

Effecten van een integrale wijkaanpak genaamd 'Even Buurten' op de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn van ouderen

Hanna M. van Dijk · Jane M. Cramm · Erwin Birnie · Anna P. Nieboer

Samenvatting

Een integrale wijkaanpak (IWA) wordt steeds vaker aangeprezen als methode om zelfstandig wonende ouderen te ondersteunen, maar het is onbekend of deze aanpak effectief is. In dit artikel zijn de effecten van een IWA (Even Buurten) op de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van ouderen (≥ 70 jaar) onderzocht. Er is gebruik gemaakt van een gematcht quasi-experimenteel onderzoeksdesign waarin interventie-ouderen ($n = 186$) werden vergeleken met controle-ouderen ($n = 186$) die de 'gebruikelijke' zorg en ondersteuning ontvingen (een nulmeting en een meting na zes en twaalf maanden). De primaire uitkomsten waren (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven (HRQoL; EQ-5D-3L, SF-20) en welzijn (SPF-IL). De effecten werden geanalyseerd middels generalized lineair mixed modeling met herhaalde metingen, waarbij zowel een *intention to treat* als *as treated* analyse werd gedaan. Uit de nulmeting bleek dat de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep gemiddeld significant ouder was, vaker alleenstaand, lager opgeleid, een lager inkomen had, een grotere kans had op ≥ 1 ziekten en een lager welzijn, lichamelijk functioneren, rolvulling en psychische gezondheid had. Na één jaar was geen substantieel verschil te zien in welzijn of HRQoL tussen de interventie- en controlegroep. Het gebrek aan effecten benadrukt de complexe aard van initiatieven voor integrale zorg en ondersteuning.

Trefwoorden integrale wijkaanpak · zelfstandig wonende ouderen · effectiviteitsanalyse

Een aangepaste versie van dit paper is verschenen in *BMC Research Notes*, <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2254-5>.

An adapted version of this paper was published in *BMC Research Notes*, <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2254-5>.

Digitaal aanvullende content De online versie van dit artikel (<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0251-y>) bevat aanvullend materiaal, toegankelijk voor daartoe geautoriseerde gebruikers.

H. M. van Dijk (✉) · J. M. Cramm · E. Birnie · A. P. Nieboer
Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Universiteit Rotterdam, Burgemeester Oudlaan 50, 3000 DR Rotterdam, Nederland
e-mail: hanna.vandijk@eshpm.eur.nl

<https://doi.org/10.1007/s12439-018-0251-y>

Published online: 18 May 2018

Effects of an integrated neighborhood approach on older people's (health-related) quality of life and well-being

Abstract

Integrated neighborhood approaches (INAs) are increasingly advocated to support community-dwelling older people; their effectiveness however remains unknown. We evaluated INA effects on older people's (health-related) quality of life (HRQoL) and well-being in Rotterdam. We used a matched quasi-experimental design comparing INA with "usual" care and support. Community-dwelling people (aged ≥ 70) and control subjects ($n = 186$ each) were followed over a one-year period (measurements at baseline, 6 and 12 months). Primary outcomes were HRQoL (EQ-5D-3L, SF-20) and well-being

(SPF-IL). The effect of INA was analysed with generalized linear mixed modeling of repeated measurements, using both an "intention to treat" and "as treated" approach. The results indicated that pre-intervention participants were significantly older, more often single, less educated, had lower incomes and more likely to have ≥ 1 disease than control subjects; they had lower well-being, physical functioning, role functioning, and mental health. No substantial difference in well-being or HRQoL was observed between the intervention and control group after 1 year. The lack of effects of INA highlights the complexity of integrated care and support initiatives.

Keywords integrated neighborhood approach · community-dwelling older people · effectiveness analysis

Inleiding

De inzet van een integrale wijkaanpak (IWA) wordt steeds meer aanbevolen als middel om een ondersteunend klimaat te bieden aan het groeiende aantal zelfstandig wonende ouderen met een (complexe) hulpvraag [1, 2]. Binnen een IWA werken gemeente(n), zorg- en welzijnsorganisaties en mantelzorgers samen om de beschikbare zorg in de wijk te coördineren zodat beter kan worden ingespeeld op de specifieke behoeften van de cliënten [2]. Hoewel algemeen wordt erkend dat een IWA uitkomst kan bieden in de ondersteuning van een groeiende groep zorgafhankelijke ouderen, ontbreekt tot op heden inzicht in de effectiviteit van een IWA.

In 2011 werd een IWA voor zelfstandig wonende ouderen, genaamd 'Even Buurten', geïnitieerd door de gemeente Rotterdam, lokale zorg- en welzijnsorganisaties, Erasmus School of Health Policy & Management, Hogeschool Rotterdam en Geriatrisch Netwerk Rotterdam. Het hoofddoel was om een ondersteunend klimaat te creëren waarin ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen. Het project moest de barrières slechten die door zorg- en welzijnsvoorzieningen in Nederland zijn opgeworpen. Deze voorzieningen worden vaak als reactief gezien; zonder een proactieve en preventieve aanpak om de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven van ouderen te beschermen, en als gefragmenteerd; zonder een gecoördineerde inzet van het zorg- en welzijnsaanbod. In Nederland fungeren huisartsen als poortwachters van de *gezondheidszorg* en zij verwijzen (oudere) patiënten naar de eerstelijns-, tweedelijns-, of derdelijnszorg indien nodig [3]. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor *sociale voorzieningen*, zoals thuishulp en ondersteuning van mantelzorgers. Ouderen kunnen een beroep doen op deze voorzieningen en aan de hand van hun behoeften en capaciteiten wordt bepaald of ze ervoor in aanmerking komen [4]. Alleen wanneer zorg en ondersteuning om *objectieve* redenen niet door de ouderen zelf of door hun infor-

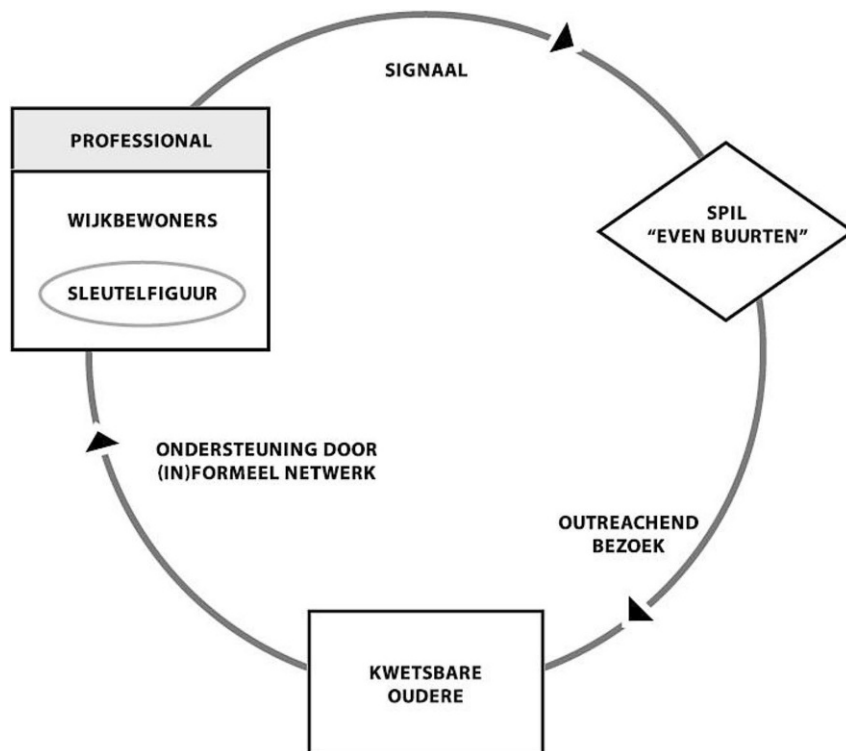
mele netwerk kan worden geregeld, zoals onvoldoende economische middelen en/of geen mantelzorg, hebben de gemeenten de bindende verantwoordelijkheid een maatwerkvoorziening te bieden.

De integratie van het zorgaanbod en de samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties en informele hulpverleners is momenteel onvoldoende om het zelfstandig wonende ouderen mogelijk te maken oud te worden in eigen buurt [5]. Met een combinatie van eerder effectief bevonden componenten probeert Even Buurten integrale zorg en ondersteuning te bieden. Afgezien van integratie van het zorg- en welzijnsaanbod, zijn dit een vraaggestuurde en persoonsgerichte benadering, de inzet van multidisciplinaire teams in wijken en preventieve huisbezoeken [1, 6–8]. In Even Buurten wordt ook gebruik gemaakt van de inzet van informele zorgverleners en wijkbewoners en de versterking van zelfmanagementvaardigheden [8]. Door daarbij de netwerken van formele en informele zorgverleners in de wijk te versterken wordt gezamenlijke verantwoordelijkheid gedragen voor de zorg en ondersteuning die nodig is om deze ouderen in staat te stellen oud te worden in eigen buurt.

In dit onderzoek is geëvalueerd wat de effecten waren van het Even Buurten project op de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van ouderen. De centrale onderzoeksvraag luidt: in welke mate draagt IWA bij aan het leveren van vraaggerichte integrale zorg aan kwetsbare ouderen waarmee de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van ouderen wordt verbeterd. Voor zover we weten is dit de eerste studie naar de effecten van een IWA; de bevindingen geven een goede indicatie of dit soort projecten aan de verwachtingen kunnen voldoen, dat wil zeggen, kunnen bijdragen aan een betere (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en groter welzijn van zelfstandig wonende ouderen.

Methode

Het onderzoek was opgezet als een gematcht quasi-experimenteel design waarbinnen de uitkomsten van de ouderen die deelnamen aan Even Buurten werden vergeleken met de uitkomsten van de ouderen die de 'gebruikelijke' zorg en ondersteuning kregen. Er werd een nulmeting gedaan (T0; pre-interventie) en een meting na zes (T1) en twaalf maanden (T2). De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: a) leeftijd 70 jaar of ouder; b) zelfstandig wonend (niet in een zorginstelling) in één van de vier bij het project betrokken wijken in Rotterdam (Lage Land/Prinsenland, Lombardijen, Oude Westen, en Vreewijk); c) kwetsbaarheid; en d) toestemming verleend voor deelname aan het onderzoek. Kwetsbaarheid werd beoordeeld met behulp van de Tilburg Frailty Indicator (TFI); een multidimensionaal instrument gericht op lichamelijke, psychologische en sociale domeinen van kwetsbaarheid [9].



Figuur 1 Werkwijze Even Buurten

Deelnemers aan de interventiegroep werden geworven door de 'spillen' van Even Buurten die hiervoor andere professionals en wijkbewoners vroegen signalen van kwetsbaarheid onder ouderen aan hen door te spelen. Een spil bezocht vervolgens een mogelijk kwetsbare oudere in de eigen woning en nam de TFI af tijdens het eerste of tweede huisbezoek. De deelnemers aan de interventiegroep werden 1:1 gekoppeld aan controlepersonen op basis van TFI-score (≥ 5) en geslacht. De controlepersonen werden geworven door vragenlijstonderzoek onder een steekproef van zelfstandig wonende ouderen in wijken met vergelijkbare sociaal-economische kenmerken als de Even Buurten wijken. Bij de vragenlijsten was de TFI inbegrepen. Hierdoor konden ouderen worden gezocht die qua TFI-score en geslacht een match vormden met een interventie-ouder. Vervolgens werd het benodigde aantal controlepersonen willekeurig per telefoon uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Het project en de evaluatiestudie zijn onderdeel van het Nationaal Programma Ouderenzorg dat in 2008 van start ging, gefinancierd door ZonMw (project nr. 314030201). De medisch-ethische toetsingscommissie van Erasmus MC in Rotterdam gaf toestemming voor het project in juni 2011 (MEC-2011-197).

Interventie

Het Even Buurten project ging in april 2011 van start in twee Rotterdamse wijken en werd een jaar later uitgebreid met twee andere wijken. Binnen het project wer-

den professionals en wijkbewoners verzocht een oogje in het zeil te houden en tekenen van kwetsbaarheid bij ouderen te melden aan de betreffende spillen (fig. 1).

Deze wijkwerkers, binnen Even Buurten 'spillen' genoemd, waren afkomstig uit de zorg- en welzijnssector en werden tijdelijk gedetacheerd bij een Even Buurten team, waar meestal minstens één sociaal werker en één wijkverpleegkundige deel van uitmaakten. De spillen bezochten alle ouderen thuis en brachten via gefaseerde interviews hun behoeften en capaciteiten in kaart met betrekking tot factoren zoals huisvesting, mobiliteit en sociale activiteiten. In overleg met de oudere stelde de betreffende spil vervolgens een individueel ondersteuningsplan op met passende oplossingen voor de geconstateerde problemen en behoeften.

Als eerste stap beoordeelde de spil de capaciteiten en zelfmanagementvaardigheden van de oudere. Doel hierbij was ouderen meer eigen verantwoordelijkheid te geven voor gezondheids- en welzijnsaspecten, bijvoorbeeld bij het aanvragen van een rollator en de (financiële) administratie. Als iemand daarin toch tekort schoot, dan probeerde de spil eerst informele interventies uit, zoals het zoeken naar een buurtbewoner die bereid was boodschappen te halen, of door een activiteit op te zetten met behulp van buurtgenoten. Zodoende vervulden alle wijkwerkers een verbindende rol op het persoonlijke niveau (ouderen steunen en monitoren), professionele niveau (streven naar een multidisciplinaire aanpak van de ondersteuning), en wijkniveau (een goed functionerend netwerk opzetten en informele hulpverleners erbij betrekken). Er waren niet veel

richtlijnen voor het vervullen van deze rol en de bijkomende taken; de wijkwerkers kregen de professionele autonomie om hun eigen werkmethoden op te zetten. In een andere publicatie kan het onderzoeksprotocol en een uitvoerige beschrijving van Even Buurten worden nagelezen [5].

Instrumenten en dataverzameling

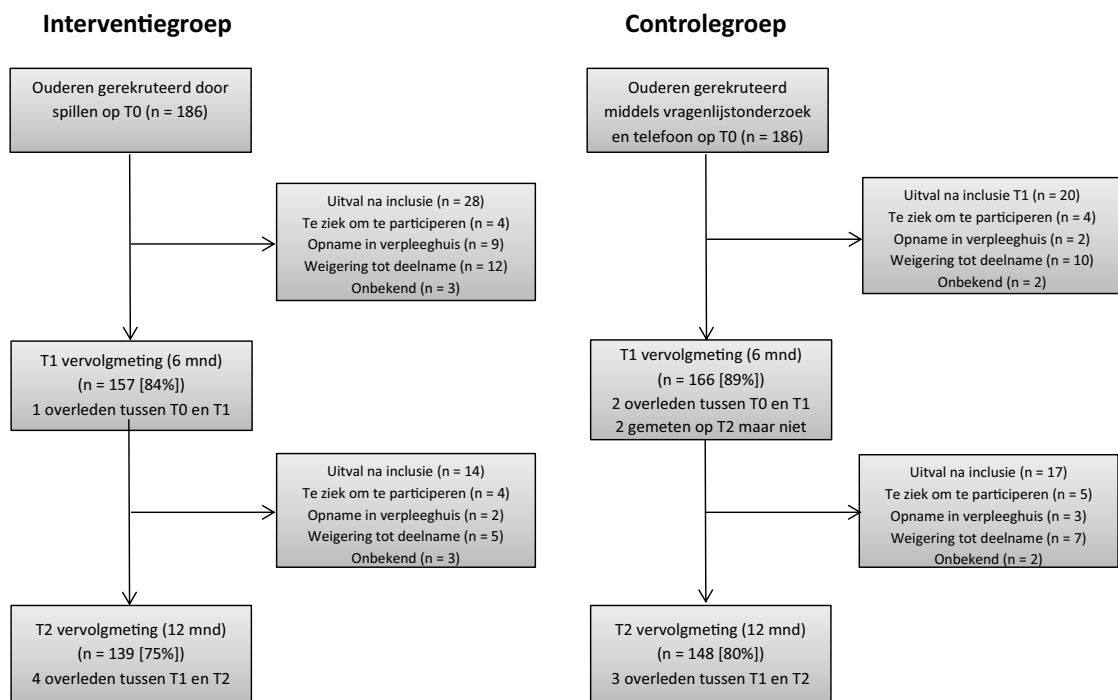
De volgende primaire uitkomsten werden gemeten: (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn. De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd beoordeeld aan de hand van het EuroQol instrument (EQ-5D-3L). Dit instrument meet de gezondheidstoestand in 5 dimensies (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/andere klachten, angst/depressie) [10]. Elke dimensie bestaat uit één item waarbij drie niveaus worden onderscheiden. Totaalscores of utiliteiten werden berekend waarbij 1 staat voor optimale gezondheid, 0 voor dood of een gezondheidstoestand die als equivalent van dood wordt beschouwd, en waarbij negatieve waarden gezondheidstoestanden aangeven die beschouwd worden als erger dan dood [11]. We gebruikten vijf subschalen van de gevalideerde Nederlandstalige versie van de Short Form-20 (SF-20) om de volgende dimensies van de generieke (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven te meten: lichamelijk functioneren, rolvervulling, sociaal functioneren, psychische gezondheid en ervaren gezondheid [12, 13]. Om een vergelijking tussen groepen mogelijk te maken werden alle schalen getransformeerd naar een schaal van 0 tot 100, waarbij

een hogere score beter functioneren aanduidt. Met de Social Production Function Instrument for the Level of well-being (SPF-IL) [14] werd tot slot beoordeeld in hoeverre de respondenten in staat zijn behoeften te vervullen voor subjectief welzijn: affectie, gedragsbevestiging, status, comfort en stimulatie. De gemiddelde scores lopen van 1 tot 4, waarbij een hogere score wijst op een beter welzijn.

Naast het vragenlijstonderzoek onder ouderen hielden de spullen een geïndividualiseerd ondersteuningsplan bij waarin zij informatie over de geboden ondersteuning opnamen. Om inzicht te krijgen in de ouderen die daadwerkelijk een interventie hebben gekregen, de 'as treated' groep, versus de groep waar die intentie er wel was maar in de praktijk geen sprake was van ondersteuning, de 'intention to treat' groep, hebben wij deze ondersteuningsplannen geanalyseerd. Hierbij stond centraal of er een interventie was geboden; niet de intensiteit van deze interventie(s). De ondersteuningsplannen van 18 ouderen lieten zien dat hen geen interventie was geboden (vaak omdat zij terughoudend waren en/of aangaven geen ondersteuning te wensen); deze ouderen werden dan ook verwijderd uit de 'as treated' analyses.

Sample size

Gezien de verwachte 27% afvallers tussen T0 en T2 (bijvoorbeeld vanwege overlijden, verhuizing, opname in verpleeghuis, of weigering deelname) [15], werd er naar gestreefd in zowel de interventiegroep als de controlegroep 186 ouderen te includeren. Dit aantal was



Figuur 2 Flow chart Even Buurten

gebaseerd op een pilotstudie onder kwetsbare ouderen in de controlewijken. Hieruit bleek dat dit aantal nodig was om een 0,16-punt (= 1/3 standaarddeviatie [SD]) verbetering in de SPF-IL score in de interventiegroep aan te tonen in vergelijking met de controlegroep op T2 (gebaseerd op een gemiddelde SPF-IL-score van 2,42 [SD = 0,47]; alfa (tweezijdig) = 0,05, bèta = 0,10). Deze aantallen waren ook voldoende om verbeteringen in andere uitkomstmaten te detecteren.

Zoals fig. 2 laat zien hebben we voldoende respondenten in het onderzoek kunnen includeren. Voor de baseline werden 372 interventie- en controlepersonen ($n = 186$ in beide groepen) gerekruteerd (fig. 2). Resultaten waren beschikbaar voor 323 (87 %) deelnemers op T1 en 287 (78 %) deelnemers op T2. Resultaten van alle drie de meetmomenten waren beschikbaar voor 285 (77 %) deelnemers.

Analyses

Baseline verschillen tussen de groepen werden geanalyseerd met behulp van ongepaarde Student's *t*-testen in het geval van continue variabelen met een (ongeveer) normale verdeling, Mann-Whitney *U*-testen voor continue variabelen met niet-normale verdeling, en chi-kwadraat testen voor categorische variabelen. Effectiviteit van de interventie werd geanalyseerd met behulp van niet-gecorrigeerde en gecorrigeerde vergelijkingen (alleen de gecorrigeerde analyses worden in dit artikel gepresenteerd). Er werd zowel een *intention to treat* als *as treated* analyse uitgevoerd. Diegenen die geen interventie hadden gekregen werden verwijderd uit de *as treated* analyse. Verschillen in uitkomsten tussen groepen werden geanalyseerd met 'general linear mixed models of repeated measurements'. Als afhankelijke variabelen dienden de scores op de EQ-5D-3L, SPF-IL en SF-20. De baseline scores van de onderzochte uitkomstvariabelen dienden als onafhankelijke variabelen; geslacht en kwetsbaarheid (TFI-score) als matchingsvariabelen; tijd en interventie-/controlegroep als hoofdeffecten; en leeftijd, opleidings- en inkomensniveau (laag of hoog), woonsituatie (alleenwonend of niet) en morbiditeit (0 of ≥ 1 ziekte(s)) als controlevariabelen. Goodness of fit werd getest met de log-likelihood en het Akaike InformatieCriterium, waarbij lagere scores wezen op een betere fit. $P < 0,05$ (tweezijdig) werd gehanteerd als aanduiding van een statistisch significant verschil. Alle statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS.

Resultaten effectevaluatie

Baseline karakteristieken

Op T0 waren in vergelijking met de controlegroep, de deelnemers in de interventiegroep (zowel *intention to treat* als *as treated* participanten) significant ouder, va-

ker alleenwonend, en lager opgeleid; ook hadden ze een lager inkomen, hadden meer kans op één of meer ziekten, en hadden lagere SPF-IL scores en lagere SF-20 scores voor lichamelijk functioneren, rolvervulling en psychische gezondheid (tab. 1). Er was geen significant verschil in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ-5D-3L score), SF-20 sociaal functioneren en huidige ervaren gezondheid gevonden.

Veranderingen in welzijn en (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven over één jaar

Uit de analyses gecorrigeerd voor tijd, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen, woonsituatie, morbiditeit, kwetsbaarheid, en baseline scores bleek geen substantieel verschil in welzijn of (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven tussen de interventiegroep en de controlegroep na één jaar (T2). Controleparticipanten (tab. 2) rapporteerden gemiddeld beter lichamelijk functioneren (SF-20 dimensiescore = 6,98; 95 % betrouwbaarheidsinterval [BI] = 2,45–11,52) en welzijn (SPF-IL score = 0,09; 95 % BI = 0,01–0,17) dan de *intention to treat* participanten. De *as treated* analyse liet echter geen significant verschil zien in welzijn (SPF-IL score = 0,07, 95 % BI = –0,01–0,15).

Resultaten procesevaluatie

Goede resultaten van een IWA worden bepaald door de mate van integratie binnen en tussen het microniveau (persoonsgerichte zorg), mesoniveau (de buurt, de professionals, en de organisaties) en macroniveau (bredere context van beleidsvorming op het gebied van zorg en ondersteuning). Uit de procesevaluatie van dit onderzoek kwam naar voren dat het verstrekken van gecoördineerde zorg en ondersteuning in het kader van een IWA een ingewikkeld en dynamisch proces is dat alleen mogelijk is als de activiteiten op alle niveaus (micro, meso en macro) op elkaar zijn afgestemd. Slechts incidenteel kwam binnen Even Buurten integratie tot stand op het niveau van professionals, dienstverlening en het persoonsgerichte niveau. Initiatieven van onderaf werden niet geflankeerd door prikkels van bovenaf, waardoor wijkwerkers waren gedwongen integratie tot stand te brengen *ondanks* in plaats van *dankzij* de context op meso- en macroniveau. Er was geen sprake van functionele en normatieve integratie, maar eerder van een (te) grote druk op professionals om de integratie te bewerkstelligen.

Incoherent beleid op macroniveau blijkt een grote barrière te zijn voor het verwezenlijken van integratie. De huidige prikkels die het systeem biedt zijn niet afgestemd op samenwerking en innovatie en doen geen recht aan de complexiteit en de aard van de problemen die zich lokaal voordoen. Voor een uitgebreide beschrijving van deze procesevaluatie (achtergrond, methode, resultaten en discussie) verwijzen we naar de

Tabel 1 Baseline Karakteristieken Ouderen

	Controlegroep <i>n</i> = 186	Intention to treat ^a <i>n</i> = 186	As treated ^a <i>n</i> = 168
Leeftijd (jaren)	79,8 (5,9)	81,6 (6,0)**	81,6 (6,0)**
Geslacht (vrouw)	137 (73,7%)	143 (67,9%)	127 (75,6%)
Woonsituatie (alleenstaand)	153 (82,3%)	167 (89,9%)*	152 (90,5%)*
Opleidingsniveau (laag)	37 (19,9%)	73 (39,2%***)	65 (38,7%***)
Inkomen (laag)	99 (53,2%)	124 (66,7%)**	113 (67,3%)**
Morbiditeit (≥ 1 ziekte(s))	182 (97,8%)	173 (93%)*	157 (93,5%)*
Kwetsbaarheid (TFI)	8,0 (2,2)	8,1 (2,3)	8,2 (2,3)
Welzijn (SPF-IL)	2,7 (0,43)	2,6 (0,56)**	2,6 (0,55)**
Gezondheidsgerelateerde Kwaliteit van Leven (EQ-5D-3L)	0,69 (0,25)	0,66 (0,26)	0,65 (0,26)
SF-20 fysiek functioneren	45,1 (30,4)	38,3 (31,6)*	38,2 (31,8)*
SF-20 rolvervulling	31,6 (42,5)	23,4 (36,4)*	23,8 (36,6)*
SF-20 sociaal functioneren	65,3 (32,2)	60,2 (37,2)	59,6 (37,1)
SF-20 psychische gezondheid	67,3 (21,8)	61,6 (24,2)*	61,3 (24,2)*
SF-20 ervaren gezondheid	45,6 (9,8)	47,1 (9,3)	47,0 (9,5)

Waarden worden gepresenteerd als gemiddelde (standaarddeviatie) of *n* (%)

TFI Tilburg Frailty Indicator, SPF-IL Social Production Function Instrument for the Level of well-being, EQ-5D-3L vijfdimensionaal, drie niveaus EuroQol, SF-20 Short Form 20

^aStatistieken vergeleken met controlegroep

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$ (tweezijdig)

elektronische bijlage alsook naar het internationaal verschenen artikel hierover [16].

Discussie

Hoewel een integrale wijkaanpak ter ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen steeds vaker wordt gepropageerd, is nog niet eerder onderzocht of een dergelijke aanpak wel effectief is. In deze studie werd daarom de effectiviteit van een IWA geanalyseerd met betrekking tot de (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en het welzijn van ouderen. Deze studie liet geen substantieel effect zien van het Even Buurten project. De controlegroep liet iets beter welzijn en lichamenlijk functioneren zien in verhouding tot de *intention to treat* groep, maar deze verschillen verdwijnen echter in de *as treated* analyse.

Bovendien zijn de verschillen klinisch niet relevant. Om klinische relevantie aan te tonen zou het verschil minimaal 0,5 SD [17] moeten zijn, of equivalent 0,28 voor welzijn en 15,08 voor lichamenlijk functioneren, terwijl in deze studie de effectgrootte respectievelijk 0,09 en 6,98 was.

Er kunnen verschillende factoren worden aangevoerd ter verklaring van het feit dat geen verandering in

(gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven en welzijn kon worden aangetoond. Het sociale en politieke klimaat waarin Even Buurten werd geïnitieerd kan hier mede debet aan zijn geweest. Gedurende de looptijd van Even Buurten werd door de gemeente Rotterdam een reeks beleidswijzigingen doorgevoerd – vooral gerelateerd aan de thuiszorg – en werd een competitieve aanbestedingsprocedure toegepast om (nieuwe) zorgaanbieders te contracteren. Uit de procesevaluatie blijkt dat de vele en vaak complexe, hervormingen zo snel na elkaar schade toebrachten aan al bestaande relaties in de wijken [16]. Ook leidde dit tot groot wantrouwen en onzekerheid bij de betrokkenen bij Even Buurten, inclusief de ouderen zelf. De professionals zagen schotten in financiering en de afwezigheid van gezamenlijke budgetten als aanzienlijke obstakels voor samenwerking. De huidige kwaliteitsindicatoren leggen een grote nadruk op verantwoording en controle, en juist niet op het creëren van een leeromgeving waarin men innovatieve werkwijzen kan uitproberen en samenwerking wordt bevorderd. In een dynamisch klimaat blijkt het vaak moeilijk om innovaties door te voeren en een leerklimaat te creëren [18]; vooral interventies met meerdere componenten zijn gevoelig voor dergelijke contextuele factoren [19]. Waarschijnlijk is

Tabel 2 Generalized Linear Mixed Modeling van uitkomsten in de controlegroep en interventiegroep

	Intention to treat analyse (gecorrigeerd) ^a				As treated analyse (gecorrigeerd) ^a							
	Gem. (SE) controle	Gem. (SE) interventie	Vershill in gemiddelde (95% BI)	<i>p</i>	-2 log likelihood	AIC	Gem. (SE) controle	Gem. (SE) interventie	Vershill in gemiddelde (95% BI)	<i>p</i>	-2 log likelihood	AIC
Welzijn (SPF-IL)	2,50 (0,60)	2,41 (0,60)	-0,09 (-0,17 to -0,01)	0,031	509,924	515,924	2,48 (0,60)	2,41 (0,60)	-0,07 (-0,15 to 0,01)	0,092	477,725	483,725
Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ-5D-3L)	0,77 (0,02)	0,75 (0,02)	-0,02 (-0,05 to 0,01)	0,121	-647,945	-641,945	0,77 (0,02)	0,74 (0,02)	-0,02 (-0,05 to 0,01)	0,142	-510,963	-504,963
Kwaliteit van leven (SF-20)												
Fysiek functioneren	44,21 (3,27)	37,22 (3,22)	-6,98 (-11,52 to -2,45)	0,003	5,473,313	5,479,313	44,00 (3,42)	37,18 (3,43)	-6,82 (-11,50 to 2,15)	0,004	5,510,560	5,516,560
Rolvervulling	36,44 (5,11)	30,63 (5,03)	-5,81 (-12,87 to 1,24)	0,106	5,962,798	5,968,798	37,75 (5,36)	33,04 (5,37)	-4,72 (-12,01 to 2,58)	0,204	5,850,705	5,856,705
Sociaal functioneren	64,16 (4,07)	64,00 (4,04)	-0,15 (-5,71 to 5,40)	0,957	5,673,431	5,679,431	61,55 (4,28)	61,60 (4,31)	0,44 (-5,68 to 5,76)	0,988	5,618,888	5,624,888
Psychische gezondheid	66,98 (2,29)	65,20 (2,26)	-1,77 (-4,96 to 1,42)	0,276	5,050,625	5,056,625	65,89 (2,39)	64,28 (2,40)	-1,61 (-4,88 to 1,66)	0,334	5,032,019	5,038,019
Ervaren gezondheid	45,99 (1,12)	46,70 (1,10)	0,71 (-0,81 to 2,24)	0,359	4,276,356	4,282,356	45,81 (1,17)	46,49 (1,18)	0,67 (-0,90 to 2,25)	0,401	4,145,909	4,151,909

SE standaardfout van het gemiddelde, BI betrouwbaarheidsinterval, AIC Akaike InformatieCriterium, SPF-IL Social Production Function Instrument for the Level of well-being, EQ-5D-3L vijfdimensionaal, drie niveaus EuroQol, SF-20 Short Form 20

^aGecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen, woonsituatie, morbiditeit, kwetsbaarheid, tijd en baseline scores uitkomstmaten

er bij de implementatie van een IWA meer tijd, continuïteit en brede betrokkenheid op alle niveaus (micro-, meso- en macroniveau) nodig om onderlinge afstemming en integratie op meerdere niveaus te bereiken en de grenzen tussen de professionele, organisatorische en beleidsdomeinen te doorbreken [4, 16, 20].

Behalve dat het dynamische klimaat niet bevorderlijk was voor de ontwikkeling en optimalisering van de interventie, bleek het voor de spullen lastig om ouderen op innovatieve wijze te ondersteunen en ontbrak het hen soms aan instrumenten die hen hierbij konden ondersteunen [17]. Paradoxaal genoeg werkte de professionele autonomie die de spullen hadden gekregen verlamdend in dit opzicht. Zo werd bijvoorbeeld van ze verwacht dat ze eerst informele hulp zouden zoeken alvorens professionele ondersteuning in te roepen; omdat er echter barrières bestonden voor het verstrekken en ontvangen van informele hulp, viel men vaak terug op conventionele methoden [17]. Gezien het feit dat een doorontwikkeling naar innovatieve normen en werkwijzen een complexe zaak is, is de onderzoeksperiode van één jaar waarschijnlijk te kort geweest om de interventie te optimaliseren en effecten te sorteren op het niveau van ouderen [21].

Eerder onderzoek laat ook zien dat de verwachte uitkomsten van integrale zorginitiatieven regelmatig niet worden behaald. Zo laten diverse recente reviews van integrale zorgprogramma's zien dat de effecten vaak niet overtuigend zijn [22–25]. Ofschoon deze reviews gericht waren op 'conventionele' componenten van integrale zorg, zoals de integratie van het zorg- en welzijnsaanbod en de inzet van multidisciplinaire teams en preventieve huisbezoeken, brachten ze toch de complexe aard van integrale zorg en ondersteuning aan het licht. De effectiviteit van integrale zorg initiatieven lijkt te worden belemmerd door verschillende barrières. Zo blijkt het moeizaam om aan de gecompliceerde en gevarieerde behoeften van kwetsbare ouderen te voldoen en anderzijds staan de initiatieven onder druk door concurrerende belangen op economisch en sociaal gebied. We lijken ons op dit moment nog te bevinden in een leerproces waarin achterhaald moet worden welke interventies geschikt zijn in verschillende contexten en voor verschillende doelgroepen [23].

Deze studie heeft verschillende beperkingen. Hoewel de ouderen in de interventiegroep en in de controlegroep zo goed mogelijk waren gematcht, hadden zij toch verschillende uitgangspunten. Leeftijd, opleidingsniveau, inkomen, woonsituatie, morbiditeit, en veel uitkomstmaten (welzijn en de scores op drie van de vijf [gezondheidsgerelateerde] kwaliteit van leven vragen) waren allen gunstiger voor de controlegroep. De correctie voor de basiskennmerken was wellicht niet stringent genoeg om eventuele nu niet waargenomen verschillen aan het licht te brengen. Ook is het twijfelachtig of de TFI wel een geschikt matchingsinstrument was. Hoewel de TFI geschikt is bevonden om

kwetsbare ouderen te identificeren en goede voorspellende validiteit heeft voor lichamelijke beperkingen en kwaliteit van leven [26], worden misschien niet alle aspecten van kwetsbaarheid gedekt en zou het dus niet als een op zichzelf staand instrument moeten worden gebruikt. Bovendien werd de TFI op verschillende manieren afgenomen; waar de controlepersonen de TFI-vragenlijst zelf invulden, namen de spullen deze lijst af bij de interventiegroep tijdens hun huisbezoek. De spullen hadden de indruk dat sommige ouderen in hun aanwezigheid de ernst van hun aandoeningen verdoezelden (bijvoorbeeld uit angst om te worden opgenomen). Uit toekomstig onderzoek zal moeten blijken of de methode van afname van de TFI tot verschil in scores leidt.

De verschillen in basiskennmerken tussen beide groepen kunnen misschien ook worden verklaard door het feit dat de deelnemers op verschillende manieren zijn geworven [27, 28]. De deelnemers aan de interventiegroep werden persoonlijk geworven door de spullen, terwijl een steekproef van controlepersonen werd geworven via de post en telefoon. Anders dan bij veel andere integrale zorginterventies op wijkniveau, waarin systematisch ouderen worden bezocht die bij de huisartsen geregistreerd staan, waren de wijkwerkers in het Even Buurten project bij het opsporen van kwetsbare ouderen afhankelijk van professionals en wijkbewoners. Deze alternatieve aanpak kan de samenstelling van de interventiegroep hebben beïnvloed. Bovendien kunnen de ouderen die ingingen op het verzoek van de spil deel te nemen aan Even Buurten, dit hebben gedaan vanuit persoonlijke of sociaal-wenselijke motieven. Door de controlegroep middels vragenlijstonderzoek te rekruteren, kan selectieve non-respons zijn opgetreden, waarbij personen die zich fysiek en cognitief in staat achten mee te doen zijn oververtegenwoordigd [29]. De lagere respons juist in de achterstandswijken van Even Buurten lijkt dit vermoeden te bevestigen.

Conclusies

Dit grondige onderzoek, waarin drie metingen werden gedaan en waarbij een controlegroep was betrokken, heeft aangetoond dat deze integrale wijkaanpak (nog) niet aan de verwachtingen voldeed. Gezien de complexe aard van het Even Buurten project is het goed mogelijk dat de onderzoeksperiode van één jaar te kort was om interventies te optimaliseren en effecten op de uitkomsten bij deze ouderen te kunnen vaststellen. Het is aannemelijk dat voor complexe projecten zoals Even Buurten een 'inbeddingsperiode' moet gelden alvorens de processen en uitkomsten uitvoerig worden geëvalueerd [30]. Onze bevindingen wijzen er ook op dat het cruciaal is dergelijke projecten verder te verbeteren en te verfijnen voordat ze op grote schaal worden geïmplementeerd. Ofschoon de huidige uitdagingen in de

zorg besluitvaardigheid vereisen, is het zaak kritisch te blijven en eerst zorgvuldig af te wegen welke interven-

ties het meest geschikt zijn voor de lokale context en de beoogde doelgroep.

Literatuur

- Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care*. 2004;4:1–15.
- Ploch T, Klazinga NS. Community-based integrated care: myth or must? *Int J Qual Health Care*. 2002;14:91–101.
- Ex C, Gorter K, Janssen U. Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. Verwey Jonker Instituut (online). Beschikbaar via: www.euro.centre.org/procare. Geraadpleegd op 12 oktober 2015.
- Goodwin N, Dixon A, Anderson G et al. Providing integrated care for older people with complex needs. The King's Fund (online). Beschikbaar via: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>. Geraadpleegd op 12 oktober 2015.
- Cramm JM, Dijk H van, Lotters F, et al. Evaluation of an integrated neighbourhood approach to improve well-being of frail elderly in a Dutch community: a study protocol. *BMC Res Notes*. 2011;4:532.
- Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18:222–35.
- Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009;17:447–58.
- Stuck MD, Brayne CE, Matthews FE. A systematic literature review of attrition between waves in longitudinal studies in the elderly shows a consistent pattern of dropout between differing studies. *J Clin Epidemiol*. 2005;58:13–9.
- Gobbens RJJ, Assen MALM van, Luijkx KG, et al. Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):356–64.
- EuroQol Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York)*. 1990;16:199–208.
- Brazier J, Ratcliffe J, Tsuchiya A, et al. *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation*. 1e druk. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Kempen GI. Assessment of health status of the elderly. Application of a Dutch version of the MOS scale. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1992;23:132–40.
- Carver DJ, Chapman CA, Thomas VS, et al. Validity and reliability of the Medical Outcomes Study Short Form-20 questionnaire as a measure of quality of life in elderly people living at home. *Age Ageing*. 1999;28:169–74.
- Nieboer A, Lindenberg S, Boomsma A, et al. Dimensions of well-being and their measurement: the Spf-II Scale. *Soc Indic Res*. 2005;73:313–53.
- Chatfield MD, Brayne CE, Matthews FE. A systematic literature review of attrition between waves in longitudinal studies in the elderly shows a consistent pattern of dropout between differing studies. *J Clin Epidemiol*. 2005;58:13–9.
- Dijk HM van, Cramm JM, Nieboer AP. How to build an integrated neighbourhood approach to support older people? Results from a Dutch case-study. *Int J Integr Care*. 2016;16(2):4.
- Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life the remarkable universality of half a standard deviation interpretation of changes in health-related quality of life the remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care*. 2003;41:582–92.
- Nieboer AP, Strating MMH. Innovative culture in long-term care settings: the influence of organizational characteristics. *Health Care Manage Rev*. 2012;37:165–74.
- Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*. 2007;334:455–9.
- Valentijn P, Schepman S, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:1–12.
- Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 2008;336:1281–3.
- Cameron A, Lart R, Bostock L, et al. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. *Res Brief*. 2012;41:1–24.
- Petch A. Tectonic plates: aligning evidence, policy and practice in health and social care integration. *Int J Integr Care*. 2012;20:77–88.
- Rummery K. Healthy partnerships, healthy citizens? An international review of partnerships in health and social care and patient/user outcomes. *Soc Sci Med*. 2009;69:1797–804.
- RAND Europe. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Beschikbaar via: <https://www.gov.uk/government/publications/national-evaluation-of-department-of-healths-integrated-care-pilots>. Geraadpleegd op 12 oktober 2015.
- Gobbens RJ, Assen MA van, Luijkx KG, et al. The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *Gerontologist*. 2012;52:619–31.

27. Wicks P. Recruiting your control group: linchpin or afterthought? *Psychologist*. 2007;20:22–5.
28. O'Connor M. The challenge of recruiting control groups. An experiment of different recruitment models in the control group of a clinical psychological postal survey. *Qual Quant*. 2011;45(4):743–50.
29. Edwards P, Roberts I, Clarke M, et al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*. 2002;324:1183–91.
30. Bardsley M, Steventon A, Smith J et al. Evaluating Integrated and Community-based Care: how do we know what works? Nuffield Trust (online). Beschikbaar via: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/evaluating-integrated-and-community-based-care-how-do-we-know-what-works>. Geraadpleegd op 12 oktober 2015.