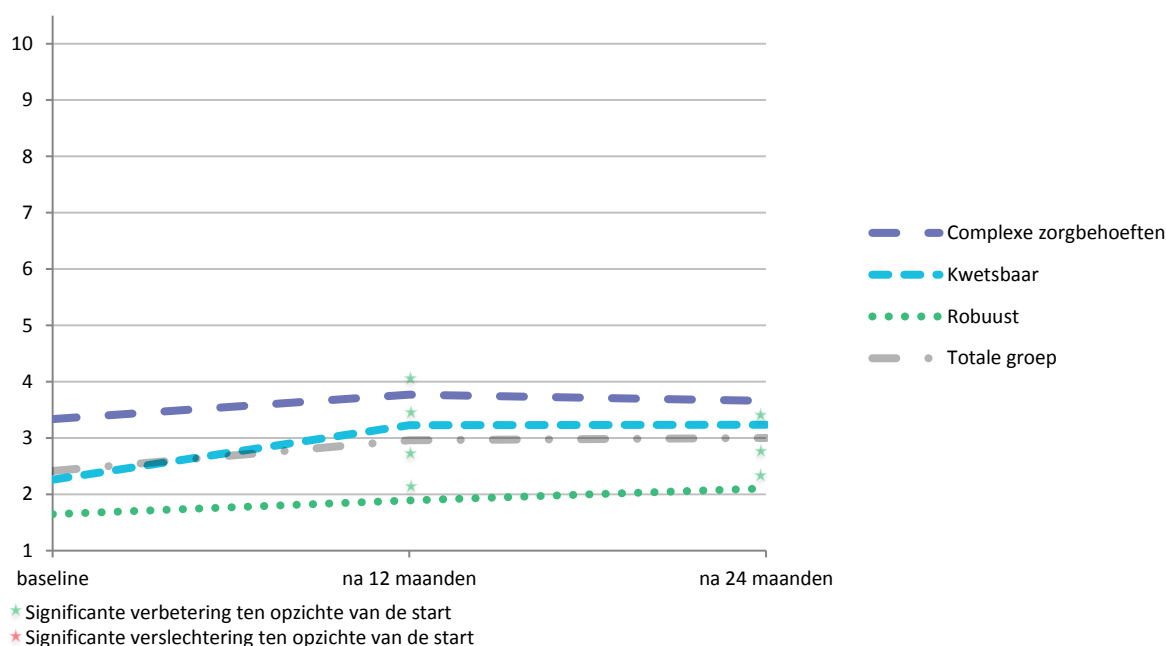
Figuur 11. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie m.b.t. de familierol na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie m.b.t. de familierol

9 | KWALITEIT VAN ZORG

De *kwaliiteit van zorg* werd op drie manieren gemeten: met de PAIEC, met een rapportcijfer en in vergelijking met een jaar geleden (vraag gebaseerd op de RAND-36). Zie ook Tabellen B2 t/m B5 en Figuren B9 en B10 in de Bijlagen.

In de totale groep was een verbetering te zien na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start (gemeten met de PAIEC; Tabel B2 en Figuur 12). Dat was ook het geval binnen de drie risicoprofielen. De toename was het sterkste in de groep kwetsbare ouderen (Tabel B4 en Figuur 12) en in mindere mate bij de ouderen met complexe zorgbehoeften (alleen ook klinisch relevant na 12 maanden; Tabel B3 en Figuur 12) en de robuuste ouderen (alleen ook klinisch relevant na 24 maanden; Tabel B5 en Figuur 12).

Kwaliteit van zorg, gemeten met een rapportcijfer en in vergelijking met een jaar geleden, nam na 12 maanden en na 24 maanden (alleen klinisch relevant voor het rapportcijfer) toe bij ouderen met complexe zorgbehoeften (Tabel B3 en Figuren B9 en B10). Binnen de totale groep, voor de kwetsbare ouderen en voor de robuuste ouderen bleef de kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor deze twee uitkomstmaten stabiel (Tabellen B2, B4 en B5 en Figuren B9 en B10). De totale groep vertoonde na 12 maanden wel een verbetering in kwaliteit van zorg in vergelijking met een jaar geleden, alleen dat verschil was niet klinisch relevant (Tabel B2 en Figuren B9 en B10).



Figuur 12. Veranderingen in de ervaren kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start gemeten met de PAIEC (schaal 1-10.5), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van zorg

10 | ZORGGEBRUIK EN KOSTEN

Voor *zorggebruik en kosten* is gebruik gemaakt van registratiegegevens gerelateerd aan de zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Gegevens werden verstrekt door zorgverzekeraar en zorgkantoor Zilveren Kruis en de gemeente Emmen. Ouderen hebben toestemming verleend deze gegevens op te vragen. Zie ook de Tabellen B8 t/m B13 en de Figuren B15 t/m B19 in de Bijlage.

Nieuw bekostigingsstelsel

Voor de interpretatie van de uitkomsten is het van belang deze te zien in het licht van de introductie van het nieuwe bekostigingsstelsel per 1 januari 2015. De gerapporteerde kosten ‘bij de start’ betreffen de kosten gemaakt in 2014, dus vóór de wijzigingen in het bekostigingsstelsel. Het zijn daardoor deels andere kosten dan de kosten die gerapporteerd worden ‘na 12 maanden’ (kosten in 2015) en ‘na 24 maanden’ (kosten in 2016) en beïnvloedt dus de vergelijking.

Belangrijke relevante wijzigingen voor deze studie zijn: de overgang van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw, en de overgang van kosten voor ‘Beschermd wonen’ en ‘Begeleiding’ van de AWBZ naar de Wmo. Door deze overgang van kosten ligt het voor de hand dat de kosten voor Zvw en Wmo gaan stijgen en de kosten voor de Wlz gaan afnemen. We rapporteren daarom steeds twee vergelijkingen met 2014: de (veranderingen in) kosten *met* en *zonder* de nieuwe kosten voor de Zvw en Wmo – waarbij de uitkomst zónder de nieuwe kosten voor Zvw en Wmo steeds wordt aangeduid als het ‘oude pakket’.

Verder bleek dat de gegevens van ‘Huishoudelijke hulp’ onvolledig zijn: van 2014 ontbreken alle gegevens, vanaf 2015 is onbekend in hoeverre de gegevens compleet zijn. Hiermee moet rekening gehouden worden bij het interpreteren van de Wmo-kosten. De kosten voor ‘Huishoudelijke hulp’ zijn niet opgenomen in de analyses voor de Wmo-kosten in het ‘oude pakket’. Voor de Wlz was het niet mogelijk een berekening te maken van de kosten volgens het ‘oude pakket’ omdat de Wlz-kosten als een totaalbedrag – zonder uitsplitsing naar categorieën – werden aangeleverd door het zorgkantoor.

Totale kosten voor zorg en begeleiding voor de totale groep

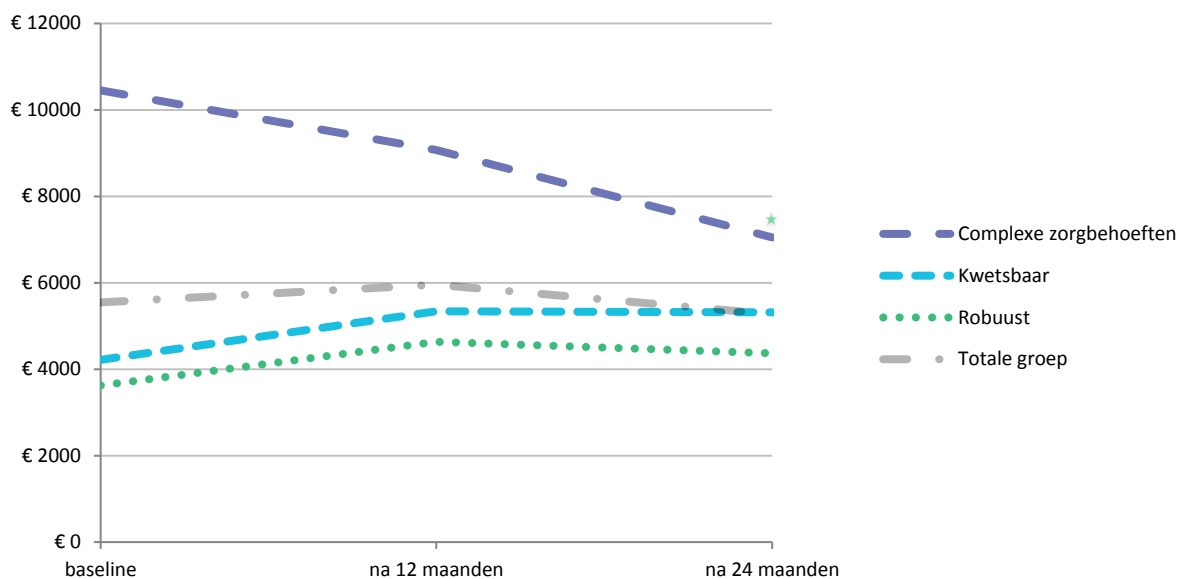
Voor de totale groep ouderen zijn de totale kosten per oudere na 12 en na 24 maanden gestegen ten opzichte van de start (Tabel B8 en Figuur B15). De kosten voor de Zvw en Wmo blijven – in het ‘oude pakket’ – gelijk. Wanneer op basis van het nieuwe bekostigingsstelsel de kosten voor wijkverpleging (Zvw) en de ‘nieuwe Wmo-domeinen’ meegerekend worden nemen de kosten voor de Zvw en Wmo – zoals verwacht – toe. De kosten voor de Wlz nemen af. Zie Tabel B8 en Figuren 13 en B15 t/m B19.

Totale kosten voor zorg en begeleiding per risicoprofiel

Voor de *ouderen met complexe zorgbehoeften* stijgen de totale kosten per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start. De kosten voor de Zvw in het ‘oude pakket’ nemen af, vooral na 24 maanden (Figuur 13). Ze stijgen echter in het nieuwe stelsel wanneer de kosten voor wijkverpleging meegerekend worden (Figuren B15 en B16). De kosten voor de Wmo in het ‘oude pakket’ blijven gelijk, maar stijgen wanneer de kosten voor de nieuwe Wmo-domeinen meegerekend worden (Figuren B18 en B19). De kosten voor de Wlz nemen af (Figuur B17).

De totale kosten voor de *kwetsbare ouderen* nemen toe na 12 en 24 maanden (Tabel B8 en Figuur 13). De kosten voor de Zvw in het ‘oude pakket’ blijven vrijwel gelijk (Figuur 13), maar stijgen wanneer de kosten voor de wijkverpleging meegerekend worden. De kosten voor de Wmo in het ‘oude pakket’ waren bij de start minimaal en blijven gelijk na 12 en 24 maanden, maar stijgen (relatief licht) wanneer de kosten voor de nieuwe Wmo-domeinen meegerekend worden. De kosten voor de Wlz nemen af.

De totale kosten voor de *robuuste ouderen* nemen toe na 12 en 24 maanden. De kosten voor de Zvw in het ‘oude pakket’ blijven vrijwel gelijk (Figuur 13), maar stijgen wanneer de kosten voor de wijkverpleging meegerekend worden. De kosten voor de Wmo in het ‘oude pakket’ waren bij de start minimaal en blijven gelijk. Wanneer de nieuwe Wmo-domeinen meegerekend worden stijgen ze na 12 en 24 maanden. De kosten voor de Wlz nemen af na 12 maanden en blijven gelijk na 24 maanden.



★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur 13. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Zvw ('oude pakket') per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

Benchmark per onderdeel

De vergelijking van SamenOud met de benchmark voor de Zvw laat zien dat er geen verschillen zijn: de totale Zvw-kosten nemen in beide groepen toe. Zoals eerder beschreven wordt deze toename veroorzaakt doordat de kosten voor wijkverpleging aan het pakket zijn toegevoegd na de stelselwijziging.

Ook voor de Wmo geldt dat er geen verschillen zijn tussen SamenOud en de benchmark. De kosten nemen toe in beide groepen en zijn vooral toe te schrijven aan de post 'Huishoudelijke hulp', waarvan de gegevens van 2014 niet beschikbaar zijn. De posten 'Begeleiding' en 'Beschermd wonen' zijn nieuw in de Wmo en tellen daardoor pas per 2015 mee, maar de kosten hiervan stijgen veel minder explosief. Wanneer alleen naar de bestaande en beschikbare Wmo-posten gekeken wordt stijgen de kosten nog steeds enigszins voor zowel SamenOud als de benchmark.

Ook voor de Wlz-kosten geldt dat de veranderingen tussen SamenOud en de benchmark overeenkomen: een forse daling in 2015 (groter voor SamenOud), daarna weer een stijging (ook groter voor SamenOud). Tegelijkertijd laten de kosten een bijzonder verschil zien tussen SamenOud en de benchmark dat moeilijk te verklaren is: de gemiddelde Wlz-kosten in de benchmark zijn bijna drie keer zo hoog als voor SamenOud. De benchmark bevat meer 85-plussers, maar vanwege het aggregatieniveau van de data was het niet mogelijk na te gaan of de hoge Wlz-

kosten door deze (kleine) groep veroorzaakt worden. Mogelijk is er een verschil in *case mix*: misschien zijn verzekerden in de benchmark verschillend van SamenOud wat betreft hun zorgzwaarte.

Hoewel de vergelijking van SamenOud met de benchmark voor de Zvw, Wlz en Wmo door een aantal factoren wordt bemoeilijkt lijken de uitkomsten voor SamenOud en benchmark niet structureel te verschillen.

11 | CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het persoonsgerichte en geïntegreerde zorgaanbod voor thuiswonende 75-plussers (SamenOud) in Zuidoost-Drenthe voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden. Deze uitkomsten zijn overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften.

Over de studie

Het onderzoek betrof de periode van 2015 tot en met 2016. Er was relatief veel uitval van ouderen tijdens de studie. Eind 2014 zijn 1377 ouderen gestart met SamenOud. Na 12 maanden nam nog 77% (n=1063) van deze ouderen deel aan SamenOud, en na 24 maanden was dat afgenomen tot 43% (n=602). Er zijn twee belangrijke redenen die de uitval verklaren. In de eerste plaats was dat het besluit van drie van de twaalf huisartsen, om financiële redenen, na 12 maanden te stoppen met SamenOud. De tweede reden was dat een aantal ouderen de vragenlijst niet terugstuurde, waardoor deze ouderen 'uit het onderzoek' vielen. Desondanks ging bij ongeveer de helft van deze ouderen de begeleiding door het Ouderenzorg Team gewoon door. Mogelijk is er sprake van selectieve uitval: uitvallers waren ouder, hadden meer chronische aandoeningen, waren kwetsbaarder en hadden meer complexe zorgbehoeften dan de niet-uitvallers. Bij de interpretatie van de resultaten moet hiermee rekening gehouden worden.

Ouderen in de drie risicoprofielen verschilden onderling op belangrijke aspecten. Over het algemeen hebben ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften vier of meer chronische aandoeningen, kwetsbare ouderen drie of meer, en robuuste ouderen minimaal één chronische aandoening. Ouderen met complexe zorgbehoeften en kwetsbare ouderen zijn vaker alleenstaand dan robuuste ouderen. Ook hebben ouderen met complexe zorgbehoeften en kwetsbare ouderen vaker een laag opleidingsniveau en een laag inkomen dan ouderen met het risicoprofiel Robuust.

Bevindingen voor de totale groep

De belangrijkste bevindingen voor de totale groep thuiswonende ouderen gedurende de interventieperiode van 24 maanden zijn:

- De algemene gezondheidstoestand van deze ouderen blijft stabiel of verbetert.
- De prevalentie en ernst van hun gezondheidgerelateerde problemen nemen af.
- Het welbevinden en de algemene kwaliteit van leven blijven gelijk.
- De autonomie en participatie van deze ouderen blijft nagenoeg stabiel of verbetert, de sociale steun blijft gelijk.
- De kwaliteit van zorg neemt toe.
- De totale kosten (Zvw, Wlz en Wmo) nemen tijdens de onderzoeksperiode (2015 en 2016) toe ten opzichte van de periode voor de transitie in het bekostigingsstelsel (2014).
- In het 'oude pakket' blijven de kosten voor de Zvw en Wmo gelijk. Feitelijk veranderen de kosten door de wijzigingen in het bekostigingsstelsel. Hierdoor nemen de kosten voor de Zvw toe in 2015, vooral door de kosten van de wijkverpleging. De kosten voor de Wmo nemen toe in 2015 en 2016, vooral door de kosten voor de huishoudelijke hulp, waarvan de gegevens van 2014 niet beschikbaar zijn. De kosten voor de Wlz nemen juist af.
- Hoewel de vergelijking van SamenOud met de benchmark voor de Zvw, Wlz en Wmo door een aantal factoren wordt bemoeilijkt lijken de uitkomsten voor SamenOud en benchmark niet structureel te verschillen.

Bevindingen per risicoprofiel

De uitkomsten per risicoprofiel laten een gevarieerd beeld zien. De resultaten voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften zijn overwegend gunstig: de complexiteit van hun zorgbehoeften en hun kwetsbaarheid nemen beduidend af. Ook het welbevinden, kwaliteit van leven, participatie en autonomie, en ervaren kwaliteit van zorg van deze ouderen nemen beduidend toe. De totale kosten nemen toe. De kosten voor de Zvw in het 'oude pakket' nemen af, vooral in het tweede jaar. Wanneer de nieuwe Zvw-kosten meegerekend worden stijgen de kosten. De kosten voor de Wmo in het 'oude pakket' blijven gelijk, maar wanneer de kosten voor de nieuwe Wmo-domeinen meegerekend worden nemen de kosten toe. De kosten voor de Wlz nemen af na 12 en 24 maanden.

De uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust zijn overwegend stabiel. Bij deze ouderen zien we vrijwel geen verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven en zelfmanagement. De kwaliteit van zorg lijkt te zijn toegenomen. De kosten laten een vergelijkbaar beeld zien als bij de ouderen met complexe zorgbehoeften. De totale kosten nemen toe. In het 'oude pakket' blijven de kosten voor de Zvw en Wmo stabiel, maar ze nemen toe in het nieuwe bekostigingsstelsel. De kosten voor de Wlz nemen af, behalve voor de robuuste ouderen na 24 maanden.

Samenvattend is het beeld bij differentiatie naar risicoprofiel wisselend wat betreft de uitkomsten van 24 maanden SamenOud. Een aantal zaken kan dit wisselende beeld verklaren. Bij de start komen de percentages ouderen die, op basis van de vragenlijsten, in aanmerking komen voor individuele begeleiding vrijwel overeen met de indeling in de praktijk. Dat is anders na 12 en 24 maanden. Hoewel het percentage kwetsbare ouderen na 12 en 24 maanden op basis van de vragenlijst bijna niet verandert, krijgt een veel lager percentage ouderen ook het risicoprofiel Kwetsbaar in de praktijk. Slechts een deel van de kwetsbare ouderen heeft dus de gewenste zorgintensiteit met individuele begeleiding ontvangen: dit heeft waarschijnlijk een negatief effect op de uitkomsten. De ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften hebben gedurende de gehele interventieperiode een passende zorgintensiteit ontvangen: bij deze ouderen zien we gunstige uitkomsten voor vrijwel alle uitkomstmaten. Bij de robuuste ouderen zien we vrijwel geen verandering, op een paar verslechtingen na: een toename van de kwetsbaarheid en afname van het welbevinden en kwaliteit van leven. Mogelijk heeft meer intensieve, preventieve en proactieve begeleiding een gunstige uitwerking op deze robuuste ouderen.

Positieve effecten van individuele begeleiding

Uit deze studie blijkt dat ouderen die individuele begeleiding ontvangen (ouderen met de profielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften) daar baat bij hebben. De uitkomsten laten een sterke afname zien van de prevalentie en ernst van de ervaren gezondheidsproblemen bij deze ouderen. Het lijkt erop dat de individuele begeleiding helpt gevolgen van het ouder worden te hanteren, dan wel op te lossen. Dit pleit voor een regelmatige, gestructureerde inventarisatie (anamnese) van (de veranderingen in) de ervaren gezondheidsproblemen door de casemanagers. In de praktijk vindt deze inventarisatie echter niet altijd plaats.

Vergelijking met ‘Groningse studie’

Deze ‘Drentse studie’ is de tweede studie naar de langetermijntuitkomsten van SamenOud. De eerste studie vond plaats in de periode 2012 tot 2015 in Oost-Groningen. De interventie (SamenOud), methoden en uitkomstmaten van beide studies komen grotendeels overeen. De kostenstudie met de Groningse data verschilt echter met die met de Drentse data, in die zin dat de Groningse studie werd uitgevoerd vóór de transities in de financiering op 1 januari 2015, en deze Drentse studie daarna.

De kenmerken van de ouderen binnen de profielen bij de start komen vrijwel overeen. Ook de verdeling over de risicoprofielen komt grotendeels overeen.

De uitkomsten van de twee studies voor de totale groep zijn grotendeels vergelijkbaar wat betreft de uitkomsten voor de ouderen: die blijven nagenoeg stabiel of verbeteren. De uitkomsten voor de totale kosten verschillen. In de ‘Groningse studie’ blijven de totale kosten gedurende 36 maanden gelijk, terwijl de kosten in de ‘Drentse studie’ stijgen – hoewel die stijging even groot is voor SamenOud als voor de benchmark. De stijging in kosten is daarom niet toe te schrijven aan SamenOud.

Ook de uitkomsten voor het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften laat in beide studies grotendeels eenzelfde beeld zien. Deze ouderen ervaren in beide studies overwegend gunstige effecten op hun gezondheid, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten.

De uitkomsten voor de ouderen met het risicoprofiel Kwetsbaar en Robuust verschillen op enkele punten tussen beide studies. In de ‘Groningse studie’ gaan deze ouderen achteruit op vrijwel alle aspecten van gezondheid en welbevinden, terwijl ze in de Drentse studie ze vrijwel stabiel blijven. De kwaliteit van zorg blijft in de ‘Groningse studie’ nagenoeg stabiel, terwijl die in de ‘Drentse studie’ verbetert. In de ‘Groningse studie’ maken de robuuste ouderen meer kosten na 36 maanden (vooral voor de Zvw) en blijven de kosten voor de kwetsbare ouderen stabiel. In de ‘Drentse studie’ nemen de totale kosten voor beide profielen echter toe. Voor de kwetsbare ouderen na 12 en 24 maanden, voor de robuuste ouderen na 24 maanden.

Uit beide studies blijkt dat ouderen, ongeacht hun risicoprofiel, baat hebben bij individuele begeleiding van een casemanager. Dit blijkt uit de uitkomsten voor deze ouderen op het gebied van gezondheid, welbevinden en zelfmanagement, en de langdurige afname van het aantal en de ernst van de gezondheidgerelateerde problemen.

Conclusie

Over het geheel genomen zijn de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten na 12 en 24 maanden overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften. De bevindingen suggereren dat de trend van afname van algemene gezondheid en welbevinden en toename van kosten doorbroken kan worden, vooral voor de groep ouderen met complexe zorgbehoeften. De uitvoering van SamenOud kan op onderdelen verbeterd worden; waarschijnlijk is dat dit ook de uitkomsten zal verbeteren, met name voor ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust. De uitkomsten van deze 'Drentse studie' komen in hoofdlijnen overeen met de uitkomsten van de 'Groningse studie'. In beide studies zijn de uitkomsten overwegend positief. Dit suggereert dat verdere implementatie van de preventieve en proactieve werkwijze van SamenOud wenselijk en haalbaar is.

REFERENTIES

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. <http://statline.cbs.nl/Statweb/dome/default.aspx>.
2. Knottnerus J.A., Maas van der P.J. Ouderdom komt met gebreken. geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
3. 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 3:391-395.
4. Jansen DL, Cardol M. Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben voor hun ondersteuning bijna altijd te maken met meerdere wettelijke regelingen. 2010. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-chronisch-zieken-lich-bep.pdf>
5. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD; 2011:324.
6. Peters LL, Boter H, Slaets JP, Buskens E. Development and measurement properties of the self -assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *J Psychosom Res.* 2013;74(6):518-522.
7. Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JP. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13(6):546.
8. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: A multi-country study. *Qual Life Res.* 2012.
9. Lamers LM, Stalmeier PF, McDonnell J, Krabbe PF, Van Busschbach JJ. Kwaliteit van leven meten in economische evaluaties: het Nederlands EQ-5D-tarief. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;9;149(28):1574-1578.
10. Laan W, Zuithoff NP, Drubbel I, et al. Validity and reliability of the Katz-15 scale to measure unfavorable health outcomes in community-dwelling older people. *J Nutr Health Aging.* 2014;18(9):848-854.
11. 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(25):2337-2343.
12. Kastermans M, Knuvers K, Dorland L, Slaets J. Validity and reliability of the Groningen Well-being Indicator for the elderly. Nog niet gepubliceerd.
13. Topp, CW, Østergaard, SD, Søndergaard, S, Bech, P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015;84(3):167-176.
14. VanderZee KI, Sanderman R, Heyink JW, de Haes H. Psychometric qualities of the RAND 36-item health survey 1.0: A multidimensional measure of general health status. *Int J Behav Med.* 1996;3(2):104-122.
15. Van Eijk LM, Kempen GIJM, van Sonderen FLP. Een korte schaal voor het meten van sociale steun bij ouderen: de SSL12-I. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 1994;25:192-196.
16. Cardol M, de Haan RJ, de Jong BA, van den Bos GAM, de Groot IJ. Psychometric properties of the questionnaire 'Impact on Participation and Autonomy' (IPA). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 2001;82:210-216.
17. Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, Wynia K. Integrated care for older adults leads to better quality of care: Results of a randomized controlled trial of Embrace. *J Gen Intern Med.* 2017;32(5):516-523.
18. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988.
19. Middel B, Stewart R, Bouma J, van Sonderen E, van den Heuvel WJ. How to validate clinically important change in health-related functional status. is the magnitude of the effect size consistently related to magnitude of change as indicated by a global question rating? *J Eval Clin Pract.* 2001;7(4):399-410.

BIJLAGEN

1. SamenOud
2. Uitkomsten van de 'Groningse studie'
3. Tabellen
4. Figuren

BIJLAGE 1 | SamenOud

SamenOud is een nieuw persoonsgericht en geïntegreerd zorgmodel dat ontwikkeld en gerealiseerd werd in Oost-Groningen tijdens het NPO transitie-experiment Programma Geïntegreerde Ouderenzorg (PGO): herontwerp van het zorgaanbod naar vraaggerichte, samenhangende proactieve en preventieve zorg en begeleiding voor ouderen (ZonMW - NPO projectnummer 314010201). Sinds januari 2012 wordt SamenOud in praktijk gebracht voor 1500 ouderen in Oost-Groningen. In het najaar van 2014 is SamenOud gestart in Zuidoost-Drenthe (gemeente Emmen) voor ongeveer 1350 ouderen in 13 huisartspraktijken. Beoogd doel voor 2016 en 2017 is het aantal deelnemende huisartspraktijken in Zuidoost-Drenthe uit te breiden naar ± 25 en het aantal deelnemende ouderen naar ongeveer 2700.

SamenOud

Uitgangspunt van SamenOud is het welbevinden van thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder. Het doel is dat deze ouderen zo lang als mogelijk en wenselijk thuis kunnen blijven wonen.

SamenOud is gebaseerd op twee wereldwijd erkende zorgmodellen:

- 1) Het *Chronic Care Model* dat maatschappelijke organisaties verbindt met zorgorganisaties en handvatten biedt voor het organiseren van langdurige zorg en begeleiding; en
- 2) De *Kaiser Permanente Triangle*, een *Population Health Management model* voor het samenstellen van risicoprofielen en het organiseren van zorg op maat.

Beide modellen zijn vertaald naar de Nederlandse situatie en gespecificeerd voor thuiswonende ouderen.

SamenOud in de praktijk

Alle ouderen (75-plus) en 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-E-SA) en mate van kwetsbaarheid (GFI). Op basis van hun antwoorden, worden ouderen ingedeeld in drie risicoprofielen: Robuust ($\pm 64\%$), Kwetsbaar ($\pm 16\%$) en Complexe zorgbehoeften ($\pm 20\%$).

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 (eventueel een POH-O) en een sociaal

werker. Beide laatsten in de rol van casemanager voor resp. ouderen met de risicoprofielen Complexe zorgbehoeften en Kwetsbaar. 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.

De geboden zorgintensiteit varieert per risicoprofiel (Tabel 1). Robuuste ouderen wordt (alleen) het Zelfmanagement support en preventie programma aangeboden (laagste zorgintensiteit). Kwetsbare ouderen ontvangen bovendien casemanagement (1x per maand een huisbezoek) en ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften ontvangen kortdurend intensief casemanagement (maximaal 6 maanden iedere 2 weken een huisbezoek) of langdurig intensief casemanagement (langer dan 6 maanden iedere 2 weken een huisbezoek).

Zie voor een meer gedetailleerde beschrijving van SamenOud de website www.samenoud.nl.

Tabel. Kenmerken van de SamenOud-risicoprofielen

	Robuust	Kwetsbaar	Complexe zorgbehoeften
Mate van zorg en begeleiding	Lage intensiteit	Hoge intensiteit	Hoge intensiteit
Coördinatie van zorg en begeleiding	OT	Ouderenzorg Team, casemanager	Ouderenzorg Team, casemanager
Contacten (aantal)	Op initiatief patiënt of ingezet door Ouderenzorg Team	Gestructureerd: ±1/maand	Gestructureerd: ±2/maand
Duur van individuele zorg en begeleiding	Niet van toepassing	6-12 maanden	6-12 maanden
Benadering	Groep	Individueel	Individueel
Focus	Zelfmanagement	Psychosociaal	Gezondheid

BIJLAGE 2 | Uitkomsten van de ‘Groningse studie’⁴

In de ‘Groningse studie’ werden de langetermijnuitkomsten (januari 2012 - januari 2015) van SamenOud voor ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten van het persoonsgerichte en geïntegreerde zorgmodel SamenOud voor thuiswonende 75-plussers onderzocht. Het uitzonderlijke aan de Groningse studie was dat de uitkomsten van een complexe interventie als SamenOud onderzocht werden voor drie jaren voor een brede, en relatief grote, populatie thuiswonende ouderen. Het was ook uitzonderlijk dat gelijktijdig meerdere domeinen (ouderen, kwaliteit van zorg, kosten) en aspecten binnen deze domeinen gemonitord werden. De uitkomsten geven een breed beeld van de ontwikkelingen binnen een kwetsbare populatie. De belangrijkste beperking van deze studie was het ontbreken van een controlegroep die de gebruikelijke zorg ontvangt. Hierdoor kunnen veranderingen in de uitkomsten niet met zekerheid toegeschreven worden aan SamenOud. Daarnaast was het aantal deelnemers in de periode 24-36 maanden relatief klein.

Bevindingen voor de totale groep

De belangrijkste bevindingen voor de ‘totale groep’ thuiswonende ouderen voor de interventieperiode van 36 maanden waren:

- De algemene gezondheidstoestand van ouderen blijft nagenoeg stabiel;
- De algemene kwaliteit van leven voor ouderen neemt het eerste jaar af en stabiliseert daarna;
- De prevalentie en ernst van gezondheidgerelateerde problemen nemen (duurzaam) af;
- De zelfredzaamheid van ouderen neemt (duurzaam) toe;
- 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) liet zien dat de kosten voor de deelnemers aan SamenOud 12 en 24 maanden na baseline minder stegen dan in de benchmarkgegevens (respectievelijk 0% en 3% voor SamenOud versus 1% en 8% voor de benchmarkgegevens). Na 36 maanden waren de kosten voor de deelnemers aan SamenOud hoger dan in de benchmarkgegevens (14% versus 8%). Dit kwam

⁴ Deze tekst is overgenomen uit het rapport ‘SamenOud in Oost-Groningen. Uitkomsten van SamenOud: voor ouderen, kwaliteit van zorg en zorggebruik’, gepubliceerd op 16 december 2016.

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%) toenamen.

Bevindingen per profiel

De uitkomsten per risicoprofiel lieten een gevarieerder beeld zien. De resultaten voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften waren overwegend gunstig. Het ging ‘wel goed’ met hun gezondheid en welbevinden. Deze bleven stabiel of verbeterden gedurende de interventieperiode van 36 maanden. Dit contrasteerde met het beeld voor de ouderen in de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust. Deze ouderen gingen op vrijwel alle aspecten van gezondheid en welbevinden (klinisch relevant) achteruit. Dit verschil was ook zichtbaar voor de ervaren kwaliteit van zorg: ouderen met Complexe zorgbehoeften ervoeren een toename van de kwaliteit van zorg terwijl de Kwetsbare ouderen een afname van de kwaliteit van zorg ervoeren. De robuuste ouderen lieten geen verandering in ervaren kwaliteit van zorg zien. Eenzelfde verschil zagen we voor de zelfredzaamheid: een duurzame toename van de zelfmanagement kennis en gedrag bij de ouderen met complexe zorgbehoeften en geen noemenswaardige veranderingen voor de kwetsbare en robuuste ouderen. Wat betreft de kosten zagen we een toename in gemiddelde kosten na 36 maanden voor de robuuste ouderen, vooral voor de Zvw, terwijl de kosten voor de andere twee profielen gelijk bleven. Samenvattend biedt de indeling in risicoprofielen een genuanceerd beeld van de uitkomsten van 36 maanden SamenOud. Daarbij verschilden de profielen.

Verschillen tussen profielindelingen

Opvallend waren de verschillen tussen de profielindelingen ‘in de praktijk’ en ‘op basis van de vragenlijsten’. Professionals en ouderen beslisten, na verloop van tijd, dat de individuele begeleiding kon stoppen voor een groot deel van de ouderen: 47% van de ouderen met complexe zorgbehoeften en 54% van de kwetsbare ouderen werden ‘overgezet’ naar het risicoprofiel Robuust. Dit terwijl deze ouderen op basis van hun antwoorden in de vragenlijsten individuele begeleiding zouden moeten ontvangen. Voor de ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften kwam dat overeen met de verwachting dat een deel van hen alleen kortdurend individuele begeleiding nodig had, voor de rest van deze ouderen was dat niet het geval. Verder was het zo dat van de robuuste ouderen na 24 maanden een groot deel (39%), op basis van hun

antwoorden in de vragenlijsten, kwetsbaar was geworden. In de praktijk stroomden deze ouderen veelal niet door naar het risicoprofiel Kwetsbaar met individuele begeleiding. Deze bevindingen, in combinatie met de minder gunstige uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust, leidden tot het advies nader onderzoek te doen naar redenen voor het stoppen van de individuele begeleiding en naar verklaringen voor het niet ontvangen van individuele begeleiding van 'nieuwe' kwetsbare ouderen.

Baat bij individuele begeleiding

Ouderen die individuele begeleiding ontvangen bleken daar baat te hebben. Dit bleek uit uitkomsten van kwalitatief onderzoek (tijdens het eerste jaar van SamenOud) onder ouderen met risicoprofielen Kwetsbaar en Complexe zorgbehoeften. Ouderen gaven aan meer eigen regie en controle te ervaren en zich veilig en geborgen te voelen.² Kwalitatief onderzoek onder de casemanagers liet zien dat zij, door de individuele begeleiding, beter konden aansluiten bij de wensen en behoeften van ouderen en escalaties konden voorkomen.^{nog niet gepubliceerd} Huisartsen bevestigden dit laatste tijdens evaluatie-gesprekken. Ze hadden het gevoel 'hun ouderen' goed in beeld te hebben en daardoor vroegtijdig konden anticiperen. De uitkomsten lieten ook een sterke en duurzame afname zien van de prevalentie en ernst van de ervaren gezondheidsproblemen bij ouderen die individuele begeleiding kregen. Het lijkt erop dat de individuele begeleiding helpt gevolgen van het ouder worden te hanteren dan wel op te lossen. Dit pleit voor een regelmatige gestructureerde inventarisatie (anamnese) van (de veranderingen in) de ervaren gezondheidsproblemen door de casemanagers. In de praktijk vond deze inventarisatie lang niet altijd plaats.

Verandering in bekostigingsstelsel

Door de veranderingen in het bekostigingsstelsel (Zvw, AWBZ en Wmo) per 1 januari 2015 kregen de uitkomsten van deze studie wellicht een andere betekenis. De gegevensverzameling voor de kosten in deze studie liepen tot het moment waarop deze veranderingen plaatsvonden.

Conclusies

Overall waren de uitkomsten van SamenOud voor de ouderen, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten op de langetermijn in de Groningse studie overwegend gunstig, met name voor ouderen met het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften. Hoewel de uitkomsten niet zondermeer toegeschreven konden worden aan SamenOud leek de trend van afname van algemene gezondheid en welbevinden en toename van kosten doorbroken te worden. Op onderdelen kon de uitvoering van SamenOud verbeterd worden. Daardoor kunnen wellicht de uitkomsten voor de ouderen met de risicoprofielen Kwetsbaar en Robuust in de toekomst verbeterd worden.

BIJLAGE 3 | Tabellen

Tabel B1. Vragenlijsten per thema en onderwerp met voorbeeldvragen

Tabel B2. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor de totale groep (n=1377)

Tabel B3. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften (n=342)

Tabel B4. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Kwetsbaar (n=301)

Tabel B5. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Robuust (n=734)

Tabel B6. Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 maanden gemeten met de GeriatricS (n=87)

Tabel B7. Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 maanden gemeten met de GeriatricS voor ouderen met een probleem bij de start

Tabel B8. Verandering in kosten na 12 en 24 maanden voor de totale groep en per risicoprofiel

Tabel B9. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor de totale groep

Tabel B10. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften

Tabel B11. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Kwetsbaar

Tabel B12. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Robuust

Tabel B13. Gemiddelde kosten en veranderingen voor SamenOud en de benchmark

Tabel B14. Vergelijking uitkomsten 'Drentse studie' en 'Groningse studie'

Tabel B1. Vragenlijsten per thema en onderwerp met voorbeeldvragen

Thema en onderwerp	Vragenlijst	Voorbeeldvraag
Gezondheid		
Algemene gezondheid	EQ-5D-3L	Ik heb geen/een beetje/matig/ernstig/niet in staat (problemen met) mijzelf wassen of aankleden.
Algemene gezondheid	EQ-VAS	Uw gezondheid vandaag (0-100)
Complexiteit van zorgbehoeften	INTERMED-E-SA	Krijgt u voldoende en de juiste zorg van uw zorgverleners en behandelaars?
Kwetsbaarheid	GFI	Heeft u zich de laatste tijd somber of neerslachtig gevoeld?
Activiteiten in het dagelijks functioneren	Katz-15	Heeft u hulp nodig bij het baden of douchen?
Welbevinden en Kwaliteit van leven		
Welbevinden tevredenheidsscore	GWl SF Score	Vindt u genieten van eten en drinken belangrijk? Zo ja, bent u hierover tevreden?
Welbevinden	WHO-5 index	Mijn dagelijks leven was gevuld met dingen die me interesseren.
Kwaliteit van leven (rapportcijfer)		Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment? (0-10)
Kwaliteit van leven in vergelijking tot voorgaande jaar	RAND-36	Hoe is in het algemeen uw kwaliteit van leven in vergelijking met een jaar geleden?
Zelfmanagement		
Autonomie en participatie	IPA	Mijn bijdrage aan de taken in en om het huis zoals ik dat wil is...
Sociale Steun	SSL	Gebeurt het weleens dat men u goede raad geeft?
Kwaliteit van zorg		
Kwaliteit van zorg	PAIEC	...werd mij gevraagd welke doelen ik zelf wil bereiken, in relatie tot mijn gezondheid.
Kwaliteit van zorg (rapportcijfer)		Welk rapportcijfer geeft u de kwaliteit van de zorg en begeleiding die u op dit moment ontvangt?
Kwaliteit van zorg in vergelijking tot voorgaande jaar		Hoe is in het algemeen de kwaliteit van de zorg en begeleiding die u ontvangt in vergelijking met een jaar geleden?

Tabel B2. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor de totale groep (n=1377)

	Range	Hoger is... ^a	Start	12 maanden na de start			24 maanden na de start		
			Gemiddelde (95% CI)	Verandering	p	ES	Verandering	p	ES
Gezondheid									
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.75 (0.74 - 0.76)	0.01	0.055	0.09	0.00	0.989	0.00
EQ-VAS	0-100	+	68.1 (67.3 - 68.9)	0.0	0.960	0.00	-0.7	0.389	0.05
INTERMED-E-SA	0-60	-	13.0 (12.7 - 13.3)	-0.6	0.004	0.13	-0.7	0.004	0.16
GFI	0-15	-	5.1 (5.0 - 5.2)	-0.2	0.004	0.13	-0.1	0.507	0.04
Katz-15 ^b	0-15	-	2.5 (2.3 - 2.6)	0.0	0.956	0.00	-	-	-
Welbevinden en Kwaliteit van leven									
GWJ SF Score	0-1	+	0.78 (0.77 - 0.79)	0.01	0.190	0.06	0.01	0.414	0.04
WHO-5	0-100	+	57.5 (56.3 - 58.7)	1.4	0.143	0.07	-1.4	0.209	0.07
Kwaliteit van leven rapportcijfer	0-10	+	7.2 (7.1 - 7.3)	0.0	0.734	0.02	-0.2	0.001	0.18
Kwaliteit van leven i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	3.2 (3.2 - 3.3)	0.0	0.723	0.02	0.0	0.506	0.04
Zelfmanagement^b									
SSL - Totaal	12-48	+	28.1 (27.7 - 28.5)	-0.2	0.443	0.04	-	-	-
SSL - Alledaagse steun	4-16	+	10.2 (10.0 - 10.3)	0.0	0.947	0.00	-	-	-
SSL - Steun bij problemen	4-16	+	8.9 (8.7 - 9.0)	-0.1	0.540	0.03	-	-	-
SSL - Waardering	4-16	+	8.9 (8.8 - 9.1)	0.1	0.312	0.05	-	-	-
IPA - Autonomie binnenshuis	1-5	-	1.8 (1.8 - 1.9)	-0.1	0.037	0.09	-	-	-
IPA - Autonomie buitenshuis	1-5	-	2.4 (2.4 - 2.5)	0.0	0.276	0.05	-	-	-
IPA - Familierol	1-5	-	2.4 (2.3 - 2.4)	-0.1	0.005	0.13	-	-	-
IPA - Sociale relaties	1-5	-	2.2 (2.1 - 2.2)	0.0	0.435	0.04	-	-	-
Kwaliteit van Zorg									
PAIEC	1-10.5	+	2.4 (2.3 - 2.5)	0.5	<0.001	0.30	0.6	<0.001	0.32
Kwaliteit van zorg rapportcijfer	0-10	+	7.8 (7.7 - 7.8)	0.1	0.134	0.08	0.0	0.797	0.02
Kwaliteit van zorg i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	2.9 (2.9 - 3.0)	-0.06	0.003	0.16	0.0	0.284	0.07

CI = Confidence interval (betrouwbaarheidsinterval); EQ-5D-3L=EuroQoL-5D-3L; EQ-VAS=EuroQoL-5D visual analogue scale; ES = Effect size: ≥ 0.2 is klinisch relevante verandering; GFI = Groningen Frailty Indicator; GWJ SF Score=Groningen Well-being Indicator Satisfaction Score; INTERMED-E-SA = INTERMED for the Elderly Self-Assessment; IPA = Impact op Participatie en Autonomie vragenlijst; p = statistisch significante verandering; $p < 0.05$; PAIEC = Patient Assessment of Integrated Elderly Care; SSL = Sociale Steun Lijst verkorte versie; WHO-5 = WHO-Five Well-being Index.

^a + hogere score betekent verbetering; - hogere score betekent verslechtering.

^b Meting bij de start en na 12 maanden.

Groen en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante toename of verbetering.

Rood en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante afname of verslechtering.

Tabel B3. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften (n=342)

	Range	Hoger is... ^a	Start	12 maanden na de start			24 maanden na de start		
			Gemiddelde (95% CI)	Verandering	p	ES	Verandering	p	ES
Gezondheid									
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.63 (0.62 - 0.65)	0.04	0.002	0.27	0.02	0.147	0.16
EQ-VAS	0-100	+	56.4 (54.9 - 57.9)	2.4	0.044	0.17	1.8	0.230	0.13
INTERMED-E-SA	0-60	-	20.7 (20.3 - 21.2)	-2.6	<0.001	0.59	-3.2	<0.001	0.71
GFI	0-15	-	7.1 (6.9 - 7.3)	-0.4	0.016	0.21	-0.3	0.082	0.19
Katz-15 ^b	0-15	-	4.3 (4.0 - 4.5)	-0.2	0.248	0.10	-	-	-
Welbevinden en Kwaliteit van leven									
GWJ SF Score	0-1	+	0.62 (0.61 - 0.64)	0.04	0.007	0.23	0.06	0.001	0.35
WHO-5	0-100	+	42.4 (40.2 - 44.6)	2.5	0.169	0.12	0.2	0.936	0.01
Kwaliteit van leven rapportcijfer	0-10	+	6.5 (6.4 - 6.6)	0.1	0.548	0.05	0.0	0.669	0.05
Kwaliteit van leven i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	3.5 (3.5 - 3.6)	-0.1	0.011	0.22	-0.1	0.077	0.19
Zelfmanagement^b									
SSL - Totaal	12-48	+	27.7 (27.0 - 28.4)	-0.2	0.735	0.03	-	-	-
SSL - Alledaagse steun	4-16	+	9.9 (9.7 - 10.1)	-0.2	0.378	0.08	-	-	-
SSL - Steun bij problemen	4-16	+	9.1 (8.8 - 9.4)	0.0	0.903	0.01	-	-	-
SSL - Waardering	4-16	+	8.6 (8.3 - 9.0)	0.1	0.640	0.04	-	-	-
IPA - Autonomie binnenshuis	1-5	-	2.2 (2.1 - 2.3)	-0.1	0.004	0.25	-	-	-
IPA - Autonomie buitenshuis	1-5	-	3.0 (2.9 - 3.1)	-0.1	0.017	0.21	-	-	-
IPA - Familierol	1-5	-	2.9 (2.8 - 2.9)	-0.2	0.001	0.28	-	-	-
IPA - Sociale relaties	1-5	-	2.4 (2.4 - 2.5)	0.0	0.642	0.04	-	-	-
Kwaliteit van Zorg									
PAIEC	1-10.5	+	3.3 (3.1 - 3.5)	0.4	0.009	0.23	0.3	0.109	0.17
Kwaliteit van zorg rapportcijfer	0-10	+	7.4 (7.3 - 7.5)	0.2	0.055	0.18	0.2	0.084	0.21
Kwaliteit van zorg i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	2.9 (2.9 - 3.0)	-0.1	0.009	0.24	0.0	0.751	0.04

CI = Confidence interval (betrouwbaarheidsinterval); EQ-5D-3L=EuroQoL-5D-3L; EQ-VAS=EuroQoL-5D visual analogue scale; ES = Effect size: ≥ 0.2 is klinisch relevante verandering; GFI = Groningen Frailty Indicator; GWJ SF Score=Groningen Well-being Indicator Satisfaction Score; INTERMED-E-SA = INTERMED for the Elderly Self-Assessment; IPA = Impact op Participatie en Autonomie vragenlijst; p = statistisch significante verandering; $p < 0.05$; PAIEC = Patient Assessment of Integrated Elderly Care; SSL = Sociale Steun Lijst verkorte versie; WHO-5 = WHO-Five Well-being Index.

^a + hogere score betekent verbetering; - hogere score betekent verslechtering.

^b Meting bij de start en na 12 maanden.

Groen en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante toename of verbetering.

Rood en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante afname of verslechtering.

Tabel B4. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Kwetsbaar (n=301)

	Range	Hoger is... ^a	Start	12 maanden na de start			24 maanden na de start		
			Gemiddelde (95% CI)	Verandering	p	ES	Verandering	p	ES
Gezondheid									
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.76 (0.75 - 0.78)	0.00	0.926	0.01	-0.01	0.333	0.10
EQ-VAS	0-100	+	69.7 (68.1 - 71.3)	1.0	0.411	0.07	-2.4	0.101	0.17
INTERMED-E-SA	0-60	-	10.8 (10.3 - 11.3)	0.5	0.196	0.11	0.9	0.063	0.19
GFI	0-15	-	6.0 (5.7 - 6.2)	-0.8	<0.001	0.42	-0.3	0.069	0.19
Katz-15 ^b	0-15	-	2.0 (1.8 - 2.3)	0.2	0.398	0.08	-	-	-
Welbevinden en Kwaliteit van leven									
GWI SF Score	0-1	+	0.81 (0.79 - 0.83)	-0.01	0.632	0.04	-0.03	0.074	0.18
WHO-5	0-100	+	56.3 (54.0 - 58.7)	2.7	0.135	0.13	-1.3	0.537	0.06
Kwaliteit van leven rapportcijfer	0-10	+	7.2 (7.1 - 7.4)	0.0	0.721	0.03	-0.2	0.019	0.24
Kwaliteit van leven i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	3.2 (3.1 - 3.2)	0.0	0.439	0.07	0.1	0.209	0.13
Zelfmanagement^b									
SSL - Totaal	12-48	+	27.7 (26.9 - 28.4)	0.0	0.933	0.01	-	-	-
SSL - Alledaagse steun	4-16	+	9.9 (9.7 - 10.1)	0.2	0.385	0.08	-	-	-
SSL - Steun bij problemen	4-16	+	8.8 (8.5 - 9.1)	0.0	0.964	0.00	-	-	-
SSL - Waardering	4-16	+	8.9 (8.5 - 9.2)	0.1	0.786	0.02	-	-	-
IPA - Autonomie binnenshuis	1-5	-	1.8 (1.7 - 1.8)	-0.1	0.264	0.10	-	-	-
IPA - Autonomie buitenshuis	1-5	-	2.3 (2.3 - 2.4)	0.0	0.938	0.01	-	-	-
IPA - Familierol	1-5	-	2.3 (2.2 - 2.4)	0.0	0.435	0.07	-	-	-
IPA - Sociale relaties	1-5	-	2.1 (2.1 - 2.2)	0.1	0.206	0.11	-	-	-
Kwaliteit van Zorg									
PAIEC	1-10.5	+	2.3 (2.0 - 2.5)	1.0	<0.001	0.52	1.0	<0.001	0.53
Kwaliteit van zorg rapportcijfer	0-10	+	7.8 (7.7 - 8.0)	0.1	0.516	0.07	0.0	0.932	0.01
Kwaliteit van zorg i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	2.9 (2.9 - 3.0)	-0.1	0.002	0.31	-0.1	0.325	0.12

CI = Confidence interval (betrouwbaarheidsinterval); EQ-5D-3L=EuroQoL-5D-3L; EQ-VAS=EuroQoL-5D visual analogue scale; ES = Effect size: ≥ 0.2 is klinisch relevante verandering; GFI = Groningen Frailty Indicator; GWI SF Score=Groningen Well-being Indicator Satisfaction Score; INTERMED-E-SA = INTERMED for the Elderly Self-Assessment; IPA = Impact op Participatie en Autonomie vragenlijst; p = statistisch significante verandering; $p < 0.05$; PAIEC = Patient Assessment of Integrated Elderly Care; SSL = Sociale Steun Lijst verkorte versie; WHO-5 = WHO-Five Well-being Index.

^a + hogere score betekent verbetering; - hogere score betekent verslechtering.

^b Meting bij de start en na 12 maanden.

Groen en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante toename of verbetering.

Rood en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante afname of verslechtering.

Tabel B5. Verandering in gezondheid, welbevinden, kwaliteit van leven, zelfmanagement en kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Robuust (n=734)

	Range	Hoger is... ^a	Start	12 maanden na de start			24 maanden na de start		
			Gemiddelde (95% CI)	Verandering	p	ES	Verandering	p	ES
Gezondheid									
EQ-5D-3L	-0.33-1.00	+	0.86 (0.85 - 0.87)	0.00	0.964	0.00	0.01	0.402	0.05
EQ-VAS	0-100	+	78.3 (77.2 - 79.3)	-1.5	0.053	0.11	-1.4	0.118	0.10
INTERMED-E-SA	0-60	-	7.4 (7.1 - 7.8)	0.4	0.126	0.08	0.2	0.457	0.05
GFI	0-15	-	2.1 (1.9 - 2.2)	0.4	<0.001	0.24	0.5	<0.001	0.26
Katz-15 ^b	0-15	-	1.1 (0.9 - 1.2)	0.1	0.546	0.03	-	-	-
Welbevinden en Kwaliteit van leven									
GWJ SF Score	0-1	+	0.92 (0.90 - 0.93)	0.00	0.849	0.01	-0.01	0.591	0.04
WHO-5	0-100	+	73.7 (72.2 - 75.2)	-1.1	0.340	0.05	-3.1	0.021	0.15
Kwaliteit van leven rapportcijfer	0-10	+	7.9 (7.8 - 7.9)	-0.1	0.226	0.07	-0.2	<0.001	0.24
Kwaliteit van leven i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	3.0 (2.9 - 3.0)	0.1	<0.001	0.20	0.1	0.009	0.17
Zelfmanagement^b									
SSL - Totaal	12-48	+	29.0 (28.5 - 29.4)	-0.4	0.227	0.07	-	-	-
SSL - Alledaagse steun	4-16	+	10.7 (10.5 - 10.8)	0.0	0.864	0.01	-	-	-
SSL - Steun bij problemen	4-16	+	8.8 (8.6 - 9.0)	-0.2	0.109	0.09	-	-	-
SSL - Waardering	4-16	+	9.3 (9.1 - 9.5)	0.2	0.193	0.07	-	-	-
IPA - Autonomie binnenshuis	1-5	-	1.5 (1.5 - 1.5)	0.0	0.252	0.06	-	-	-
IPA - Autonomie buitenshuis	1-5	-	1.9 (1.9 - 2.0)	0.0	0.356	0.05	-	-	-
IPA - Familierol	1-5	-	1.9 (1.9 - 2.0)	0.0	0.546	0.03	-	-	-
IPA - Sociale relaties	1-5	-	1.9 (1.9 - 2.0)	0.0	0.536	0.03	-	-	-
Kwaliteit van Zorg									
PAIEC	1-10.5	+	1.6 (1.5 - 1.8)	0.2	0.011	0.13	0.5	<0.001	0.25
Kwaliteit van zorg rapportcijfer	0-10	+	8.1 (8.0 - 8.2)	0.0	0.905	0.01	-0.2	0.121	0.15
Kwaliteit van zorg i.v.m. 1 jaar geleden	1-5	-	2.9 (2.9 - 3.0)	0.0	0.260	0.09	0.0	0.597	0.05

CI = Confidence interval (betrouwbaarheidsinterval); EQ-5D-3L=EuroQoL-5D-3L; EQ-VAS=EuroQoL-5D visual analogue scale; ES = Effect size: ≥ 0.2 is klinisch relevante verandering; GFI = Groningen Frailty Indicator; GWJ SF Score=Groningen Well-being Indicator Satisfaction Score; INTERMED-E-SA = INTERMED for the Elderly Self-Assessment; IPA = Impact op Participatie en Autonomie vragenlijst; p = statistisch significante verandering; $p < 0.05$; PAIEC = Patient Assessment of Integrated Elderly Care; SSL = Sociale Steun Lijst verkorte versie; WHO-5 = WHO-Five Well-being Index.

^a + hogere score betekent verbetering; - hogere score betekent verslechtering.

^b Meting bij de start en na 12 maanden.

Groen en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante toename of verbetering.

Rood en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante afname of verslechtering.

Tabel B6. Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 maanden gemeten met de GeriatrICS (n=87)

	Prevalentie				Ernst			
	Start (%)	Verandering na 12 maanden (%)	p	ES	Start (gemiddelde)	Verandering na 12 maanden	p	ES
Mentale Functies								
b144 Geheugen	31.0	12.6	0.054	0.48	0.99	0.48	0.030	0.33
b152 Stemming	59.8	3.4	0.710	0.11	1.90	0.78	0.023	0.35
Fysieke Gezondheid								
b210 Visuele functies	56.3	-13.8	0.045	0.47	1.94	-0.18	0.610	0.08
b230 Hoorfuncties	43.7	1.1	1.000	0.04	1.56	0.16	0.440	0.12
b410 Hartfuncties	41.4	-2.3	0.868	0.06	1.41	0.00	0.923	0.01
b420 Bloeddruk	31.0	-9.2	0.152	0.38	0.63	-0.06	0.621	0.08
b525 Defecatie	40.2	-10.3	0.108	0.42	1.61	-0.69	0.026	0.34
b620 Functies gerelateerd aan urinelozing	43.7	-2.3	0.855	0.07	1.51	-0.31	0.255	0.17
b810 Beschermende functies van huid	31.0	-11.5	0.064	0.49	0.77	-0.15	0.559	0.09
Mobiliteit								
b240 Gewaarwordingen als duizeligheid en valneiging	52.9	-2.3	0.871	0.06	1.99	-0.21	0.623	0.09
b455 Inspanningstolerantie	46.0	2.3	0.860	0.07	1.66	0.10	0.644	0.07
b710 Mobiliteit van gewrichten	66.7	-9.2	0.170	0.35	2.75	-0.45	0.097	0.25
b730 Spiersterkte	51.7	-9.2	0.216	0.28	1.75	-0.38	0.280	0.16
d410 Veranderen van basale lichaamshouding	47.1	-9.2	0.186	0.32	1.60	-0.30	0.269	0.17
d450 Lopen	44.8	11.5	0.100	0.38	2.00	0.00	0.993	0.00
d470 Gebruiken van vervoermiddel	13.8	1.1	1.000	0.07	0.40	0.07	0.778	0.04
Persoonlijke Verzorging								
d510 Zich wassen	23.0	6.9	0.361	0.22	0.77	0.32	0.147	0.22
d520 Verzorgen van lichaamsdelen	10.3	9.2	0.115	0.47	0.24	0.40	0.015	0.37
d540 Zich kleden	16.1	5.7	0.383	0.27	0.55	0.18	0.379	0.13
Voeding								
b530 Handhaving lichaamsgewicht	20.7	0.0	1.000	0.00	0.60	0.02	0.799	0.04
d550 Eten	25.3	6.9	0.263	0.34	0.79	0.20	0.137	0.23
d560 Drinken	20.7	-4.6	0.541	0.19	0.46	-0.13	0.349	0.14
Ondersteuning								
d760 Familierelaties	24.1	2.3	0.815	0.12	0.63	0.15	0.485	0.11
e310 Naaste familie	27.6	4.6	0.556	0.17	0.82	0.25	0.223	0.19
e320 Vrienden	23.0	-2.3	0.839	0.09	0.54	0.03	0.541	0.09
e325 Kennissen, leeftijd- en seksegenoten, collega's, burens en stad- of dorpsgenoten	28.7	-8.0	0.230	0.32	0.75	-0.15	0.201	0.19
e570 Voorzieningen, systemen en beleid m.b.t. sociale zekerheid ¹	21.2	-14.1	0.004	1.08	0.55	-0.32	0.009	0.41
e575 Voorzieningen, systemen en beleid m.b.t. welzijn ¹	28.2	-9.4	0.152	0.38	0.59	0.06	0.983	0.00
e580 Voorzieningen, systemen en beleid m.b.t. gezondheidszorg ¹	10.6	2.4	0.815	0.12	0.15	0.27	0.079	0.27

ES = Effect size; p = statistisch significante verandering; p < 0.05.

¹ n=85

Blauw = Prevalentie bij de start $\geq 50\%$ / ernstscore bij de start ≥ 2.0

Groen = Klinisch relevante afname in prevalentie / klinisch relevante afname in ernstscore

Groen en vetgedrukt = Significante en klinisch relevante afname in prevalentie / significante en klinisch relevante afname in ernstscore

Rood = Klinisch relevante toename in prevalentie / klinisch relevante toename in ernstscore

Rood en vetgedrukt = Significante en klinisch relevante toename in prevalentie / significante en klinisch relevante toename in ernstscore

Tabel B7. Verandering in prevalentie en ernstscore van gezondheidgerelateerde problemen na 12 maanden gemeten met de GeriatricS voor ouderen met een probleem bij de start

	Prevalentie		Ernst			ES
	Start (n)	Verandering na 12 maanden (%)	Start (gemiddelde)	Verandering na 12 maanden	p	
Mentale Functies						
b144 Geheugen	27	-29.6	3.2	-0.2	0.566	0.16
b152 Stemming	52	-25.0	3.2	0.2	0.646	0.09
Fysieke Gezondheid						
b210 Visuele functies	49	-42.9	3.4	-0.8	0.073	0.37
b230 Hoorfuncties	38	-31.6	3.6	-0.5	0.221	0.28
b410 Hartfuncties	36	-52.8	3.4	-1.6	0.002	0.79
b420 Bloeddruk	27	-59.3	2.0	-1.1	0.010	0.75
b525 Defecatie	35	-48.6	4.0	-2.5	<0.001	1.00
b620 Functies gerelateerd aan urinelozing	38	-42.1	3.4	-1.7	<0.001	0.92
b810 Beschermende functies van huid	27	-63.0	2.5	-1.4	0.006	0.81
Mobiliteit						
b240 Gewaarwordingen als valneiging en duizeligheid	46	-43.5	3.8	-1.3	0.014	0.53
b455 Inspanningstolerantie	40	-37.5	3.6	-0.7	0.246	0.26
b710 Mobiliteit van gewrichten	58	-29.3	4.1	-1.1	0.007	0.52
b730 Spiersterkte	45	-44.4	3.4	-1.6	0.002	0.67
d410 Veranderen van basale lichaamshouding	41	-43.9	3.4	-1.4	0.004	0.66
d450 Lopen	39	-25.6	4.5	-1.8	0.003	0.72
d470 Gebruiken van vervoermiddel	12	-66.7	2.9	-2.1	0.007	1.32

Groen = Afname in prevalentie \geq 30%

Groen en vetgedrukt = Significante en/of klinisch relevante afname in ernstscore

Tabel B8. Verandering in kosten na 12 en 24 maanden voor de totale groep en per risicoprofiel

	Start		12 maanden na de start			24 maanden na de start		
	n	Gemiddelde (95% CI)	n	Verandering	p	n	Verandering	p
Totale groep								
Totaal	788	8957 (7859 - 10113)	783	1610	<0.001	769	3313	<0.001
Zvw	788	5543 (4873 - 6264)	783	2706	<0.001	769	2889	<0.001
Zvw 'oude pakket' ^a	788	5543 (4873 - 6264)	783	411	0.236	769	-270	0.898
Wlz	788	3344 (2691 - 4092)	783	-1556	<0.001	769	-418	<0.001
Wmo	788	70 (34 - 112)	788	457	<0.001	788	816	<0.001
Wmo 'oude pakket' ^b	788	70 (34 - 112)	788	22	0.375	788	22	0.375
Complexe zorgbehoeften								
Totaal	206	18280 (15113 - 21851)	205	761	0.033	203	2204	0.001
Zvw	206	10452 (8409 - 12808)	205	3893	<0.001	203	2676	<0.001
Zvw 'oude pakket' ^a	206	10452 (8409 - 12808)	205	-1380	0.169	203	-3402	0.003
Wlz	206	7694 (5658 - 9692)	205	-4097	<0.001	203	-1960	<0.001
Wmo	206	134 (37 - 248)	206	967	<0.001	206	1502	<0.001
Wmo 'oude pakket' ^b	206	134 (37 - 248)	206	116	0.263	206	78	0.245
Kwetsbaar								
Totaal	178	8832 (6892 - 10964)	176	2379	0.026	170	4627	<0.001
Zvw	178	4218 (3595 - 4940)	176	3674	<0.001	170	4529	<0.001
Zvw 'oude pakket' ^a	178	4218 (3595 - 4940)	176	1122	0.140	170	1101	0.064
Wlz	178	4544 (2987 - 6366)	176	-2109	<0.001	170	-1013	0.006
Wmo	178	70 (13 - 147)	178	804	0.030	178	1068	<0.001
Wmo 'oude pakket' ^b	178	70 (13 - 147)	178	-43	0.221	178	-19	0.363
Robuust								
Totaal	404	4258 (3649 - 4920)	402	1703	0.029	396	3290	<0.001
Zvw	404	3624 (3137 - 4179)	402	1672	0.004	396	2306	0.001
Zvw 'oude pakket' ^a	404	3624 (3137 - 4179)	402	1010	0.087	396	744	0.252
Wlz	404	596 (300 - 969)	402	-13	<0.001	396	631	0.333
Wmo	404	38 (7 - 88)	404	44	0.007	404	354	<0.001
Wmo 'oude pakket' ^b	404	38 (7 - 88)	404	-18	0.887	404	11	0.247

Wlz = Wet langdurige zorg; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw = Zorgverzekeringswet.

^a Zvw 'oude pakket' = Zvw excl. Zvw-segment 'Wijkverpleging'.

^b Wmo 'oude pakket' = Wmo-categorieën 'Rolstoel', 'Vervoer' en 'Woonvoorzieningen'.

Groen en vetgedrukt = Significante afname in kosten

Rood en vetgedrukt = Significante toename in kosten

Tabel B9. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor de totale groep

	Start		12 maanden na de start			24 maanden na de start		
	n	Gemiddelde (95% CI)	n	Verandering ^a	p	n	Verandering ^a	p
Zvw								
Farmacie	788	846 (766 - 934)	783	95	<0.001	796	90	<0.001
GGZ	788	151 (30 - 333)	783	-8	0.710	769	-120	0.009
Huisarts	788	391 (372 - 411)	783	28	0.001	769	52	<0.001
Hulpmiddelen	788	394 (342 - 450)	783	49	0.001	769	48	0.138
Mondzorg	788	81 (56 - 107)	783	-31	0.025	769	-26	0.016
MSZ	788	3608 (3055 - 4255)	783	270	0.741	769	-302	0.262
Paramedische zorg	788	72 (49 - 97)	783	8	0.257	769	-13	0.494
Wijkverpleging		nvt	783	2294	nvt	769	3158	nvt
Wmo								
Rolstoel	788	18 (4 - 37)	788	9	0.520	788	28	0.120
Vervoer	788	33 (9 - 69)	788	-17	0.726	788	-17	0.322
Woonvoorzieningen	788	19 (5 - 35)	788	20	0.165	788	11	0.170
Begeleiding		nvt	788	214	nvt	788	144	nvt
Beschermd wonen		nvt	788	164	nvt	788	178	nvt
Huishoudelijke hulp		nb	788	68	nb	788	472	nb

MSZ = Medisch specialistische zorg; nb = niet beschikbaar; nvt = niet van toepassing, dit betreft segmenten en categorieën die in 2014 nog geen onderdeel waren van Zvw of Wmo; Wlz = Wet langdurige zorg; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw = Zorgverzekeringswet.

^aVoor segmenten en categorieën die op baseline niet van toepassing waren worden de kosten op 12 en 24 maanden weergegeven, en niet de verandering.

Groen en vetgedrukt = Significante afname in kosten

Rood en vetgedrukt = Significante toename in kosten

Tabel B10. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Complexe zorgbehoeften

	Start		12 maanden na de start			24 maanden na de start		
	n	Gemiddelde (95% CI)	n	Verandering*	p	n	Verandering*	p
Zvw								
Farmacie	206	1495 (1262 - 1757)	205	57	0.271	203	-7	0.427
GGZ	206	528 (69 - 1310)	205	-19	0.820	203	-468	0.007
Huisarts	206	519 (473 - 566)	205	13	0.726	203	29	0.495
Hulpmiddelen	206	683 (541 - 817)	205	48	0.156	203	55	0.328
Mondzorg	206	52 (29 - 80)	205	-13	0.674	203	-7	0.428
MSZ	206	7055 (5265 - 9081)	205	-1456	0.045	203	-2967	0.001
Paramedische zorg	206	121 (65 - 185)	205	-9	0.218	203	-39	0.747
Wijkverpleging		nvt	205	5273	nvt	203	6078	nvt
Wmo								
Rolstoel	206	33 (3 - 78)	206	61	0.875	206	131	0.033
Vervoer	206	55 (3 - 140)	206	-28	0.859	206	-51	0.093
Woonvoorzieningen	206	46 (7 - 95)	206	83	0.124	206	-1	0.495
Begeleiding		nvt	206	387	nvt	206	181	nvt
Beschermd wonen		nvt	206	357	nvt	206	538	nvt
Huishoudelijke hulp		nb	206	106	nb	206	704	nb

MSZ = Medisch specialistische zorg; nb = niet beschikbaar; nvt = niet van toepassing, dit betreft segmenten en categorieën die in 2014 nog geen onderdeel waren van Zvw of Wmo; Wlz = Wet langdurige zorg; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw = Zorgverzekeringswet.

^a Voor segmenten en categorieën die op baseline niet van toepassing waren worden de kosten op 12 en 24 maanden weergegeven, en niet de verandering.

Groen en vetgedrukt = Significante afname in kosten

Rood en vetgedrukt = Significante toename in kosten

Tabel B11. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Kwetsbaar

	Start		12 maanden na de start			24 maanden na de start		
	n	Gemiddelde (95% CI)	n	Verandering	p	n	Verandering	p
Zvw								
Farmacie	178	845 (707 - 982)	176	122	<0.001	170	112	<0.001
GGZ	178	0 (0 - 0)	176	1	0.317	170	64	0.317
Huisarts	178	409 (363 - 457)	176	42	0.002	170	44	0.003
Hulpmiddelen	178	402 (291 - 524)	176	155	0.040	170	126	0.991
Mondzorg	178	125 (56 - 200)	176	-94	0.033	170	-94	0.021
MSZ	178	2356 (1850 - 2967)	176	1008	0.427	170	981	0.496
Paramedische zorg	178	81 (31 - 144)	176	-2	0.604	170	-22	0.695
Wijkverpleging		nvt	176	2553	nvt	170	3428	nvt
Wmo								
Rolstoel	178	36 (1 - 101)	178	-32	0.068	178	-32	0.345
Vervoer	178	8 (0 - 25)	178	-4	0.345	178	32	0.500
Woonvoorzieningen	178	25 (1 - 68)	178	-16	0.499	178	-19	0.612
Begeleiding		nvt	178	462	nvt	178	311	nvt
Beschermd wonen		nvt	178	312	nvt	178	164	nvt
Huishoudelijke hulp		nb	178	73	nb	178	611	nb

MSZ = Medisch specialistische zorg; nb = niet beschikbaar; nvt = niet van toepassing, dit betreft segmenten en categorieën die in 2014 nog geen onderdeel waren van Zvw of Wmo; Wlz = Wet langdurige zorg; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw = Zorgverzekeringswet.

^a Voor segmenten en categorieën die op baseline niet van toepassing waren worden de kosten op 12 en 24 maanden weergegeven, en niet de verandering.

Groen en vetgedrukt = Significante afname in kosten

Rood en vetgedrukt = Significante toename in kosten

Tabel B12. Verandering in kosten, naar Zvw-segment en Wmo-categorie, na 12 en 24 maanden voor het risicoprofiel Robuust

	Start		12 maanden na de start			24 maanden na de start		
	n	Gemiddelde (95% CI)	n	Verandering*	p	n	Verandering*	p
Zvw								
Farmacie	404	515 (453 - 583)	402	104	<0.001	396	134	<0.001
GGZ	404	26 (5 - 55)	402	-7	0.889	306	-23	0.078
Huisarts	404	318 (300 - 337)	402	30	0.007	396	68	<0.001
Hulpmiddelen	404	244 (184 - 315)	402	111	0.011	396	119	0.154
Mondzorg	404	76 (45 - 117)	402	-11	0.161	396	-5	0.209
MSZ	404	2402 (1948 - 2913)	402	822	0.119	396	506	0.514
Paramedische zorg	404	44 (19 - 74)	402	20	0.157	396	5	0.263
Wijkverpleging		nvt	402	662	nvt	396	1562	nvt
Wmo								
Rolstoel	404	3 (0 - 8)	404	0	1.000	404	2	0.500
Vervoer	404	34 (4 - 82)	404	-22	0.528	404	-21	0.678
Woonvoorzieningen	404	2 (0 - 6)	404	4	0.068	404	30	0.018
Begeleiding		nvt	404	16	nvt	404	51	nvt
Beschermd wonen		nvt	404	0	nvt	404	0	nvt
Huishoudelijke hulp		nb	404	46	nb	404	293	nb

MSZ = Medisch specialistische zorg; nb = niet beschikbaar; nvt = niet van toepassing, dit betreft segmenten en categorieën die in 2014 nog geen onderdeel waren van Zvw of Wmo; Wlz = Wet langdurige zorg; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw = Zorgverzekeringswet.

^a Voor segmenten en categorieën die op baseline niet van toepassing waren worden de kosten op 12 en 24 maanden weergegeven, en niet de verandering.

Groen en vetgedrukt = Significante afname in kosten

Rood en vetgedrukt = Significante toename in kosten

Tabel B13. Gemiddelde kosten en veranderingen voor SamenOud en de benchmark

	Gemiddelde kosten bij de start		Gemiddelde kosten na 12 maanden		Gemiddelde kosten na 24 maanden		Verandering in kosten na 12 maanden t.o.v. de start		Verandering in kosten na 24 maanden t.o.v. 12 maanden	
	SamenOud €	Benchmark €	SamenOud €	Benchmark €	SamenOud €	Benchmark €	SamenOud %	Benchmark %	SamenOud %	Benchmark %
Zvw										
Zvw	5543	5541	8249	7565	8432	7878	49	37	2	4
Zvw 'oude pakket' ^a	5543	5541	5954	5191	5273	5470	7	-6	-11	5
Farmacie	846	824	941	852	936	847	11	3	-1	-1
GGZ	151	89	143	97	31	84	-5	9	-78	-13
Huisartsen	391	403	419	428	443	454	7	6	6	6
Hulpmiddelen	394	471	443	466	442	469	12	-1	0	1
Mondzorg	81	49	50	49	55	44	-38	0	10	-10
MSZ	3608	3641	3878	3237	3306	3502	7	-11	-15	8
Paramedisch	72	63	80	62	59	71	11	-2	-26	15
Wijkverpleging	nvt	nvt	2294	2306	3158	2407	nvt	nvt	38	4
Wmo										
Wmo	70	59	527	408	886	744	653	592	68	82
Wmo 'oude pakket' ^b	70	59	82	71	92	85	17	20	12	20
Rolstoel	18	17	27	24	46	48	50	41	70	100
Vervoer	33	14	16	20	16	10	-52	43	0	-50
Woonvoorziening	19	28	39	26	30	27	105	-7	-23	2
Begeleiding	nvt	nvt	214	134	144	137	nvt	nvt	-33	4
Beschermd wonen	nvt	nvt	164	139	178	138	nvt	nvt	9	-1
Wlz										
Wlz	3344	9800	1788	7112	2926	7750	-47	-27	64	9

MSZ = Medisch specialistische zorg; nvt = niet van toepassing, dit betreft segmenten en categorieën die in 2014 nog geen onderdeel waren van Zvw of Wmo; Wlz = Wet langdurige zorg; Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw = Zorgverzekeringswet.

^a Zvw 'oude pakket' = Zvw excl. Zvw-segment 'Wijkverpleging'.

^b Wmo 'oude pakket' = Wmo-categorieën 'Rolstoel', 'Vervoer' en 'Woonvoorzieningen'.

Groen en vetgedrukt: daling van 25% of meer in kosten t.o.v. het voorgaande jaar

Rood en vetgedrukt: stijging van 25% of meer in kosten t.o.v. het voorgaande jaar

BIJLAGE 5 | Figuren

Figuur B1. Veranderingen in de gezondheidstoestand na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de EQ-5D-3L (0-1), waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand

Figuur B2. Veranderingen in de gezondheidstoestand na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de EQ-VAS (0-100), waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand

Figuur B3. Veranderingen in activiteiten van het dagelijks functioneren na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de Katz-15 (0-15), waarbij een hogere score duidt op een afname van het functioneren

Figuur B4. Veranderingen in welbevinden na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de WHO-5 (0-100), waarbij een hogere score duidt op een beter welbevinden

Figuur B5. Veranderingen in ervaren kwaliteit van leven na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-10), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven

Figuur B6. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie binnenshuis na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie binnenshuis

Figuur B7. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie buitenshuis na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie buitenshuis

Figuur B8. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie m.b.t. sociale relaties na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie m.b.t. sociale relaties

Figuur B9. Veranderingen in ervaren kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-10), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van zorg

Figuur B10. Veranderingen in de kwaliteit van zorg in vergelijking met een jaar geleden na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een algemene vraag gebaseerd op een vraag uit de RAND-36 (1-5), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van zorg

Figuur B11. Verandering in prevalentie na 12 maanden van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start

Figuur B12. Verandering in ernstscore na 12 maanden van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start

Figuur B13. Verandering in prevalentie na 12 maanden van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start

Figuur B14. Verandering in ernstscore na 12 maanden van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start

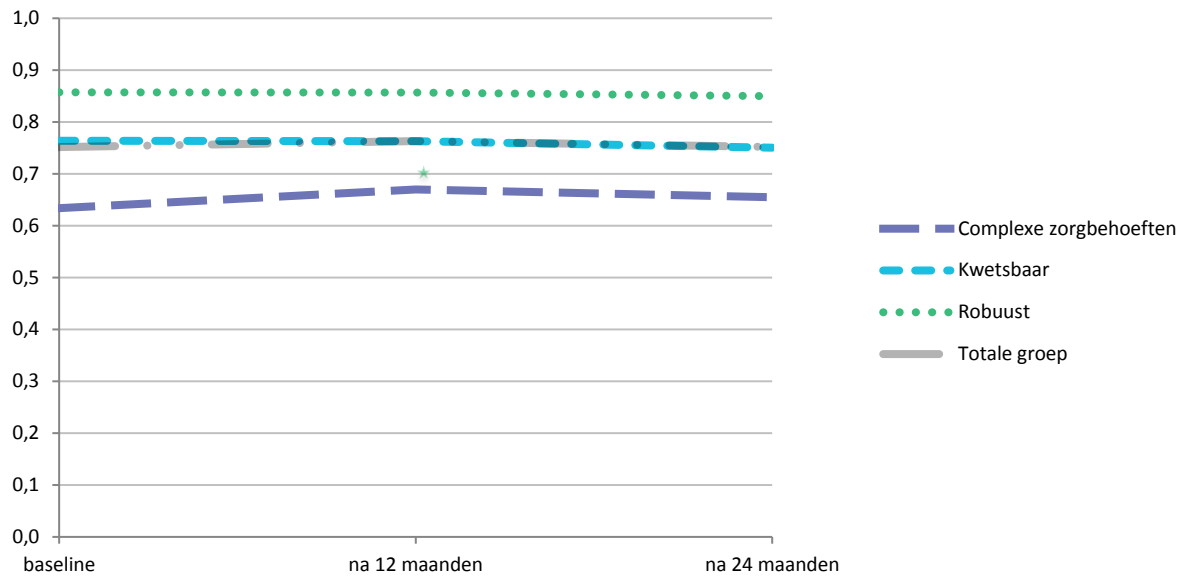
Figuur B15. Verandering in gemiddelde kosten per oudere behorende tot de Zvw ('oude pakket') na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

Figuur B16. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Zvw (na stelselwijziging) per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

Figuur B17. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Wlz (na stelselwijziging) per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

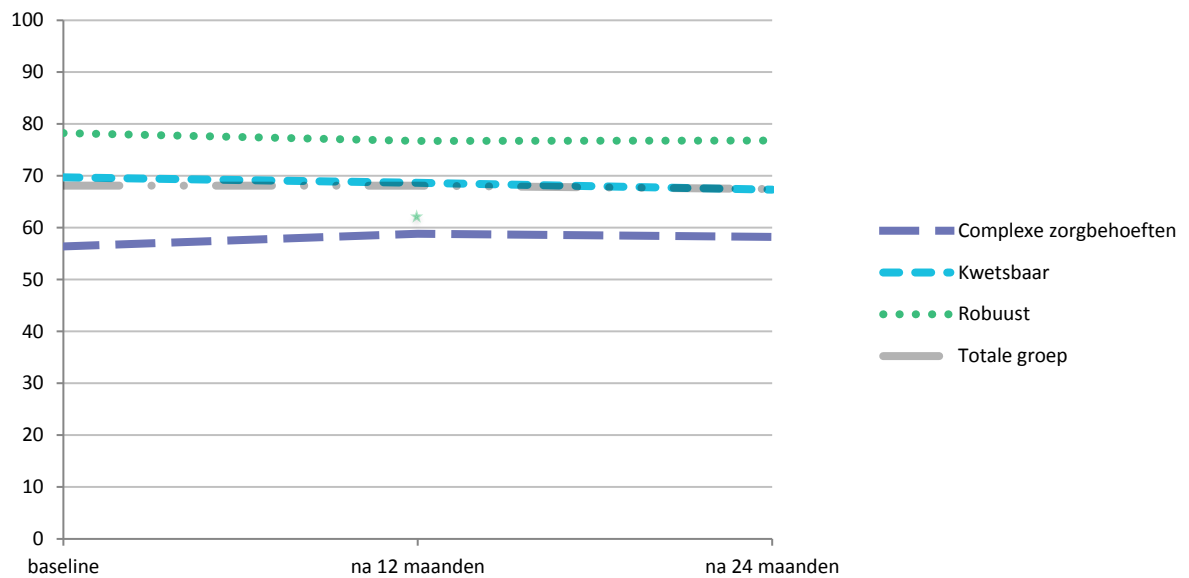
Figuur B18. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Wmo ('oude pakket') per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

Figuur B19. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Wmo (na stelselwijziging) per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start



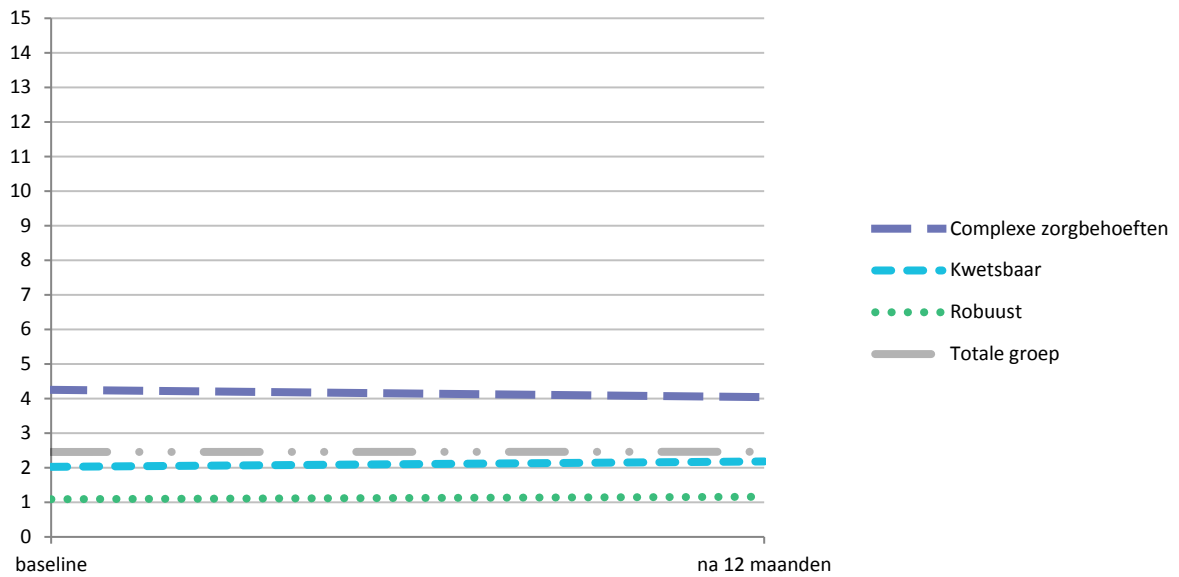
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B1. Veranderingen in de gezondheidstoestand na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de EQ-5D-3L (0-1), waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand



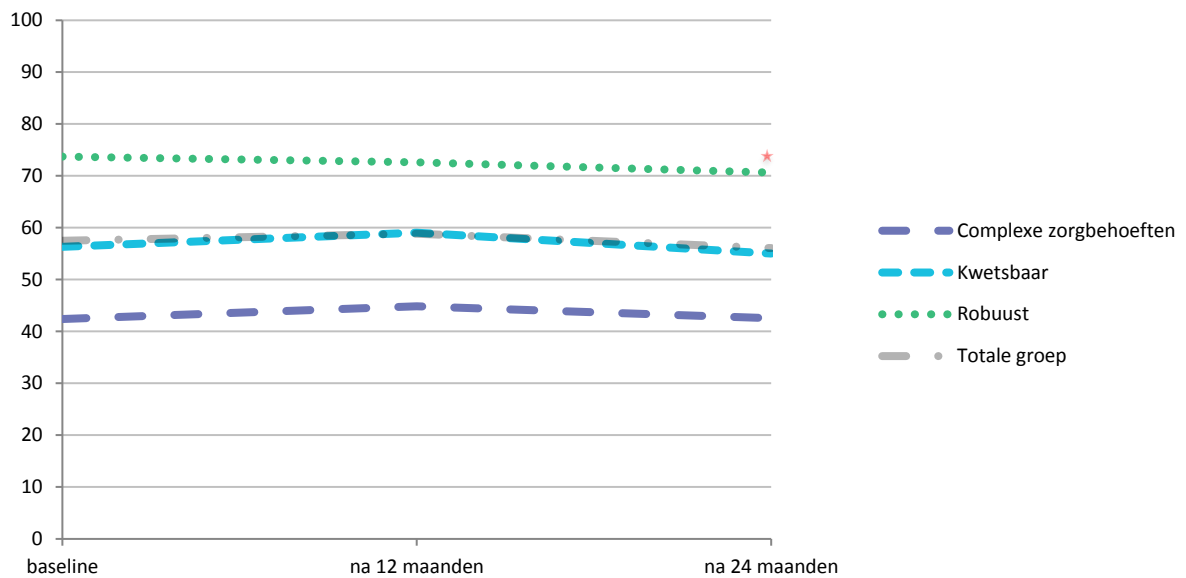
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B2. Veranderingen in de gezondheidstoestand na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de EQ-VAS (0-100), waarbij een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand



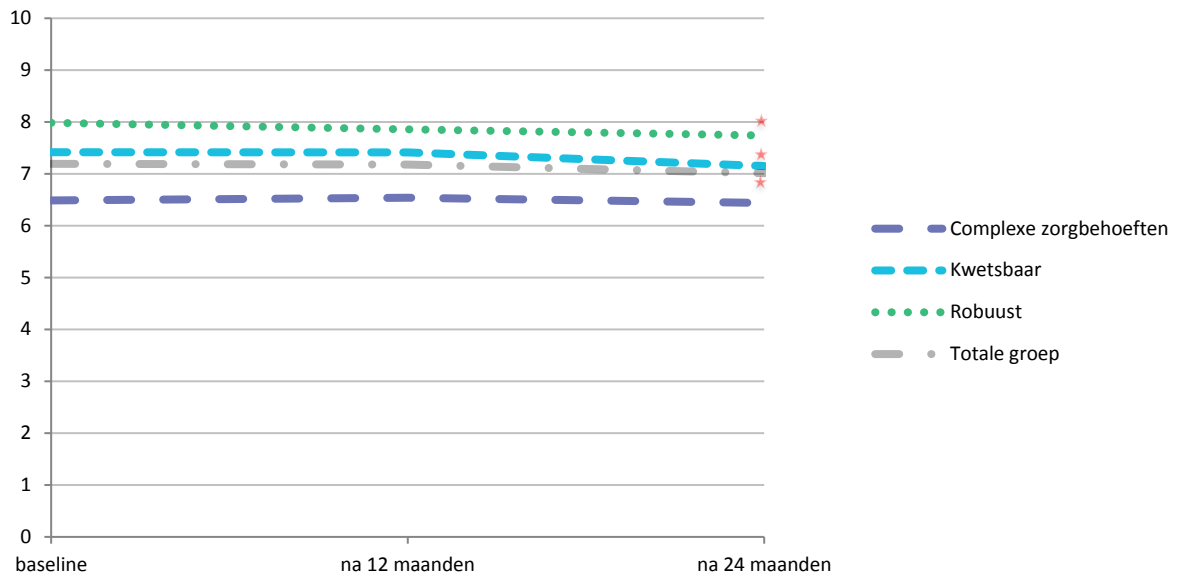
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B3. Veranderingen in activiteiten van het dagelijks functioneren na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de Katz-15 (0-15), waarbij een hogere score duidt op een afname van het functioneren



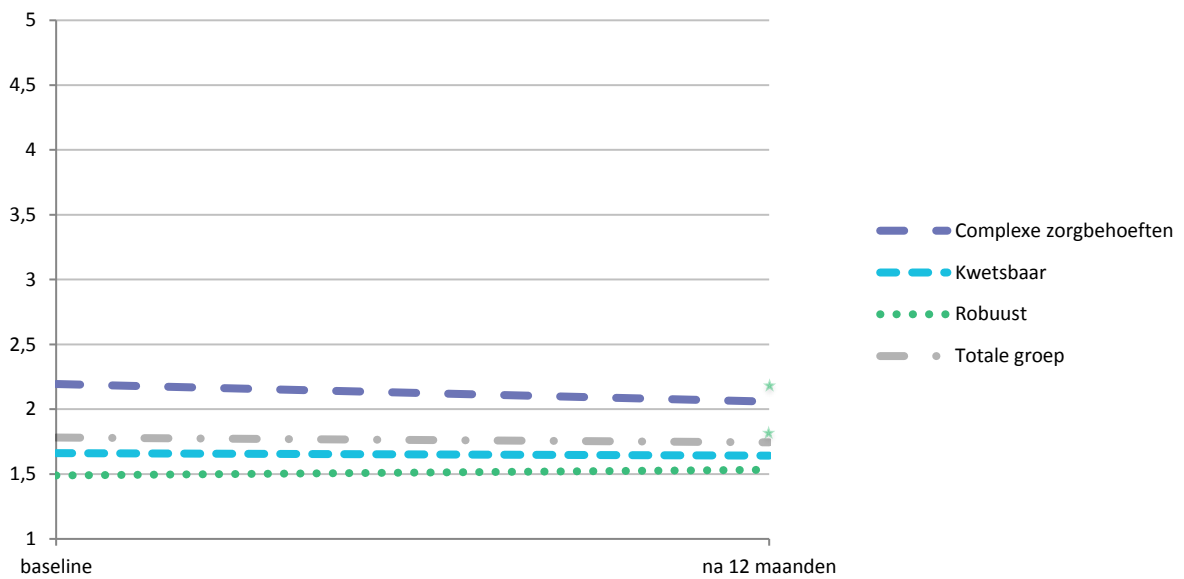
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B4. Veranderingen in welbevinden na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de WHO-5 (0-100), waarbij een hogere score duidt op een beter welbevinden



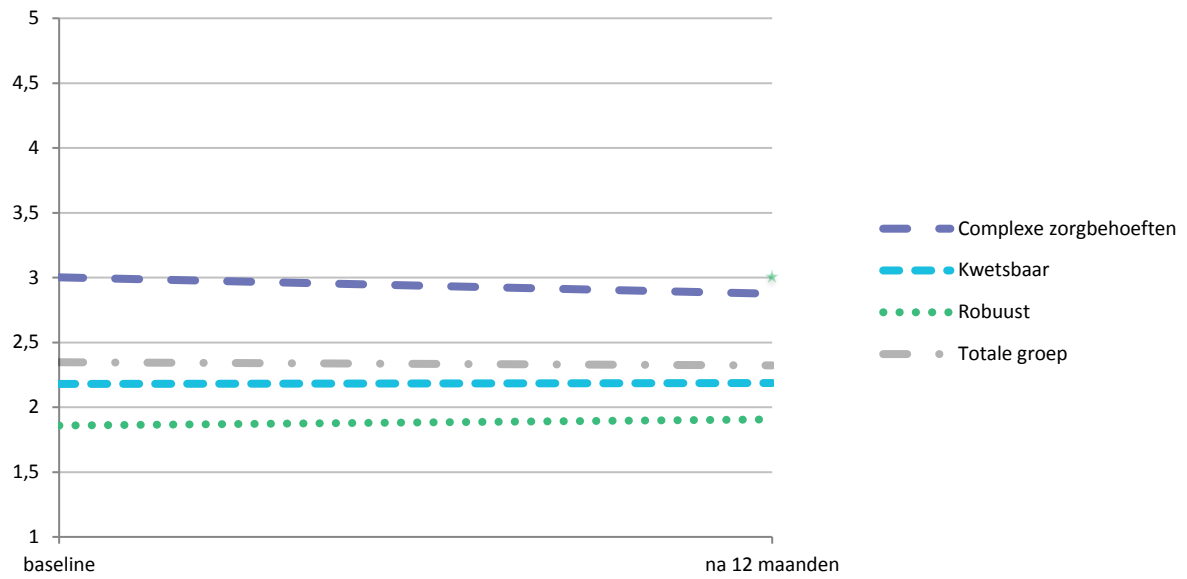
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B5. Veranderingen in ervaren kwaliteit van leven na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-10), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van leven



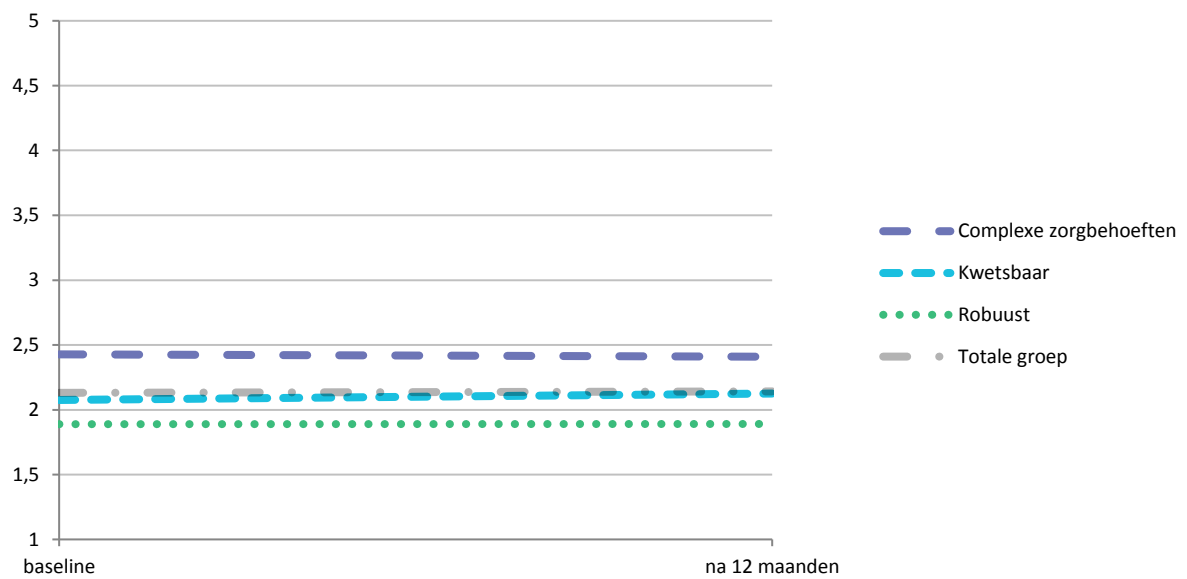
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B6. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie binnenshuis na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie binnenshuis



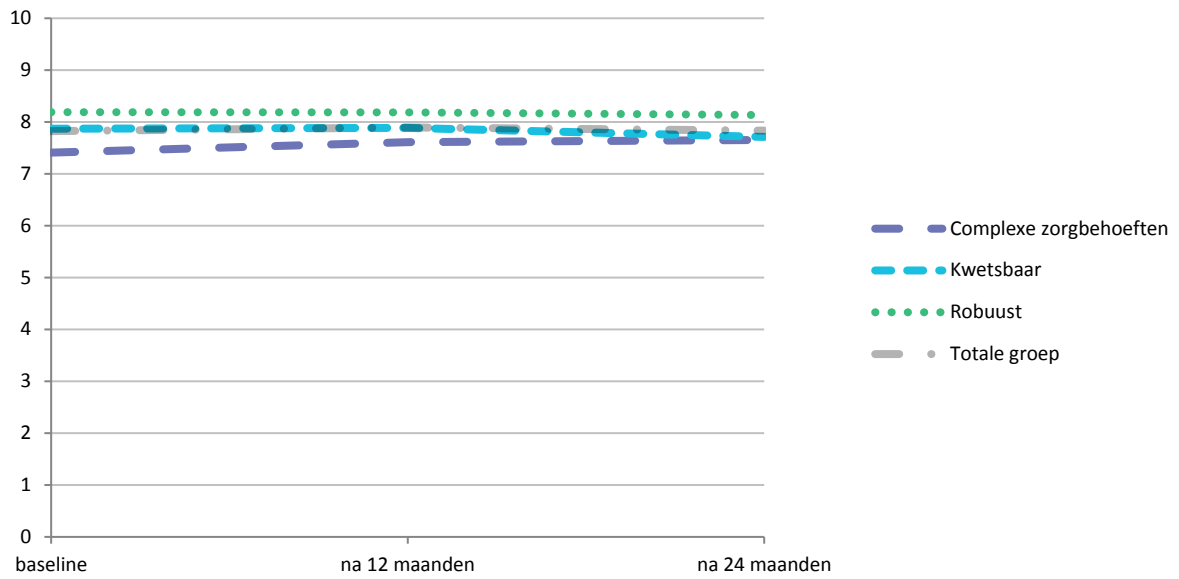
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B7. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie buitenshuis na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie buitenshuis



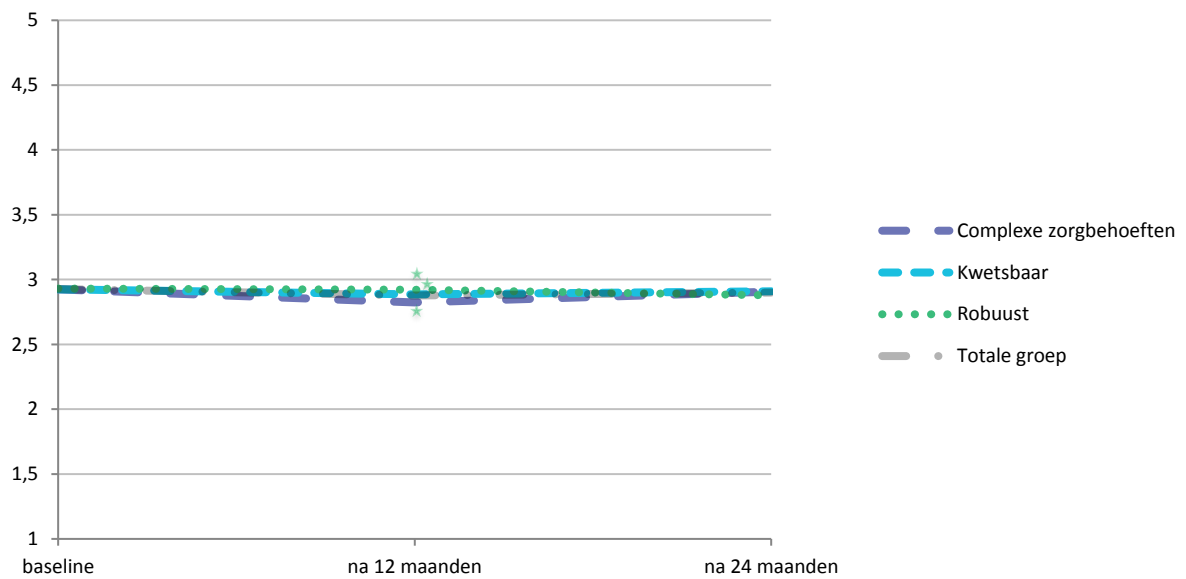
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B8. Veranderingen in belemmeringen in participatie en autonomie m.b.t. sociale relaties na 12 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met de IPA (1-5), waarbij een hogere score duidt op meer belemmeringen in participatie en autonomie m.b.t. sociale relaties



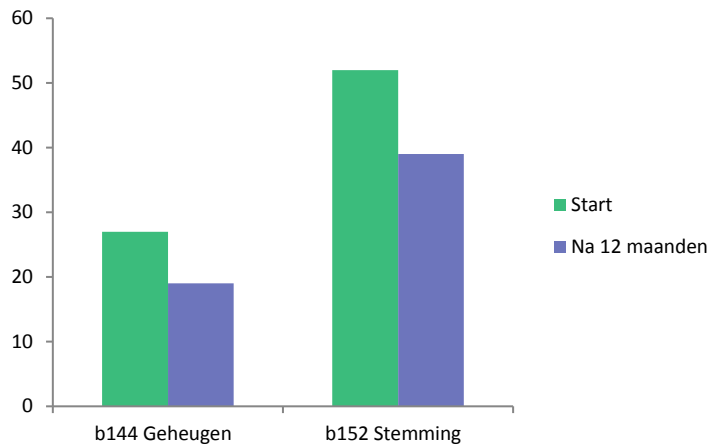
★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B9. Veranderingen in ervaren kwaliteit van zorg na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een rapportcijfer (0-10), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van zorg

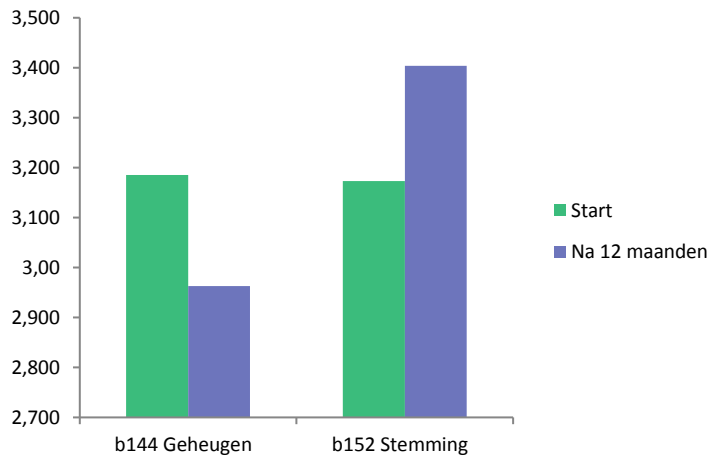


★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

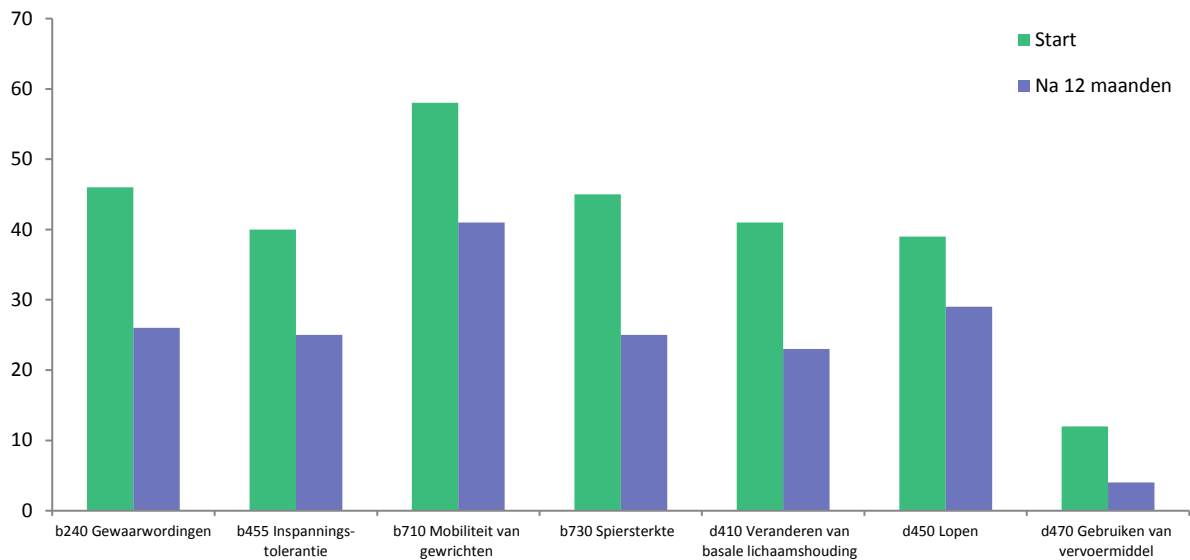
Figuur B10. Veranderingen in de kwaliteit van zorg in vergelijking met een jaar geleden na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start zoals gemeten met een algemene vraag gebaseerd op een vraag uit de RAND-36 (1-5), waarbij een hogere score duidt op een betere kwaliteit van zorg



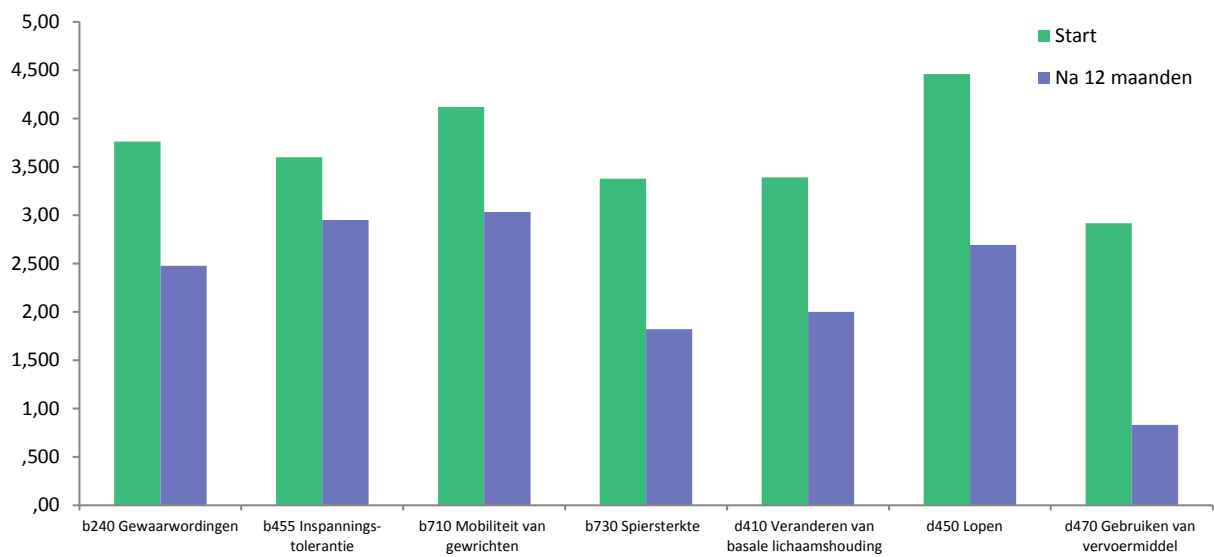
Figuur B11. Verandering in prevalentie na 12 maanden van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start



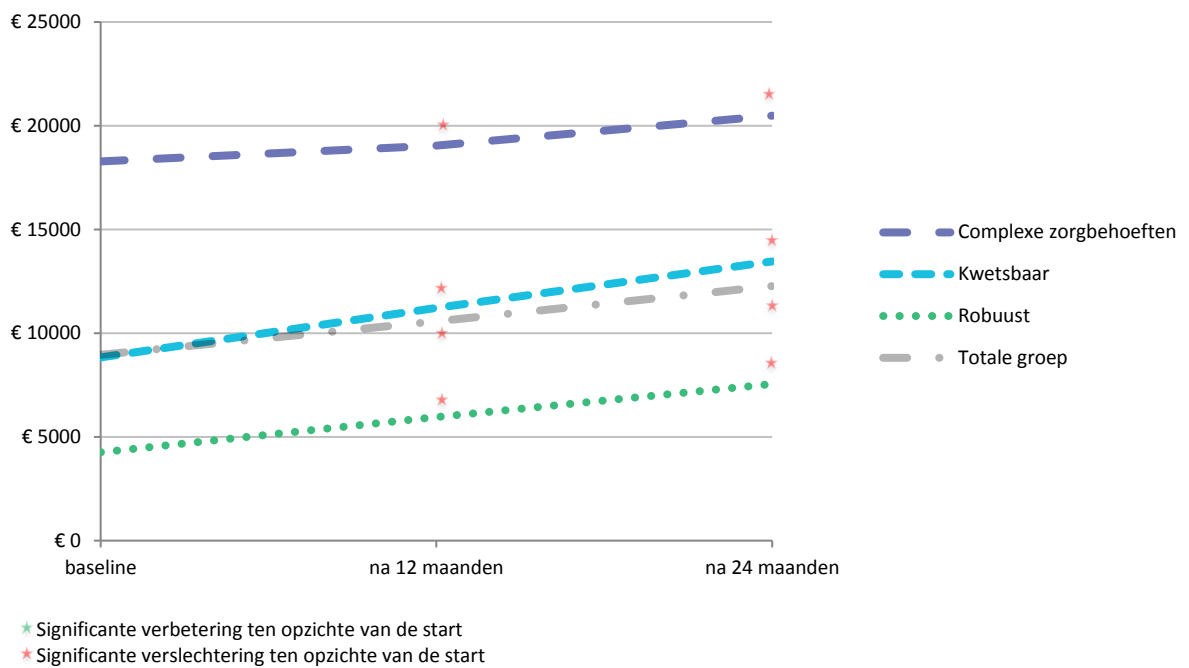
Figuur B12. Verandering in ernstscore na 12 maanden van items in het cluster Mentale Functies (GeriatrICS) van ouderen met een probleem bij de start



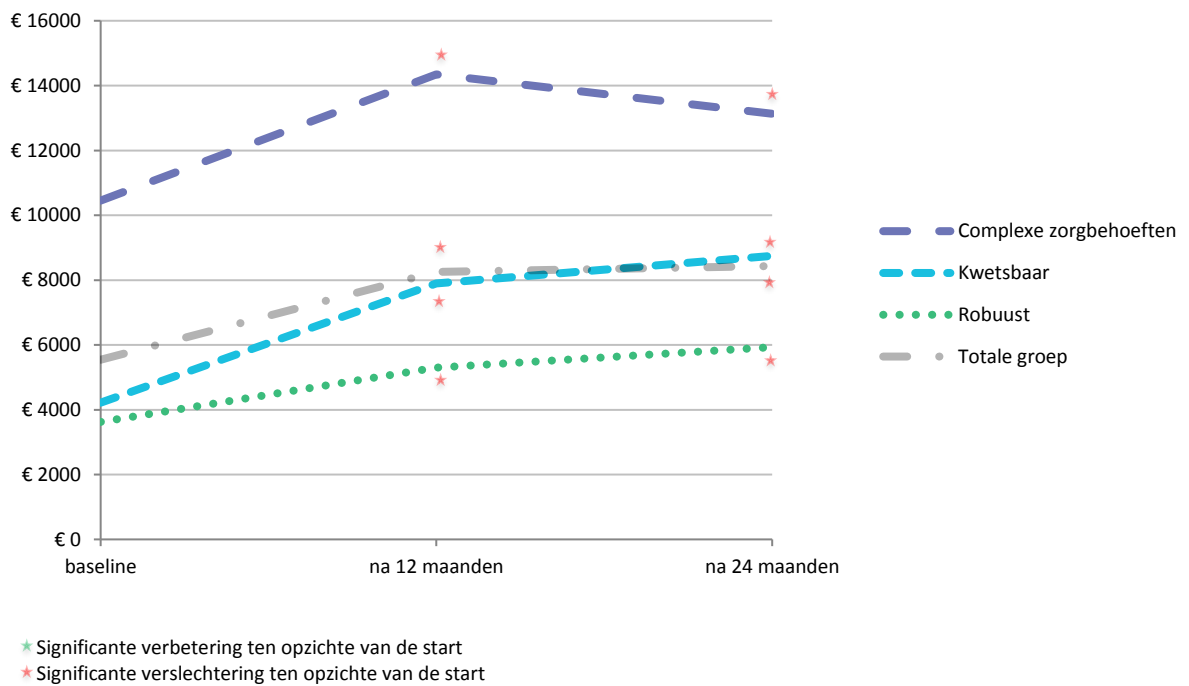
Figuur B13. Verandering in prevalentie na 12 maanden van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start



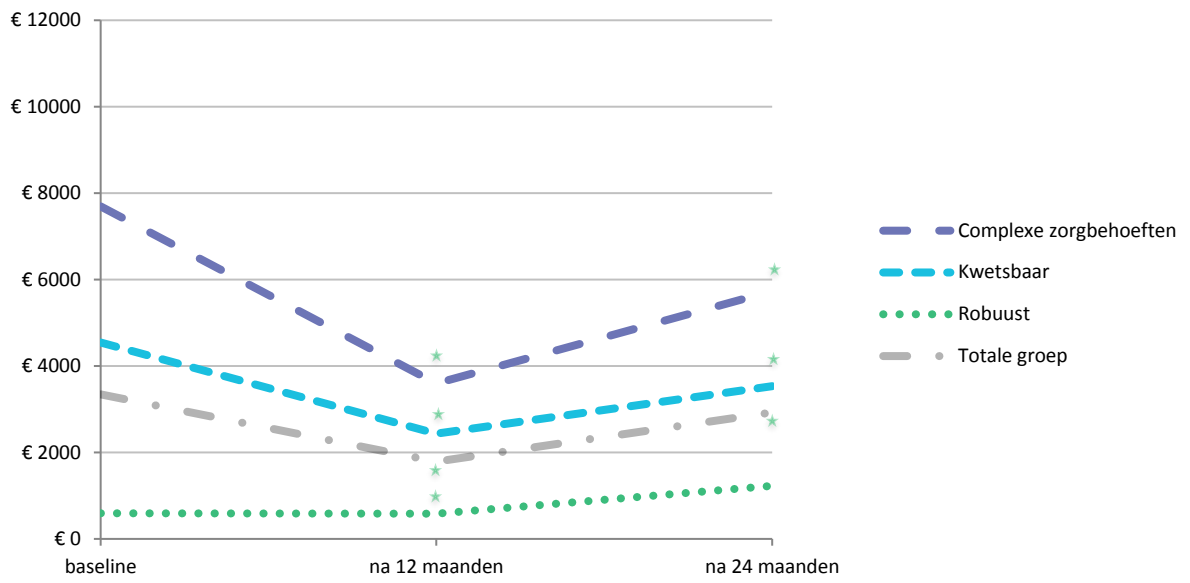
Figuur B14. Verandering in ernstscore na 12 maanden van items in het cluster Mobiliteit van ouderen met een probleem bij de start



Figuur B15. Verandering in gemiddelde totale kosten per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

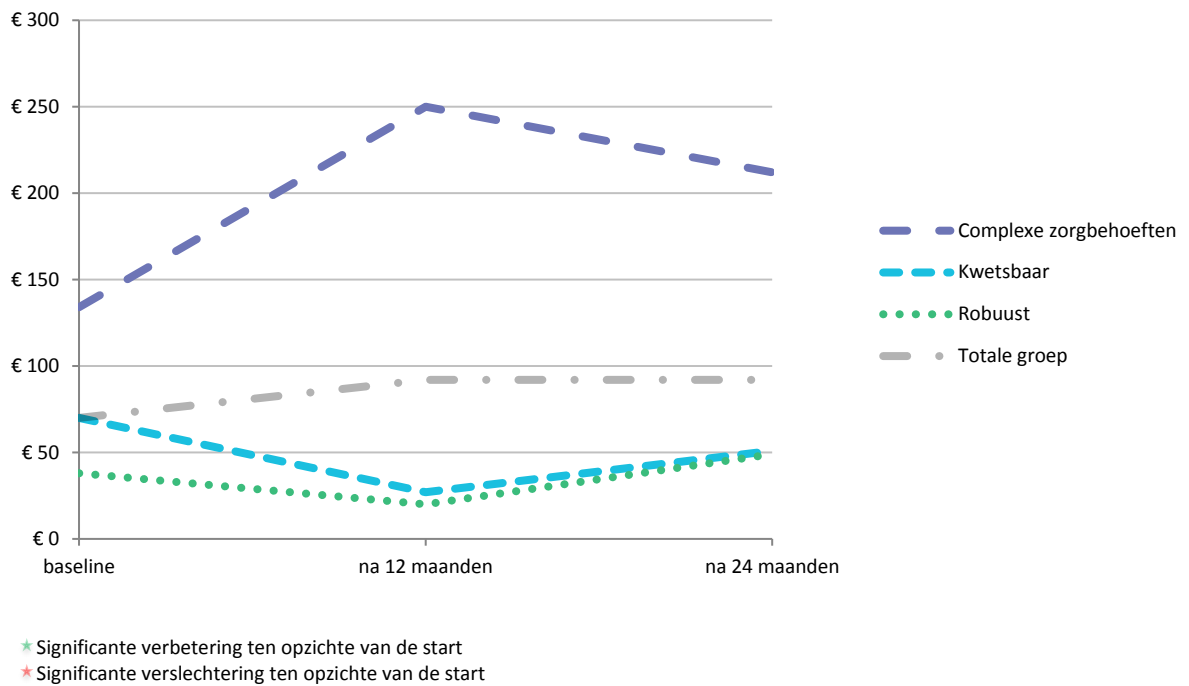


Figuur B16. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Zvw (na stelselwijziging) per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

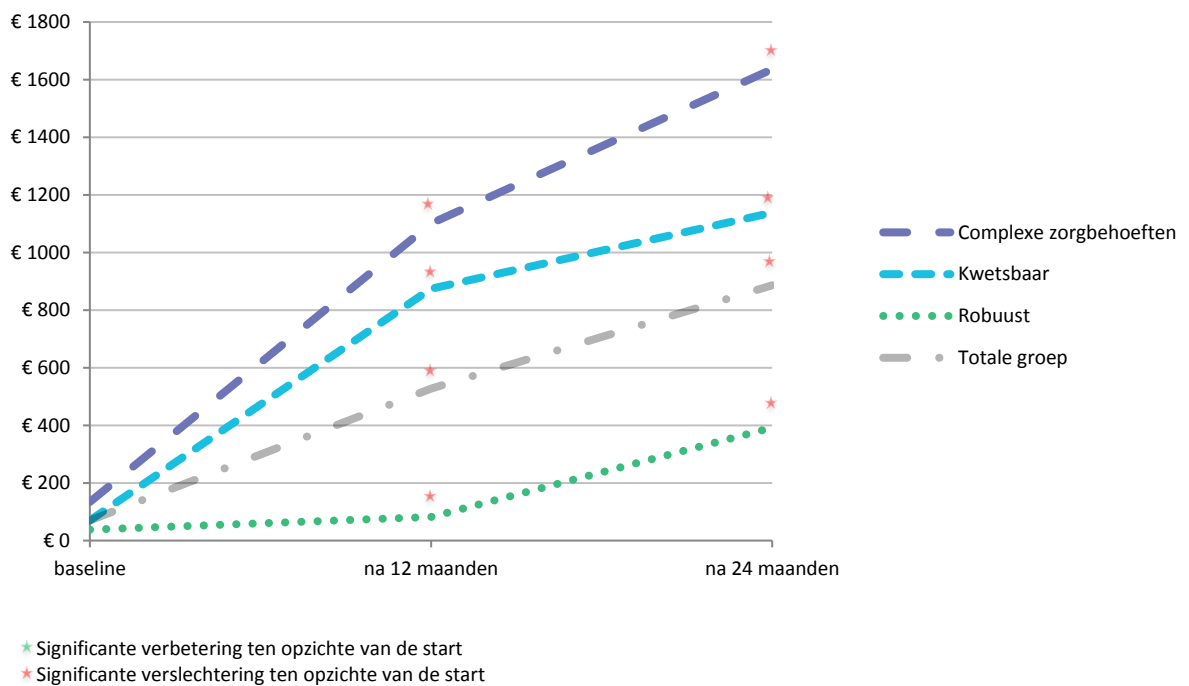


★ Significante verbetering ten opzichte van de start
 ★ Significante verslechtering ten opzichte van de start

Figuur B17. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Wlz (na stelselwijziging) per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start



Figuur B18. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Wmo ('oude pakket') per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start



Figuur B19. Verandering in gemiddelde kosten behorende tot de Wmo (na stelselwijziging) per oudere na 12 en 24 maanden ten opzichte van de start

