

Effectevaluatie en economische evaluatie Voor Elkaar in Parkstad

dr. N. Janssen^{1,2}, prof. dr. mr. S.M.A.A. Evers¹; prof. dr. D. Ruwaard¹, , prof. dr. C. Spreeuwenberg³,
prof. dr. ir. M.W.J. Jansen^{1,2}

¹ Vakgroep Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht

² Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, GGD Zuid-Limburg, Postbus 2022, 6160 HA, Geleen

³ Academisch Centrum Zorginnovatie Ouderen, azM, RVE Transmurale Zorg, Postbus 5800, 6202 AZ, Maastricht

Uitvoering:

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI, School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
T: 043-3881570
www.maastrichtuniversity.nl/hsr

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg
GGD Zuid-Limburg
Postbus 2022
6160 HA, Geleen
<http://www.academischewerkplaatslimburg.nl>

Academisch Centrum Zorginnovatie Ouderen
azM, RVE Transmurale Zorg
Postbus 5800
6202 AZ, Maastricht
<http://www.aczio.nl>

Contact:

Prof. dr. ir. M.W.J. Jansen
Maria.Jansen@ggdzl.nl

Dit project wordt mede mogelijk gemaakt door het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). NPO is een programma van ZonMw, in samenwerking met de NFU en de CSO. Opdrachtgever is het ministerie van VWS.
PROJECTNUMMER: 314070201



Nationaal Programma Ouderenzorg



© Copyright Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences CAPHRI, School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, 2015.

Niets uit deze uitgave mag gekopieerd of overgenomen worden zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Methode	5
Resultaten	14
Discussie	18
Referenties	20
Inhoudsopgave appendix	21

Inleiding

Binnen de regio Parkstad vindt het transitieproject 'Voor elkaar in Parkstad' (VEiP) plaats. Regionale partijen werkzaam in de domeinen wonen-welzijn-zorg (WWZ) werken hiertoe sinds 2011 samen met gemeenten, ouderen en financiers aan het ontwikkelen van een samenhangend aanbod van wonen-, zorg- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen in het kader van een toekomstbestendige ouderenzorg. Deelnemende partijen zijn ervan overtuigd dat versterking van het maatschappelijke steunsysteem kan plaatsvinden door samenwerking tussen partijen centraal te stellen in plaats van marktwerking en door het aanbod van voorzieningen beter af te stemmen op de (lokale) behoeften van de ouderen. Uiteindelijk doel is om levensloopbestendige buurten/wijken te realiseren waarin ouderen zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen.

Vraagstellingen

Het in het kader van de transitie VEiP verbeterde zorg- en ondersteuningsaanbod wordt verondersteld positief bij te dragen aan de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen. De assumptie is dat dit zal doorwerken in veranderingen in het zorggebruik. Om deze hypothesen te kunnen onderzoeken loopt er parallel aan de transitie een effectevaluatie en economische evaluatie. Vraagstellingen betreffen:

- 1) In hoeverre ervaren ouderen, na 18 maanden follow-up en in vergelijking met de baseline meting, veranderingen ten gevolge van de transitie VEiP wat betreft:
 - * zelfmanagementvaardigheden
 - * kwaliteit van leven
 - * eenzaamheid
 - 1a) In hoeverre ervaren ouderen in een stadsbuurt, na 18 maanden follow-up en in vergelijking met de baseline meting, veranderingen ten gevolge van de transitie VEiP wat betreft:
 - * zelfmanagementvaardigheden
 - * kwaliteit van leven
 - * eenzaamheid
 - 1b) In hoeverre ervaren ouderen in een plattelandsgemeente, na 18 maanden follow-up en in vergelijking met de baseline meting, veranderingen ten gevolge van de transitie VEiP wat betreft:
 - * zelfmanagementvaardigheden
 - * kwaliteit van leven
 - * eenzaamheid
- 2) Wat zijn, vanuit een maatschappelijk perspectief, de kosten voor de maatschappij van de transitie VEiP en hoe verhouden deze zich tot de effecten?
 - 2a) Wat zijn, vanuit een maatschappelijk perspectief, de kosten voor de maatschappij van de transitie VEiP in een stadsbuurt en hoe verhouden deze zich tot de effecten?
 - 2b) Wat zijn, vanuit een maatschappelijk perspectief, de kosten voor de maatschappij van de transitie VEiP in een plattelandsgemeente en hoe verhouden deze zich tot de effecten?
- 3) Wat is het gebruik van zorg van thuiswonende ouderen op basis van registratiegegevens in vergelijking met vragenlijstgegevens?

Methode

Onderzoekssetting

In 2010 is op bestuurlijk niveau en met een beperkt aantal partijen gestart met het uitwerken van plannen voor de transitie VEiP in de regio Parkstad. In november 2012 is een convenant getekend door samenwerkingspartners die direct of indirect actief zijn in Parkstad op het gebied van de ondersteuning van ouderen op de gebieden wonen, welzijn en zorg (waaronder de 9 gemeenten in Parkstad). Hierin committeren samenwerkingspartners zich aan een aantal gezamenlijke ambities (Hesdahl, 2015):

- Integrale (voor)zorg op maat bieden op basis van integrale financiering en indicatiestelling;
- Het creëren van een stelsel gebaseerd op samenwerking, synergie en vertrouwen;
- Belonen van kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in plaats van omzetmaximalisatie;
- Het verleggen van de focus op zorg naar voorzorg; van zorgen voor naar zorgen dat;
- Versterken van de zelfzorgvermogens van burgers door te investeren in preventie, mantelzorgondersteuning, eenvoud en toegankelijkheid.

In het kader van de transitie VEiP zijn verschillende pilots binnen Parkstad gemeenten gestart sinds 2011. Het onderzoek VEiP is om pragmatische redenen gericht op twee van deze pilot gebieden waar gericht bestuurlijk wordt gewerkt aan de uitwerking en implementatie van de transitie VEiP. In lijn met de subsidieaanvraag betreft het een stadsbuurt en plattelandsgemeente, respectievelijk Heerlerheide en Onderbanken. De mate van verstedelijking beïnvloedt de woonsituatie, sociale omgang, en afstand tot/beschikbaarheid van voorzieningen. Verstedelijking (stad versus platteland) kan daarom een belangrijke modererende invloed uitoefenen op de relatie tussen de transitie en de uitkomsten. Er is gekozen voor de onderzoeksgebieden Heerlerheide en Onderbanken vanwege de betrokkenheid van de GGD in de begeleiding van het transitieproces, en het feit dat beide interventiegebieden (met name Onderbanken) nog aan het begin van de implementatie van de transitie stonden bij de start van het onderzoek in 2012.

Naast de VEiP interventiegebieden zijn twee vergelijkingsbuurten geselecteerd voor Heerlerheide en Onderbanken, waar geen programmatische transitie vanuit de gedachte van VEiP plaatsvindt gedurende de onderzoeksperiode. De vergelijkingsbuurten betreffen respectievelijk Heerlerbaan-centrum en Simpelveld. Bij de keuze van de vergelijkingsbuurten zijn zoveel mogelijk vergelijkbare buurten gekozen. Er is geen sprake van gecontroleerd onderzoek. Dat brengt met zich mee dat in de vergelijkingsgebieden ook lokale initiatieven plaatsvinden op het gebied van de zorg voor en ondersteuning van ouderen die de uitkomsten van de effectevaluatie en economische evaluatie beïnvloeden.

Aangezien bevolkingssamenstelling (aantal ouderen, SES) en verstedelijking van het gebied (stad/platteland) in belangrijke mate de vraag naar, het aanbod van voorzieningen én de leefbaarheid bepalen zijn deze criteria aangehouden bij de keuze van de vergelijkingsbuurten. Bij de keuze van een vergelijkingsgebied voor de transitie in Heerlerheide is gekozen voor een andere buurt binnen dezelfde gemeente, zodat contextuele kenmerken van gemeentelijk bestuur en regelgeving die de uitkomstmaten zouden kunnen beïnvloeden hetzelfde zijn voor beide buurten. Door het volgen en vergelijken van pilot en vergelijkingsbuurten/gemeenten kan beter worden geduid in

hoeverre veranderingen in uitkomstmaten en kosten toe te schrijven zijn aan de transitie dan wel aan externe invloeden.

De doelgroep van het onderzoek VEIP betreft zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder, woonachtig in deze buurten/gemeenten.

Tabel 1. Overzichtstabel met geselecteerde interventiegebieden (VEIP pilots) en vergelijkingsgebieden

	Interventiegebied (transitie VEIP)	Vergelijkingsgebied
Stedelijk gebied	Heerlerheide (gemeente Heerlen)	Heerlerbaan-centrum (gemeente Heerlen)
Plattelandsgebied	Onderbanken	Simpelveld

Onderzoeksdesign

Er is een multiple case study uitgevoerd waarbij vier onderzoeksgebieden in de tijd zijn gevolgd door middel van vragenlijstmetingen. Doelgroep van het onderzoek betreft zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder en woonachtig in één van de vier onderzoeksgebieden (zie tabel 1). Ten behoeve van de werving van deelnemers aan het onderzoek is uit het klantenbestand van CZ (=dominante verzekeraar in Parkstad) een steekproef getrokken. Per onderzoeksgebied is bij aanvang van het onderzoek een streefaantal van 75-100 deelnemers per onderzoeksgebied vastgesteld. Een periode van 18 maanden follow-up duur is aangehouden om veranderingen te meten op het niveau van de ouderen.

Dataverzameling vond plaats via telefonische interviews, thuisinterviews en schriftelijke vragenlijsten, naar wens van de respondent. De vragen hadden betrekking op de gezondheid, de zelfredzaamheid, het welzijn, het zorggebruik, woonsituatie en de kwaliteit van leven van deelnemers. Periode van uitvoering van de vragenlijstmetingen:

- Eerste meting: jul 2012-apr 2013
- Follow-up meting: mrt 2014-sept 2014 (gemiddeld 18 maanden na de baselinemeting)

De zelfrapportagegegevens vormen de primaire bron van dataverzameling ten behoeve van het beantwoorden van de vraagstellingen. Daarnaast zijn bij CZ registratiegegevens over zorggebruik opgevraagd. Zo kunnen de bevindingen wat betreft het zorggebruik van ouderen, vastgesteld op basis van de vragenlijstgegevens van de eerste meting (2012-2013), worden gespiegeld aan de bevindingen wat betreft het zorggebruik op basis van de registratiegegevens CZ (2010-2011). Vanwege een vertraging in de declaratie van ziekenhuisgegevens bij de zorgverzekeraar was het niet mogelijk om de CZ gegevens vanaf 2012 te gebruiken in deze rapportage.

Interventie

In de interventiegebieden wordt de transitie ingevuld door de lokale samenwerkingspartners waarbij de inhoud en doelstellingen worden afgestemd op de lokale context. Dat betekent dat de inhoud en planning van de transitie verschillen per interventiegebied. De inhoud van de transitie wordt vastgelegd in een werkplan met activiteiten dat op basis van voortschrijdend inzicht gedurende de looptijd wordt aangepast/aangevuld. De activiteiten die deel uitmaken van het werkplan binnen een bepaald interventiegebied worden eveneens gekenmerkt door een verschillend tijdsplan van implementatie. Hieronder volgt achtereenvolgens een korte indruk van de transitie VEIP in

stadsbuurt Heerlerheide en plattelandsgemeente Onderbanken. Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar Hesdahl (2015).

Transitie VEiP in Heerlerheide

In stadsbuurt Heerlerheide is in 2011 een pilot VEiP gestart waarbij de regie lag bij de gemeente Heerlen. Partners in dit proces waren o.a. diverse grote (thuis)zorgorganisaties, welzijnswerk, organisatie voor mensen met een beperking, woningcorporatie, GGZ en GGD. Gemeente en bestuurlijk vertegenwoordigers van de partners vormden een stuurgroep waar bestuurlijke beslissingen werden genomen en de koers bepaald. In werkgroepen, waarin betrokken partnerinstellingen waren vertegenwoordigd zijn werkplannen uitgewerkt. De werkgroepen integrale indicatiestelling, collectieve voorzieningen, contactpunt ouderen en communicatie zijn opgericht. De werkgroepen werden voorgezeten door projectleiders; onderlinge afstemming tussen de werkgroepen werd bewaakt door het projectleiders overleg. Clientvertegenwoordigers hebben deelgenomen aan de werkgroep participatie en hadden een belangrijke rol in het betrekken van (vrijwillige) organisaties en partijen die met ouderen in de wijk te maken hadden. In de werkgroepen is veel geïnvesteerd in het realiseren van een meer integrale en snellere vraagverheldering/beoordeling en maatwerkoplossing door de professional bij ouderen met een hulpvraag. Vooral de werkgroepen 'integrale indicatiestelling', maatwerkers en het contactpunt [samen voor elkaar] hebben dit gerealiseerd. Daarnaast zijn door de werkgroepen 'collectieve voorzieningen en participatie' initiatieven aan de voorkant van de zorg in gang gezet.

Begin 2011 is gestart met een sociaal wijkteam. Elkaars werkwijze en samenwerkingsmogelijkheden leren kennen was de voornaamste insteek. Later is het sociaal wijkteam opgedeeld in een casusoverleg en een breder verband om informatie te delen. De werkgroep integrale indicatiestelling werd opgevolgd door de maatwerkerswerkgroep. Sinds 2012 is de uitvoering van maatwerkergesprekken gestart met als doel vroegtijdige signalering waarbij samen met de ouderen naar bij de individuele situatie passende oplossingen wordt gezocht om de zelfredzaamheid te stimuleren. In 2012 is ook het contactpunt geopend.

Transitie VEiP in Onderbanken

De doelstelling van de transitie is om de diverse kernen in de gemeente Onderbanken te ontwikkelen tot krachtige sociale zelfsturende structuren. Het gaat om structuren die samen met overheid en maatschappelijke partners een bijdrage kunnen leveren aan de maatschappelijke ondersteuning van burgers met een participatieprobleem in hun eigen directe fysieke, maar ook sociale omgeving. De regie van de transitie is in handen van de gemeente met ondersteuning van GGD Zuid Limburg. Samenwerkende partners zijn de bewoners en verenigingen in de kernen, thuiszorgorganisatie, welzijnswerk, woningcorporatie en het cliëntpanel.

De transitie in Onderbanken startte met het betrekken van burgers bij de bestaande ideeën over de zelfsturende gemeenschap. Dit gebeurde door het organiseren van een aantal bijeenkomsten voor professionals, vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties en burgers onder leiding van het Huis van de Zorg. Sinds de start in 2012 zijn gefaseerd werkgroepen van actieve burgers uit de 4 kernen opgestart. De werkgroepen worden ondersteund door gemeente, wijkverpleegkundige, GGD en cliëntpanel. De afgevaardigden van de bewonerswerkgroepen nemen deel aan de stuurgroep waarin ook bestuurders van de genoemde organisaties deelnemen. Verder is een WWZ team opgericht waarbinnen samenwerking en onderlinge afstemming tussen de diverse partijen plaatsvindt.

Inbreng van ouderen wordt mede vormgegeven door de inzet van een cliëntenpanel. Het panel neemt structureel deel aan diverse overleggen en ondersteunt de werkgroepen in de kernen. Het implementatieproces was bij de follow-up meting nog in volle gang en zal de komende jaren verder uitkristalliseren.

Vergelijking

Binnen VEiP is de praktijk leidend, en het onderzoek is volgend. In de vergelijkingsgebieden Heerlerbaan-centrum en Simpelveld wordt weliswaar bestuurlijk niet expliciet aangestuurd vanuit de gedachte van VEiP, maar het beleid staat niet stil in de vergelijkingsgebieden. Nog afgezien van 'reguliere' beleidsontwikkelingen in de vergelijkingsgebieden is het niet uitgesloten dat het beleid in de vergelijkingsgebieden tijdens de onderzoeksperiode mede door de transitie VEiP is beïnvloed. Immers, partijen die directe of indirecte ondersteuning bieden aan ouderen in deze gebieden nemen deel aan de overleggen op bestuurlijk niveau (Hesdahl, 2015). Een voorbeeld van ontwikkelingen in beleid in de vergelijkingsgebieden betreft het feit dat in Simpelveld ook wijkservicepunten zijn opgezet (Hesdahl, 2015).

Initiatieven gedurende follow-up in de vier onderzoeksgebieden

Ten behoeve van de follow-up meting is op basis van gesprekken met een paar sleutelpersonen (medewerker van GGD, medewerker welzijnsorganisatie) informatie verzameld over specifieke lokale initiatieven waar ouderen gebruik van kunnen maken in elk van de vier onderzoeksgebieden en waarvan verwacht kan worden dat ze het welzijn van ouderen beïnvloeden. Dit konden initiatieven zijn in het kader van VEiP maar kon ook andere lokale initiatieven betreffen. Het betreft hier een beperkte inventarisatie waarvan het doel was om de meest in het oog springende initiatieven op dat moment in kaart te brengen. In de follow-up meting is gevraagd naar de mate waarin respondenten gebruik hebben gemaakt van, of hebben deelgenomen aan deze activiteiten, alsmede hun tevredenheid hierover.

Uit de inventarisatie kwamen de volgende activiteiten naar voren die zijn nagevraagd in de follow-up meting:

- Stadsbuurten:
 - Heerlerheide: contactpunt ter Eyck, buurthulpdienst 'BaanbrekendWerk', maatwerkergesprekken
 - Heerlerbaan-centrum: ontmoetingspunt 'De Verbinding Corisberg'
- Plattelandsgemeenten:
 - Onderbanken: in de follow-up vragenlijst zijn geen extra vragen opgenomen specifiek voor inwoners uit Onderbanken. Op het moment van de follow-up meting stond Onderbanken nog aan de start van het transitieproces. Op bestuurlijk niveau / tactisch niveau waren wel ontwikkelingen gaande in het kader van VEiP, maar waren er geen nieuwe initiatieven of activiteiten waar ouderen gebruik van konden maken. Dit heeft er deels mee te maken dat de gemeente er in het kader van VEiP nadrukkelijk voor kiest om burgers te activeren om de transitie vorm te geven in de dorpskernen en zelf het proces te faciliteren. Bewustwording en activering van burgers heeft tijd nodig.
 - Simpelveld: in zowel dorpskern Simpelveld als in dorpskern Bocholtz is een initiatief getiteld 'd'r Durpswinkel' gevestigd en kunnen ouderen gebruik maken van Buurthulpdienst 'Bij de Hand'

Effectevaluatie

Ten behoeve van de beantwoording van de vraagstellingen worden een effectevaluatie en economische evaluatie uitgevoerd. De uitkomstmaten van de effectevaluatie zijn als volgt bevestigd:

Zelfmanagement

Zelfmanagementvaardigheden zijn in kaart gebracht met behulp van een aangepaste versie van de verkorte, 18 item Self Management Ability Scale (SMAS; Cramm et al., 2012; Schuurmans et al., 2005). In de oorspronkelijke SMAS (30 items; Steverink, 2009) en SMAS-S (18 items) wisselt het aantal en de definiëring van de antwoordcategorieën per subschaal (aantal soms 6, soms 5). Binnen de effectevaluatie van VEiP is ervoor gekozen om overal hetzelfde antwoordformat te gebruiken (schaal van 1-6, nooit tot heel vaak). Er is gekozen voor deze standaardisering omdat werd aangenomen dat dit met name de telefonische afname van de vragenlijst positief zou beïnvloeden. De standaardisatie is bovendien in lijn met de wijze waarop de SMAS in het ZEN onderzoek is afgenomen. Een voorbeeld item van de SMAS-S is: 'Lukt het u om leuke contacten met anderen te hebben?'. De SMAS-S heeft een score range van 1-6, waarbij geldt dat hoe hoger de score is hoe beter iemand scoort op zelfmanagementvaardigheden.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is een subjectieve, negatieve situatie, gekenmerkt door gemis en teleurstelling. Het is de uitkomst van een proces waarbij iemand zijn bestaande relaties afweegt tegen zijn eigen wensen of verwachtingen ten aanzien van relaties (De Jong Gierveld & van Tilburg, 2007:). Eenzaamheid is gemeten met behulp van de De Jong Gierveld eenzaamheidsschaal, bestaande uit 11 items (De Jong Gierveld & Kamphuis, 1985). De totaalscore loopt van 0 (niet eenzaam) tot 11 (zeer eenzaam). Een voorbeeld item is: 'Ik mis gezelligheid om mij heen'.

Kwaliteit van leven / utiliteiten

Kwaliteit van leven betreft het subjectief oordeel van een persoon over zijn of haar functioneren op fysiek, psychisch en sociaal gebied. In dit onderzoek wordt de kwaliteit van leven in kaart gebracht binnen een populatie zelfstandig wonende ouderen die sterk kunnen verschillen in niveau van functioneren en soort aandoening. Om deze reden is gekozen voor een generiek instrument om de kwaliteit van leven in kaart te brengen. Er is gekozen voor de EQ-5D omdat dit een compact instrument is dat bovendien nationaal en internationaal veel wordt gebruikt (The EuroQol Group, 1990; Evers et al 2010). De EQ-5D bestaat uit twee delen. Eerst wordt de respondent gevraagd naar de mate van ervaren problemen op de volgende gezondheidsdimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of ongemak en angst of depressie. Op het moment van onderzoek zijn twee versies van de EQ-5D in omloop; de EQ-5D-3L en de EQ-5D-5L (Herdman et al., 2011). De EQ-5D-5L omvat dezelfde gezondheidsdimensies als de EQ-5D-3L, met als enige verschil dat de EQ-5D-5L vijf antwoordmogelijkheden heeft (geen; beetje; matige; ernstige; extreme problemen) in plaats van drie antwoordmogelijkheden bij de EQ-5D-3L (geen; enige en ernstige problemen). De antwoorden op de gezondheidsdimensies van de EQ-5D vormen samen een gezondheidsprofiel. Door middel van tarieven afkomstig van de Nederlandse bevolking kunnen deze gezondheidsprofielen worden omgezet in utiliteiten (van Hout et al., 2012). De tarieven variëren van 1 voor perfecte gezondheid tot 0 voor dood, en het betreft een negatief getal bij een gezondheidstoestand slechter dan de dood. Naast de vijf vragen die betrekking hebben op de verschillende gezondheidsdimensies wordt de respondent in de EQ-5D vragenlijst gevraagd op een verticale visuele analoge schaal (VAS) een

oordeel te geven over zijn/haar gezondheid, op een schaal die loopt van 0 (slechtst voorstelbare gezondheid) tot 100 (best voorstelbare gezondheid). Door de uitkomst op de VAS schaal te delen door 100 kan een oordeel over de gezondheidstoestand worden berekend vergelijkbaar met de utiliteit. Bij de eerste meting was sprake van een spearman's rho correlatie van .55 tussen de VAS en de utiliteiten.

Economische evaluatie

Bij economisch evaluatieonderzoek gaat het om een vergelijkende analyse tussen twee of meer interventies waarbij de kosten worden gerelateerd aan de werkzaamheid van een interventie (Drummond e.a., 2005). Bij de economische evaluatie is gebruik gemaakt van het stappenplan uit de handleiding voor kostenonderzoek, middels het doorlopen van de volgende zeven stappen: (1) bepaling reikwijdte van de economische evaluatie, (2) keuze kostencategorieën, (3) identificatie eenheden, (4) volumemeting eenheden, (5) waardering eenheden, (6) omgaan met onzekerheid en (7) rapportage van kosten (Hakkaart-van Roijen, Tan & Bouwmans, 2010).

Tijdens stap 1 werd de keuze gemaakt voor het perspectief en de tijdshorizon. Binnen dit onderzoek werden verschillende perspectieven gehanteerd. Allereerst werd een perspectief van de verzekeraar gehanteerd ten aanzien van de CZ registratiegegevens. Alleen de kosten die gefinancierd werden door de zorgverzekering werden hierin meegenomen. Daarnaast werd het maatschappelijk perspectief gehanteerd ten aanzien van de vragenlijstgegevens. Het maatschappelijk perspectief houdt in dat alle kosten en baten, ongeacht wie de kosten draagt of aan wie de baten toevallen, in de analyse worden meegenomen. Dit betekent dat ook kosten en baten buiten de gezondheidszorg in ogenschouw kunnen worden genomen. Voor de gezondheidszorg zelf geldt dat deze uiteindelijk wordt beschouwd als één (ontschot) geheel: meerkosten voor één deelbudget kunnen bijvoorbeeld worden gecompenseerd door besparingen bij een ander deelbudget. Wat betreft de tijdshorizon werden voor de CZ registratiegegevens de gegevens gebruikt van de jaren 2010 en 2011. De vragenlijstgegevens hadden betrekking op de periode 2012-2014.

Bij stap 2 werd de keuze gemaakt voor de kostencategorieën. Volgens de indeling van Drummond e.a. (2005), richt de economische evaluatie in het kader van het onderzoek binnen VEIP zich - voornamelijk bij de vragenlijstgegevens en uitsluitend bij de CZ gegevens - op de (directe) kosten binnen de gezondheidszorg. Naast de kosten binnen de gezondheidszorg worden bij de vragenlijstgegevens bovendien de kosten voor de patiënt en zijn/haar familie meegenomen in het onderzoek (Drummond et al., 2005); het betreft hier de kosten gemoeid met ontvangen mantelzorg en kosten in verband met de tijd die iemand om gezondheidsredenen niet kan besteden aan de normale dagelijkse bezigheden. Tot slot worden bij de vragenlijstgegevens kosten in andere maatschappelijke sectoren meegenomen (Drummond et al., 2005). Het gaat in het onderhavige onderzoek om de kosten vanuit het perspectief van de gemeente, betreffende kosten in het kader van de WMO voor aanpassingen in huis, hulpmiddelen en voorzieningen (vervoersvoorzieningen, personenalarmering en maaltijdservice). De kosten voor hulpmiddelen die zijn vastgesteld op basis van de vragenlijstgegevens vallen in werkelijkheid deels onder de WMO en deels onder de zvw, hier is geen onderscheid in gemaakt in de vragenlijst. In het onderhavige onderzoek is ervoor gekozen om alle kosten voor hulpmiddelen onder kosten in andere maatschappelijke sectoren te scharen. Indirecte kosten die vaak worden meegenomen in een economische evaluatie zijn productiviteitskosten. Aangezien de doelgroep van het onderzoek binnen VEIP niet meer onder de

beroepsbevolking valt zijn productiviteitskosten niet meegenomen in de economische evaluatie binnen VEIP.

Tabel 2. Samenvattend overzicht stap 2 en 3 w.b. registratiegegevens en vragenlijstgegevens.

	CZ	Vragenlijstgegevens
Ziekenhuisopnames en medisch specialistische zorg	x	x
Tijdelijke opnames in een instelling		x
Huisartscontacten	x	x
Thuiszorg		x
Particuliere hulp		x
Dagopvang		x
Contacten paramedische hulpverleners	x	x
Contacten GGZ hulpverleners	x	x
Contacten alternatieve genezers		x
Diverse hulpmiddelen	x	x
Diverse aanpassingen in huis		x
Personenalarmering		x
Maaltijdservice		x
Vervoersvoorziening		x
Ziekenvervoer	x	
Onbetaalde hulp van familie/vrienden		x
Dagen niet in staat om dagelijkse bezigheden uit te voeren		x

Bij stap 3 vond de identificatie van eenheden plaats. De eenheden die gebruikt zijn bij de dataverzameling van de registratiegegevens bij CZ (2010 en 2011) betreffen zvw data. Alleen volumina en kosten zijn meegenomen die ten laste komen van de basisverzekering (bij eenheden waar dit van toepassing is), om te voorkómen dat verschillen tussen onderzoeksgroepen in aantal aanvullend verzekerden de resultaten kunnen beïnvloeden. In tabel 2 is opgenomen om welke eenheden het ging bij de registratiegegevens en vragenlijstgegevens. In de vragenlijst zijn meer eenheden meegenomen dan in de registratiegegevens.

Vervolgens werd in stap 4 bepaald hoe de volumemeting gedaan zal worden. De registratiegegevens zijn continu gemeten over 2010 en 2011. De referentieperiode in de vragenlijst bij de vragen over het zorg- en voorzieningengebruik betrof de laatste 6 maanden. De vragenlijstgegevens hebben dus betrekking op een half jaar terwijl de registratiegegevens steeds betrekking hebben op een heel jaar. Om de gegevens vergelijkbaar te maken met de CZ gegevens zijn alle volumina en kosten berekend naar een jaar door deze met 2 te vermenigvuldigen, met uitzondering van de zorgcategorieën hulpmiddelen en aanpassingen, omdat wordt verwacht dat deze eenmalig, voor de langere termijn worden aangeschaft.

Een voordeel van zelfrapportagegegevens is dat het een kostenefficiënte en simpele manier van data verzamelen is. Echter, zelfrapportage neemt wel het nadeel van recall bias en informatiebias met zich mee (Nunes et al, 2009). Er is gekozen om naast de gegevens van CZ ook gebruik te maken van vragenlijstgegevens omdat zo bepaald kan worden wat de werkelijke zorgvraag is. Het is immers mogelijk dat sommige kosten uit eigen zak vergoed zijn en dus niet bekend bij de zorgverzekeraar. Daarnaast was de vragenlijst een stuk uitgebreider. Door de combinatie van databronnen werd de representativiteit van de gevonden zorgvraag verhoogd.

In een vijfde stap werd bepaald hoe de eenheden gewaardeerd werden. Voor de waardering van eenheden werd gebruik gemaakt van referentieprijzen uit de handleiding voor kostenonderzoek (Hakkaart-van Roijen et al., 2010). Wanneer referentieprijzen niet beschikbaar waren is gekozen voor tarieven (veelal via internet verzameld, zie appendix III). Daarnaast werd bij de registratiegegevens gebruik gemaakt van gegevens die verschaft zijn door CZ met betrekking tot gemiddelde kosten per DBC. Alle referentieprijzen en tarieven zijn geïndexeerd naar juli 2014 aan de hand van het consumenten prijsindexcijfer (CPI) van het CBS. Het bijbehorende consumenten prijsindexcijfer voor gezondheidszorg in juli 2014 is 105,83 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014).

In het kader van het onderhavige onderzoek zijn een kosteneffectiviteitsanalyse (KEA) en kostenutiliteitsanalyse (KUA) uitgevoerd. Een KEA is vorm van een economische evaluatie waarbij de effecten in (klinische of functionele) uitkomstmaten worden uitgedrukt. Een KUA is een vorm van een economische evaluatie waarbij de effecten in generieke uitkomstmaten (vergelijkbaar tussen verschillende ziekten en interventies) worden uitgedrukt.

Statistische analyse

Hoofdvraag van het onderzoek of in de interventiegebieden veranderingen worden waargenomen bij ouderen op de uitkomstmaten, in vergelijking met de vergelijkingsgebieden. Omdat het tijdpad en de inhoud van de transitie VEiP verschilt tussen de VEiP pilot gebieden, en verstedelijking bovendien een modererende rol kan spelen in de analyses, zijn alle analyses vervolgens ook apart uitgevoerd voor het stedelijk onderzoeksgebied (vergelijking stadsbuurt Heerlerheide met Heerlerbaan-centrum) en het plattlandsgebied (vergelijking Onderbanken en Simpelveld).

De resultaten van de eerste vragenlijstmeting bieden op lokaal niveau inzicht in de situatie (w.b. achtergrondkenmerken, fysieke en mentale gezondheid) van de deelnemers in de vier onderzoeksgebieden bij de start van de transitie. Verschillen tussen onderzoeksgebieden zijn steeds paarsgewijs (tussen plattlandsgebieden en tussen stedelijke gebieden) getoetst middels χ^2 toetsen en t-toetsen. Voor de rapportage van verschillen tussen onderzoeksbuurten is steeds een waarde van $p < .05$ aangehouden. De beschrijvende analyses op basis van de eerste vragenlijstmeting bieden ook inzicht in de variabelen die mogelijk leiden tot confounding bij de effectanalyses. Hierbij is een waarde van $p < .10$ is aangehouden. De factoren waarop de te vergelijken interventie- en vergelijkingsgebied significant verschillen zijn meegenomen in de multivariate lineaire regressieanalyses op basis waarvan kan worden bepaald of de interventie (VEiP transitie) tot veranderingen leidt in de uitkomstmaten zelfmanagementvaardigheden, eenzaamheid, kwaliteit van leven (obv EQ-VAS) en utiliteiten. Zowel de ongecorrigeerde beta als de gecorrigeerde beta is opgenomen in de tabel met resultaten van deze analyses. Per onderzoeksgebied zijn gepaarde t-testen uitgevoerd om inzicht te geven in de ontwikkeling in de uitkomstmaten in de tijd.

In de appendix tabellen A1 t/m A8 zijn de kosten van zorggebruik op basis van registratiegegevens van CZ en vragenlijstgegevens gerapporteerd, weergegeven voor elk van de vier onderzoeksgebieden. In de appendices I t/m VII zijn de volumina van zorggebruik op basis van registratiegegevens van CZ en vragenlijstgegevens gerapporteerd, weergegeven voor elk van de vier onderzoeksgebieden. Bij het berekenen van volumina en kosten is het totale aantal deelnemers per onderzoeksgebied als basis gebruikt bij het berekenen van de gemiddelden. Hiervoor is gekozen om

een vergelijking van volumina en kosten mogelijk te maken tussen onderzoeksgebieden, daar er sprake is van verschillende aantallen deelnemers per onderzoeksgebied.

De voluminatabellen bevatten het aantal gebruikers en het gemiddeld aantal eenheden per deelnemer per onderzoeksgebied. In de kostentabellen zijn de gemiddelde kosten in euro's per onderzoeksgebied weergegeven. Daarnaast werd gerapporteerd of er verschillen waren tussen de onderzoeksgebieden. Aangezien de normaliteitsaannname niet opgaat omdat de data scheef verdeeld is, werd gebruik gemaakt van non-parametrische Mann Whitney U toetsen. Hierbij werd gekozen voor een significantieniveau van 5%. Deze analyses werden ook uitgevoerd voor diverse (cumulatieve) zorgcategorieën.

De kosteneffectiviteit wordt uitgedrukt in een incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER). In deze ratio worden de kosten en effecten van twee alternatieven gecombineerd tot één maat; het verschil in kosten tussen interventie- en vergelijkingsgebied gedeeld door het verschil in effecten tussen interventie- en vergelijkingsgebied. Bij de KUA wordt de incrementele kosteneffectiviteitsratio uitgedrukt als de kosten per utiliteit. Bij de KEA in de onderhavige studie zijn de kosten van zorg- en voorzieningengebruik, gemeten over een periode van twee jaar, gerelateerd aan de scores op elk van de vier uitkomstmaten bij de follow-up meting. In de onderhavige studie is de KUA gebaseerd op utiliteiten (er zijn geen QALY's berekend), zoals reeds vermeld in de methodensectie. Bij de KUA zijn de kosten van zorg- en voorzieningengebruik, gemeten over een periode van twee jaar, gerelateerd aan de utiliteiten zoals vastgesteld bij de follow-up meting. Om beleidsmakers te ondersteunen is in Nederland een grenswaarde bepaald wat een interventie maximaal mag kosten in relatie tot de gezondheidswinst, uitgedrukt in QALY's; voor een gemiddelde aandoening wordt vaak een grenswaarde aangehouden van 20.000 euro per QALY (RVZ, 2006). In lijn hiermee wordt in de onderhavige studie een grenswaarde van 20.000 euro per utiliteit per jaar aangehouden. Indien de IKER beneden deze grenswaarde ligt, dan is sprake van een kosteneffectieve interventie.

Om het interpreteren van de IKER te vergemakkelijken wordt deze vaak weergegeven in een figuur, een zogenaamd kosteneffectiviteitsvlak, waarin de incrementele kosten (Y-as) en incrementele effecten (X-as) zijn uitgezet. Om de invloed van steekproefonzekerheid na te gaan op de IKER is gebruik gemaakt van bootstrapping, waarbij 5000 keer een steekproef uit de originele dataset is getrokken met teruglegging. Hierdoor worden 5000 IKERs verkregen die een idee geven van de spreiding rondom de IKER en daarmee een schatting van de mate van zekerheid dat de transitie VEiP al dan niet kosteneffectief is.

Om de kans op acceptatie van een interventie te berekenen gegeven de bereidheid om voor een extra eenheid gezondheidseffect een bepaald bedrag te betalen, zijn kosteneffectiviteit acceptatie curves (CEACs) berekend. De CEAC geeft de kans weer dat de transitie VEiP kosteneffectief is bij een bepaalde betalingsbereidheid voor een extra eenheid effect.

De effectevaluatie en economische evaluatie worden uitgevoerd binnen de groep die aan de eerste én aan de follow-up meting heeft deelgenomen. De verschilanalyses en effectanalyses zijn uitgevoerd met SPSS 19.0. Bootstrapping analyses zijn uitgevoerd met Excel 2010.

Resultaten

Respons

In de periode juli 2012- april 2013 zijn 423 deelnemers aan het onderzoek geïncludeerd. Het baseline responspercentage was 30%. Dit is een redelijke respons in vergelijking met andere onderzoeken (Stijnen, 2015) en de kwetsbaarheid van de doelgroep. De follow-up meting is in de periode maart 2014 tot september 2014 afgenomen bij 322 deelnemers. Redenen voor loss to follow-up betreffen geen interesse meer in deelname (27.7%), niet meer kunnen meedoen om gezondheidsredenen (23.8%), overlijden (21.8%), opname in verzorgingshuis / verpleeghuis (3.0%), non response op schriftelijke vragenlijst (13.9%), contactgegevens onbekend (4.9%) en overige, diverse redenen (4.9%).

Van in totaal 389 deelnemers aan het vragenlijstonderzoek zijn - na schriftelijke toestemming van de deelnemers hiertoe - registratiegegevens over hun zorggebruik in 2010 en 2011 bij CZ opgevraagd.

Verskil in uitgangssituatie/context tussen onderzoeksbuurten

In de tabellen 1 t/m 3 zijn achtergrondkenmerken en gezondheidsgegevens van de deelnemers in de vier onderzoeksgebieden gepresenteerd. Uit de laatste kolom van deze tabellen kan afgeleid worden dat ouderen in beide interventiegebieden als volgt van de ouderen in beide vergelijkingsgebieden verschillen ($p < .05$). Relatief meer ouderen in de interventiegebieden hebben één of meer iADL beperkingen ($p = .02$) dan in de vergelijkingsgebieden. Daarnaast wonen relatief minder ouderen in de interventiegebieden alleen ($p = .05$). Verder blijken ouderen in de interventiegebieden bij de eerste meting lager te scoren op eenzaamheid dan de ouderen in de vergelijkingsgebieden ($p = .02$).

Uit een vergelijking van het interventie- en vergelijkingsgebied binnen stedelijk gebied blijkt dat de ouderen in het interventiegebied Heerlerheide vaker in een aangepaste woning wonen en lager scoren op eenzaamheid dan in het vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum (resp. $p = .01$ en $p = .02$).

Tussen de plattelandsgemeenten blijken meer verschillen in uitgangssituatie te bestaan dan tussen de stadsbuurten (tabel 1 en 2). In interventiegebied Onderbanken wonen relatief minder ouderen in een aangepaste woning en hebben relatief meer ouderen één of meer iADL beperkingen dan in vergelijkingsgebied Simpelveld (resp. $p = .00$ en $p = .01$). Daartegenover staat dat relatief minder ouderen in interventiegebied Onderbanken moeite hebben met rondkomen dan in Simpelveld en minder vaak alleen wonen dan in Simpelveld (resp. $p = .05$ en $p = .03$).

Ontwikkeling in uitkomstmaten

Middels gepaarde t-toetsen is per onderzoeksgebied nagegaan hoe de uitkomstmaat zich ontwikkelt in de tijd (niet genoemd in de tabellen).

Binnen het totale interventiegebied vindt een daling in de score op zelfmanagementvaardigheden plaats ($p = .01$), een stijging in de eenzaamheidsscore ($p = .00$) en een daling van kwaliteit van leven ($p = .05$). De score op utiliteiten blijft stabiel ($p = .50$). Binnen het totale vergelijkingsgebied vindt net als in het totale interventiegebied een daling in de score op zelfmanagementvaardigheden plaats ($p = .00$); de scores op eenzaamheid en kwaliteit van leven blijven stabiel (resp. $p = .50$ en $p = .66$). De score op utiliteiten blijft stabiel ($p = .43$).

Binnen het stedelijk gebied vindt in interventiegebied Heerlerheide geen verandering plaats in de score op zelfmanagementvaardigheden ($p=.13$). In vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum is sprake van een daling in de score op zelfmanagementvaardigheden ($p=.04$). De score op eenzaamheid stijgt gedurende follow-up in het interventiegebied Heerlerheide gedurende follow-up ($p=.00$), waarbij wellicht sprake is van regressie naar het gemiddeld daar op de eerste meting sprake was van een vrij lage eenzaamheidsscore. In vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum blijft de score op eenzaamheid stabiel ($p=.30$). In interventiegebied Heerlerheide is er geen verandering in de kwaliteit van leven (EQ5D-VAS) gedurende follow-up; in vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum is sprake van een stijging in de score op deze uitkomstmaat (resp. $p=.70$ en $p=.00$). Tot slot vindt geen significante verandering plaats in utiliteiten gedurende follow-up (resp $p=.52$ in interventiegebied Heerlerheide en $p=.59$ in vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum).

In beide plattelandsgebieden is sprake van een daling van de zelfmanagementvaardigheden gedurende follow-up (interventiegebied Onderbanken $p=.03$; vergelijkingsgebied Simpelveld $p=.04$). De uitkomstmaat kwaliteit van leven (EQ5D-VAS) stijgt in interventiegebied Onderbanken ($p=.04$) en blijft stabiel in vergelijkingsgebied Simpelveld ($p=.17$). In de uitkomstmaten eenzaamheid vindt geen verandering plaats gedurende follow-up ($p=.24$ en $p=.82$ in resp. interventiegebied Onderbanken en vergelijkingsgebied Simpelveld), noch in utiliteiten ($p=.76$ en $p=.07$ in resp. interventiegebied Onderbanken en vergelijkingsgebied Simpelveld).

Veranderingen in uitkomstmaten gedurende de interventieperiode

In tabel 5 worden de resultaten beschreven van de lineaire regressie analyses die antwoord geven op de eerste vraagstelling of de transitie VEiP gepaard gaat met veranderingen in de uitkomstmaten zelfmanagementvaardigheden, eenzaamheid en kwaliteit van leven.

Eerst zijn de analyses uitgevoerd waarin alle onderzoeksgebieden zijn opgenomen zonder onderscheid te maken tussen stedelijk en plattelandsgebied. Vervolgens zijn de regressieanalyses apart uitgevoerd voor het stedelijk gebied en plattelandsgebied. Uit de resultaten blijkt dat er, na correctie voor mogelijke confounding, geen significant effect wordt gevonden. Het gerapporteerde verschil in beta tussen de ongecorrigeerde en gecorrigeerde beta's wordt voornamelijk veroorzaakt door correctie voor de eerste meting van de uitkomst in de analyses.

Kosten in interventie- en vergelijkingsgebieden

In tabel 6 worden de kosten van de eerste meting en follow-up meting van de vragenlijstgegevens weergegeven. In de tabel op de volgende pagina is een samenvattend overzicht van de kosten opgenomen. Overall kan worden geconcludeerd dat de spreiding van de hoogte van de kosten groot is binnen de onderzoeksgebieden, met name in Heerlerheide.

Opvallend zijn, bij zowel de eerste als follow-up meting, de hoge *totale* kosten in interventiegebied Heerlerheide met betrekking tot het gebruik van zorg en voorzieningen, in vergelijking tot de overige onderzoeksgebieden. Hieraan ten grondslag liggen relatief hoge kosten in Heerlerheide voor de gezondheidszorg en hogere kosten voor patiënt en familie. De verhoogde kosten voor de gezondheidszorg komen voort uit verhoogde kosten in verband met tweedelijnszorg en thuiszorg. De verhoogde kosten voor patiënt en familie komen voort uit beide onderdelen van deze kostenpost, namelijk onbetaalde hulp van vrienden en familie én kosten in verband met verzuim van dagelijkse bezigheden vanwege de gezondheidssituatie. Bij de follow-up meting zijn de verschillen tussen

interventiegebied Heerlerheide, in vergelijking met de overige onderzoeksgebieden, nog steeds aanwezig maar wel kleiner. Het voorgaande leidt er toe dat de kosten berekend over twee jaar follow-up, niet significant verschillen tussen interventiegebied Heerlerheide en vergelijkingsgebied Heerlerbaan-centrum ($p=.06$).

Voor de plattelandsgebieden geldt dat de totale kosten van zorg- en voorzieningengebruik over twee jaar follow-up, niet significant verschillen tussen interventiegebied Onderbanken en vergelijkingsgebied Simpelveld ($p=.34$).

Tot slot blijkt dat de totale kosten over het algemeen hoger zijn in het stedelijke gebied (m.n. veroorzaakt door de hoge kosten in Heerlerheide) dan in de plattelandsgebieden. Deze bevinding sluit aan bij de in tabel 3 gerapporteerde slechtere gezondheidssituatie in de stadsbuurten, in vergelijking met de plattelandsgemeenten.

Tabel 3. Samenvattend overzicht kosten eerste en follow-up meting

	Eerste meting				Follow-up meting			
	A [*] , m (sd)	B [*] , m (sd)	C [*] , m (sd)	D [*] , m (sd)	A [*] , m (sd)	B [*] , m (sd)	C [*] , m (sd)	D [*] , m (sd)
Totale kosten gezondheidszorg	7.390,20 (14183,39)	3.766,40 (5908,08)	3.529,71 (5021,61)	2.746,61 (4099,36)	5.548,47 (7.452,17)	4.037,16 (5.999,82)	3.443,19 (5.768,61)	2.438,76 (3.692,42)
Totale kosten overige sectoren	206,56 (414,64)	331,26 (1.247,63)	255,38 (441,09)	166,71 (326,53)	226,10 (490,56)	209,80 (671,89)	257,26 (711,30)	190,08 (440,15)
Totale kosten patient en familie	4102,97 (9320,97)	1176,48 (3449,83)	2179,04 (6282,28)	1902,82 (6576,76)	2708,30 (5918,77)	2175,90 (6055,06)	1467,58 (3844,58)	884,05 (2181,13)
Totale kosten (3 categorieën)	11.699,74 (21.020,01)	5.274,14 (7.666,68)	5.964,14 (9.198,77)	4.816,14 (8.360,96)	8.482,87 (10.924,46)	6.422,86 (8.798,91)	5.168,03 (8.426,47)	3.512,89 (5.427,43)

*A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Kosteneffectiviteit en kostenutiliteit

Voor de kosteneffectiviteitsanalyses waarbij beide interventiegebieden worden vergeleken met beide vergelijkingsgebieden geldt dat na bootstrapping het merendeel van de IKERs bij de uitkomstmaten zelfmanagement, kwaliteit van leven (EQ5D-VAS) en utiliteiten in het noordwestelijk deel van het kosteneffectiviteitsvlak ligt, wat betekent dat de kans groot is dat de interventie (transitie VEiP) inferieur is aan de vergelijking. Uit de verdeling van de IKERs kan tevens geconcludeerd worden dat er weinig onzekerheid bestaat rondom deze conclusie. In de figuren 1 t/m 4 zijn de kosteneffectiviteit acceptatie curves weergegeven, die betrekking hebben op de vergelijking interventiegebieden versus vergelijkingsgebieden. Bij een grenswaarde van 20.000 euro per eenheid gezondheidswinst per jaar blijkt de kans dat de transitie VEiP kosteneffectief is erg laag, bij vergelijking van interventiegebied met het vergelijkingsgebied. Uit de figuren blijkt zelfs dat er bij geen enkele grenswaarde gerede kans is dat de transitie VEiP als kosteneffectief kan worden beschouwd. Dit geldt voor alle uitkomstmaten.

Voor het stedelijk gebied geldt dat na bootstrapping een groot deel van de IKERs bij de uitkomstmaten zelfmanagement, kwaliteit van leven (EQ5D-VAS) en utiliteiten in het noordwestelijk deel van het kosteneffectiviteitsvlak ligt, wat betekent dat de kans groot is dat de interventie (transitie VEiP) in Heerlerheide inferieur is aan de vergelijking. Verder ligt bij de uitkomstmaat eenzaamheid, en in mindere mate ook bij de uitkomstmaten utiliteiten en zelfmanagement, na bootstrappen ook een groot deel van de IKERs in het noordoostelijk deel. Deze verdeling van IKER's is

lastiger te interpreteren omdat IKER's in het noordoostelijk deel betekenen dat de score op de effectmaten weliswaar gunstiger is in het interventiegebied, maar de kosten over twee jaar follow-up ook hoger zijn dan in het vergelijkingsgebied. In de figuren 5 t/m 8 zijn de kosteneffectiviteit acceptatie curves weergegeven betreffende de vergelijkende analyse van interventie en vergelijking in stedelijk gebied. Voor de uitkomstmaten zelfmanagement, kwaliteit van leven (EQ5D-VAS) en utiliteiten is de kans dat de interventie kosteneffectief is erg laag. Bij uitkomstmaat eenzaamheid is de kans dat de transitie VEiP kosteneffectief is 69% bij een grenswaarde van 20.000 per eenheid gezondheidswinst. De transitie VEiP gaat dus gepaard met extra kosten en extra gezondheidswinst in termen van een lagere mate van eenzaamheid in het interventiegebied. De acceptatie van de transitie VEiP zal wat betreft de uitkomstmaat eenzaamheid afhangen van de hoogte van de grenswaarde (limiet) die de maatschappij wil betalen voor een extra eenheid gezondheidswinst.

De kosteneffectiviteitsanalyse en kostenutiliteitsanalyse voor de plattlandsgebieden laten zien dat het onwaarschijnlijk is dat de transitie VEiP kosteneffectief is. Na bootstrapping liggen de meeste IKERs bij alle uitkomstmaten in het noordwestelijk deel van het kosteneffectiviteitsvlak, wat betekent dat de kans groot is dat de interventie (transitie VEiP) inferieur is aan de vergelijking. De figuren 9 t/m 12 hebben betrekking op de kosteneffectiviteit acceptatie curves betreffende de vergelijking van interventie en vergelijking binnen plattlandsgebied. Ook hier geldt weer dat bij een grenswaarde van 20.000 euro per eenheid gezondheidswinst per jaar de kans dat de transitie VEiP kosteneffectief is erg laag is, bij vergelijking van interventiegebied met het vergelijkingsgebied. Sterker gesteld; bij geen enkele grenswaarde is er gerede kans dat de transitie VEiP als kosteneffectief kan worden beschouwd. Dit geldt voor alle uitkomstmaten.

Discussie

Antwoord op onderzoeksvraagstellingen

De eerste vraagstelling van dit onderzoek luidde in hoeverre ouderen, na 18 maanden follow-up en in vergelijking met de eerste meting, veranderingen ten gevolge van de transitie ervaren in de uitkomstmaten zelfmanagementvaardigheden, eenzaamheid en kwaliteit van leven. Antwoord op deze vraag is dat het voor de ontwikkeling in de uitkomstmaten in de follow-up periode niet uitmaakt of een oudere woonachtig is in een interventiegebied (stedelijk/platteland) dan wel in een vergelijkingsgebied. Met andere woorden, er wordt geen significante invloed gevonden van de transitie VEiP op de uitkomstmaten.

De tweede vraagstelling luidde wat, vanuit een maatschappelijk perspectief, de kosten van de transitie VEiP voor de maatschappij zijn, en hoe zich deze verhouden tot de effecten. Bij de KEA en KUA zijn de kosten voor de maatschappij, gemeten over een periode van twee jaar, gerelateerd aan de scores op elk van de vier uitkomstmaten na 18 maanden follow-up. Uit de resultaten van de KEA en KUA analyses blijkt dat de kans groot is dat de interventie in de vorm van de transitie VEiP inferieur is aan de vergelijking, dus niet kosteneffectief is. Bij geen enkele grenswaarde is er gerede kans dat de transitie VEiP als kosteneffectief kan worden beschouwd. Een uitzondering hierop vormde de analyse met betrekking tot uitkomstmaat eenzaamheid binnen stedelijk gebied, waarbij het beeld iets positiever is. Omdat dit een van de vele uitkomstmaten is, willen we aan dit positieve resultaat geen conclusies verbinden.

Vraagstelling 3 betrof een vergelijking van het zorggebruik tussen registratiegegevens en vragenlijstgegevens. In verband met grote vertraging in de declaraties van de ziekenhuizen bij de zorgverzekeraar hebben de verzamelde registratiegegevens betrekking op 2010-2011 en de vragenlijstgegevens op 2012-2013. Gezien deze verschillende periodes was het niet mogelijk een vergelijking te maken tussen beide dataverzamelingsbronnen.

Reflectie

De antwoorden op de onderzoeksvraagstellingen die hierboven beschreven staan zijn in lijn met de verwachting dat een transitiebeweging zoals VEiP een langere periode nodig heeft om effect te laten zien. VEiP betreft een complexe transitie met transformatie van werkprocessen, betere afstemming tussen wonen, zorg en welzijn en verandering van houding en gedrag van professionals en burgers ten aanzien van zelfredzaamheid en eigen kracht. Deze evaluatie dient dan ook beschouwd te worden als tussenevaluatie van een proces dat in gang is gezet en waarvan kan worden verwacht dat de effecten op het moment van de follow-up meting waarschijnlijk nog onvoldoende zijn doorgedrongen, zeker niet tot op het niveau van de ouderen.

Overige bevindingen

Als puur gekeken wordt naar de ontwikkeling in de uitkomstmaten blijkt dat binnen bijna alle onderzoeksgebieden sprake is van een daling in zelfmanagementvaardigheden. Alleen in Heerlerheide blijft de score op zelfmanagementvaardigheden stabiel. De negatieve ontwikkeling heeft mogelijk te maken met een daling van zelfmanagementvaardigheden met de leeftijd. Bij de overige uitkomstmaten is de ontwikkeling in de tijd niet eenduidig positief of negatief te benoemen.

Wat betreft kosten voor de maatschappij was opvallend dat de kosten over het algemeen hoger waren in het stedelijke gebied dan in het plattelandsgebied. Dit verschil werd vooral veroorzaakt door hogere kosten voor de gezondheidszorg in het stedelijk gebied.

Kanttekeningen bij het onderzoek

Het onderzoek was zo opgezet dat interventiegebieden (pilots van transitie VEiP) steeds vergeleken werden met controlegebieden, die op basis van indicatoren vergelijkbaar waren met de interventiegebieden. Binnen de vergelijkingsgebieden was sprake van 'practice as usual', wat inhoudt dat in deze gebieden ook ontwikkelingen op het gebied van de ondersteuning van ouderen hebben plaatsgevonden (deze kunnen immers niet worden tegengehouden). Het voerde te ver voor de doelen van het onderhavige onderzoek om de ontwikkelingen in deze onderzoeksgebieden intensief te volgen. De vergelijking 'transitie VEiP' versus 'practice as usual' kan echter de grootte van het contrast tussen de interventie- en vergelijkingsonderzoeksgebieden hebben beperkt, omdat we weten uit de praktijk dat ook in de vergelijkingsgebieden allerlei initiatieven hebben plaatsgevonden.

Een andere methodologische kanttekening bij het onderzoek is dat het zorggebruik is nagevraagd over een half jaar; navragen over langere periode kan gepaard gaan met recall bias. Voor vergelijkingsdoeleinden met cijfers van de zorgverzekeraar zijn deze cijfers op basis van de eerste meting en follow-up meting geëxtrapolerd naar één jaar. Deze extrapolatie kan mogelijk tot overrapportage van zorggebruik over een jaar hebben geleid. Daarbij is de aanname gedaan dat hulpmiddelen en aanpassingen voor langere termijn worden aangeschaft; de kosten van deze kostencategorieën zijn dus niet geëxtrapolerd naar één jaar. We hebben hiermee getracht in elk geval overrapportage van hulpmiddelen en aanpassingen te voorkomen.

Het onderhavige onderzoek heeft plaatsgevonden in een periode waarin één van de grootste decentralisaties van het overheidsbeleid plaatsvindt. In eerste instantie was de transitie VEiP gericht op ouderen in een kwetsbare positie. Onder invloed van de decentralisaties in het sociale domein is de doelgroep VEiP verbreed naar alle burgers in een kwetsbare positie, inclusief jeugd en mensen met een beperking (Hesdahl, 2015). Het is waarschijnlijk dat dit de resultaten van de evaluatie heeft beïnvloed; over de mate en richting van deze beïnvloeding is geen uitspraak mogelijk.

Concluderend is geen effect aangetoond van de transitie VEiP. Ook is er geen bewijs voor de kosteneffectiviteit van de transitie VEiP.

Referenties

- Cramm J.M., Strating M.M.H., de Vreede P.L., Steverink N. & Nieboer A.P. (2012). Validation of the self-management ability scale (SMAS) and development and validation of a shorter scale (SMAS-S) among older patients shortly after hospitalisation. *Health and quality of life outcomes*, 10 (9), –7525.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). Consumentenprijzen; prijsindex 2006=100. Geraadpleegd in oktober 2014, via [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71311NED&D1=0&D2=137&D3=\(I-39\)-I&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71311NED&D1=0&D2=137&D3=(I-39)-I&VW=T).
- de Jong Gierveld J., & Kamphuis F.H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.
- de Jong Gierveld J., & Van Tilburg T. (2010). The De Jong Gierveld Short Scales for Emotional and Social Loneliness: Tested on data from seven countries in the UN Generations and Gender Surveys. *European Journal of Ageing*, 7 (2), 121-130.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Thorrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (eds.) (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York.
- EuroQol Group (1990) EuroQol - a new facility for the measurement of healthrelated quality of life. *Health Policy*, 16, 199–208.
- Evers S.M.A.A., Wolfs C., Van Heugten C.M. (2010), *Economische evaluatie van Neuropsychologische Behandeling.*, In R. Ponds, C. van Heugten, L. Fasotti & E. Wekking (Eds.). *Neuropsychologische Behandeling*, Amsterdam: Boom Uitgeverij., Ch. 6, 115-138.
- Hakkaart-van Roijen L., Tan S.S., & Bouwmans C.A.M. (2010). *Handleiding voor kostenonderzoek*. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen.
- Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, Bonse G & Badia X (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20 (10), 1727-1736.
- Hesdahl, B. (2015). *Eindevaluatie Voor Elkaar in Parkstad*. Geleen: GGD Zuid-Limburg.
- Nunes V., Neilson J., O'Flynn N., Calvert, N. Kuntze, S. Smithson H., Benson J., Blair, J. Bowser A., Clyne W., Crome P., Haddad P., Hemingway S., Horne R., Johnson S., Kelly S., Packham B., Patel M. & Steel J. (2009). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Zicht op zinnige en duurzame zorg*. Den Haag: RVZ.
- Schuurmans H., Steverink N., Frieswijk N., Buunk B.P., Slaets J.P.J., & Lindenberg S. (2005). How to measure Self-Management Abilities in older people by self-report. The development of the SMAS-30. *Quality of Life Research*, 14, 2215-2228.
- Steverink N. (2009). *Self-Management Ability Scale: SMAS-30/versie 2. Achtergrond, handleiding en scoring*. Via www.nardisteverink.nl.
- van Tilburg T., & De Jong Gierveld J. (Eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij.
- van Hout B, Janssen MF, et al. (2012). Interim scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value in Health*, 15(5), 708-15.

INHOUDSOPGAVE APPENDIX

- Tabel A1. Achtergrondkenmerken eerste meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A2. Fysieke en mentale gezondheid eerste meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A3. Uitkomstmaten eerste meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A4. Uitkomstmaten follow-up meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A5. Effect van interventiegebied versus vergelijkingsgebied op uitkomstmaten – met en zonder correctie voor potentiële confounders (vragenlijstgegevens)
- Tabel A6. Kosten eerste meting en follow-up meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A7. Kosten CZ 2010 en 2011
- Tabel A8. Volumina eerste meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A9. Volumina follow-up meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A10. Referentieprijzen vragenlijstgegevens
- Tabel A11. Volumina CZ 2010
- Tabel A12. Volumina CZ 2011
- Tabel A13. Volumina welzijnsvoorzieningen follow-up meting (vragenlijstgegevens)
- Tabel A14. Kostprijzen CZ
- Figuur A1. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. zelfmanagement
- Figuur A2. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. eenzaamheid
- Figuur A3. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)
- Figuur A4. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. utiliteiten (EQ5D)
- Figuur A5. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. zelfmanagement
- Figuur A6. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. eenzaamheid
- Figuur A7. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)
- Figuur A8. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. utiliteiten (EQ5D)

- Figuur A9. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. zelfmanagement
- Figuur A10. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. eenzaamheid
- Figuur A11. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)
- Figuur A12. Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. utiliteiten (EQ5D)

Tabel A1. Achtergrondkenmerken eerste meting (vragenlijstgegevens)

	A [†] (n=107)	B [†] (n=105)	A versus B [*] , p-waarde	C [†] (n=122)	D [†] (n=89)	C versus D [*] , p-waarde	A+B versus C+D [§] , p-waarde	A+C versus B+D ^{§§} , p-waarde
Geslacht, % mannen	41.1	40.0	.87	46.7	43.8	.68	.31	.63
Leeftijd, gemiddelde (sd)	80.7 (4.2)	80.6 (4.1)	.86	80.3 (4.1)	79.8 (3.7)	.36	.18	.51
Hoogste opleiding, in (%) lagere school of lager	36.1	26.1	.14	29.1	36.6	.26	.84	.80
Gehuwd (%)	42.5	44.7	.75	55.7	42.5	.06	.17	.23
Alleenwonend (%)	49.1	52.4	.63	38.5	53.9	.03	.24	.05
Afhankelijk van medebewoners om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen (%)	25.9	24.0	.82	23.3	12.2	.15	.27	.13
Aangepaste woning (%)	42.3	21.4	.01	12.8	21.0	.00	.00	.25
(gezamenlijk) inkomen uitsluitend AOW (%)	11.5	17.6	.21	20.0	16.1	.47	.30	.81
Moeite met rondkomen in het afgelopen jaar, % enige tot grote moeite	13.2	7.8	.21	6.6	14.9	.05	.87	.64

[†]A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

^{*}verschillen paarsgewijs getoetst tussen A en B en tussen C en D, met χ^2 toets (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $P < .10$ wordt als potentiële confounder beschouwd.

[§]verschillen tussen stedelijk gebied (A+B) en plattlandsgebied (C+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden; $p < .10$ wordt beschouwd als een statistisch significant verschil voor confounding.

^{§§}verschillen tussen interventiegebied (A+C) en vergelijkingsgebied (B+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden; $p < .10$ wordt beschouwd als een statistisch significant verschil voor confounding.

Tabel A2. Fysieke en mentale gezondheid eerste meting (vragenlijstgegevens)

	A [‡] (n=107)	B [‡] (n=105)	A versus B*, p-waarde	C [‡] (n=122)	D [‡] (n=89)	C versus D*, p- waarde	A+B versus C+D [§] , p- waarde	A+C versus B+D ^{§§} , p- waarde
Psychisch welbevinden (SF36), range 0-100, gemiddelde (sd)	76.2 (19.9)	76.1 (17.0)	.98	77.8 (15.4)	77.1 (17.1)	.76	.44	.78
Ervaren algemene gezondheid, % redelijk tot slecht	35.8	42.9	.30	41.0	36.0	.46	.92	.82
Multimorbiditeit, % 2 of meer ziekten of aandoeningen	74.5	72.4	.72	68.9	59.6	.16	.06	.27
ADL beperkingen, % >= 1 beperking	43.3	38.1	.45	34.7	30.7	.54	.10	.40
iADL beperkingen, % >= 1 beperking	65.4	58.1	.28	60.7	43.2	.01	.08	.02

[‡]A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Sijpeveld, vergelijkingsgebied.

*verschillen paarsgewijs getoetst tussen A en B en tussen C en D, met χ^2 toets (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $P < .10$ wordt als potentiële confounder beschouwd.

[§]verschillen tussen stedelijk gebied (A+B) en plattelandsgebied (C+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden; $p < .10$ wordt beschouwd als een statistisch significant verschil voor confounding.

^{§§}verschillen tussen interventiegebied (A+C) en vergelijkingsgebied (B+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden; $p < .10$ wordt beschouwd als een statistisch significant verschil voor confounding.

Tabel A3. Uitkomstmaten eerste meting (vragenlijstgegevens)

	A [‡] (n=107)	B [‡] (n=105)	A versus B [*] , p- waarde	C [‡] (n=122)	D [‡] (n=89)	C versus D [*] , p- waarde	A+B versus C+D [§] , p-waarde	A+C versus B+D ^{§§} , p- waarde
Zelfmanagement (18 items), range 1-6, gemiddelde (sd)	3.9 (0.7)	3.9 (0.7)	.73	3.9 (0.7)	4.1 (0.7)	.09	.25	.40
Eenzaamheid, range 0-11, gemiddelde (sd)	2.1 (2.4)	3.0 (2.8)	.01	2.4 (2.7)	2.7 (3.2)	.44	.95	.02
Kwaliteit van leven (EQ5D-VAS), range 0-100, gemiddelde (sd)	70.9 (18.7)	72.2 (17.2)	.59	71.0 (16.6)	72.8 (17.3)	.52	.57	.46
EQ5D-utiliteiten, gemiddelde (sd)	0.7 (0.2)	0.7 (0.2)	.36	0.7 (0.2)	0.8 (0.2)	.08	.07	.08

[‡]A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

^{*}verschillen paarsgewijs getoetst tussen A en B en tussen C en D, met χ^2 toets (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden.

[§]verschillen tussen stedelijk gebied (A+B) en plattelandsgebied (C+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden.

^{§§}verschillen tussen interventiegebied (A+C) en vergelijkingsgebied (B+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden.

Tabel A4. Uitkomstmaten follow-up meting (vragenlijstgegevens)

	A [‡] (n=81)	B [‡] (n=83)	A versus B [*] , p- waarde	C [‡] (n=94)	D [‡] (n=64)	C versus D [*] , p- waarde	A+B versus C+D [§] , p- waarde	A+C versus B+D ^{§§} , p- waarde
Zelfmanagement (18 items), range 1-6, gemiddelde (sd)	3.8 (.7)	3.8 (0.7)	.94	3.9 (0.7)	4.1 (0.6)	.09	.07	.38
Eenzaamheid, range 0-11, gemiddelde (sd)	2.8 (2.9)	3.1 (3.2)	.52	2.7 (2.9)	2.2 (2.7)	.36	.13	.97
Kwaliteit van leven (EQ5D-VAS), range 0-100, gemiddelde (sd)	67.6 (16.9)	70.6 (17.9)	.28	71.0 (16.6)	72.8 (17.3)	.52	.17	.28
EQ5D-utiliteiten, gemiddelde (sd)	0.7 (.2)	0.7 (0.2)	1.0	0.8 (0.2)	0.8 (0.1)	.01	.00	.16

[‡]A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

*verschillen paarsgewijs getoetst tussen A en B en tussen C en D, met χ^2 toets (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen).

[§]verschillen tussen stedelijk gebied (A+B) en plattlandsgebied (C+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden.

^{§§}verschillen tussen interventiegebied (A+C) en vergelijkingsgebied (B+D), getoetst met χ^2 test (categoriale variabelen) of ongepaarde t-toets (continue variabelen). $p < .05$ wordt beschouwd als statistisch significant verschil voor beschrijvende doeleinden.

Tabel A5. Effect van interventiegebied versus vergelijkingsgebied op uitkomstmaten – met en zonder correctie voor potentiële confounders (vragenlijstgegevens)

Uitkomstmaat	Ongecorrigeerd effect van A+C versus B+D [‡] , β	Gecorrigeerd effect van A+C versus B+D ^{‡§} , β	Ongecorrigeerd effect van A versus B [‡] , β	Gecorrigeerd effect van A versus B ^{‡*} , β	Ongecorrigeerd effect van C versus D [‡] , β	Gecorrigeerd effect van C versus D ^{‡†} , β
Zelfmanagement	-.05 (p=.38)	.00 (p=.91) [†]	.00 (p=.94)	.02 (p=.79)	-.14 (p=.09)	-.02 (p=.76) [†]
Eenzaamheid	-.00 (p=.97)	.04 (p=.38) [†]	-.05 (p=.52)	.05 (p=.41) [†]	.07 (p=.36)	.06 (p=.34) [†]
Kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)	-.06 (p=.28)	-.06 (p=.20)	-.08 (p=.28)	-.07 (p=.39) [†]	-.05 (p=.52)	-.06 (p=.38) [†]
EQ5D-5L utiliteiten	-.08 (p=.16)	-.03 (p=.50)	-.00 (p=.99)	.04 (p=.49)	-.20 (p=.01)	-.11 (p=.09) [†]

[‡]A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

[§]in lineaire regressie interventiegebied versus vergelijkingsgebied is gecorrigeerd voor eerste meting uitkomstmaat en andere potentiële confounders aangepaste woning en iADL beperkingen

*in lineaire regressie stedelijk gebied is gecorrigeerd voor eerste meting uitkomstmaat en andere potentiële confounder aangepaste woning

[†]in lineaire regressie plattelandsgebieden is gecorrigeerd voor eerste meting uitkomstmaat en andere potentiële confounders gehuwd, alleen wonen, aangepaste woning, moeite met rondkomen en iADL beperkingen

[‡]er is sprake van confounding ivm een verandering van meer dan 10% in de beta coefficient.

Tabel A6. Gemiddelde kosten (sd) in euro's per deelnemer bij de eerste meting en followup meting (vragenlijstgegevens)

	Kosten eerste meting				Kosten followup meting			
	A ^y , m (sd)	B ^y , m (sd)	C ^y , m (sd)	D ^y , m (sd)	A ^y , m (sd)	B ^y , m (sd)	C ^y , m (sd)	D ^y , m (sd)
Ziekenhuisopnames	1.234,15 (4.315,49)	413,23 (1.294,39)	216,48 (1.048,71)	455,72 (1.596,89)	826,79 (2.510,61)	522,76 (3.204,62)	331,14 (1.854,29)	353,72 (1.360,15)
Dagbehandeling	348,61 (3.606,10)	254,11 (2.426,82)	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	115,13 (726,93)	37,45 (157,37)	203,93 (1.923,86)	0,00 (0,00) *
Contacten specialisten	327,75 (437,18)	254,74 (335,91)	226,55 (311,71)	295,53 (713,54)	304,54 (380,24)	227,38 (317,64)	226,06 (321,55)	181,11 (246,20)
Huisartsencontacten totaal	223,64 (336,94)	161,29 (148,17)	131,23 (136,02)	135,08 (198,50)	227,63 (313,45)	143,46 (116,08)	129,74 (129,57)	141,79 (204,92)
Huisartsencontacten ongepland	24,89 (95,06)	18,60 (53,22)	24,74 (100,31)	17,95 (50,39)	33,97 (112,77)	20,32 (56,01)	4,72 (23,88)	18,03 (71,04)
Thuiszorg verzorging en verpleging	1.804,18 (4.519,83)	554,78 (2.335,83)	756,71 (2.769,00)	264,30 (1.752,94)	1.261,73 (3.899,82)	793,53 (3.574,15)	454,10 (1.535,91)	168,87 (684,22)
Thuiszorg huishoudelijke hulp	1.537,20 (2.012,88)	1.395,43 (1.961,61)	1.603,47 (2.217,62)	985,50 (1.920,32)	1.497,52 (1.814,08)	1.512,93 (1.847,65)	1.521,37 (2.186,55)	879,60 (1.757,78)
Huishoudelijke hulp overig	253,23 (715,58)	92,39 (432,47)	204,71 (578,60)	241,77 (718,52)	335,40 (755,79)	158,78 (592,69)	223,97 (543,70)	295,09 (767,20)
Particuliere verzorging en verpleging	17,36 (126,38)	5,90 (60,43)	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *
Tijdelijke opnames in een instelling	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *	0,00 (0,00) *				
Dagopvang	95,63 (989,23)	69,03 (665,69)	0,00 (0,00) *	25,54 (240,93) *	294,77 (1.544,11)	315,06 (1.341,32)	127,00 (1.068,11)	0,00 (0,00) *
Contacten paramedische hulpverleners	355,14 (726,39)	335,53 (743,86)	203,18 (512,72)	305,05 (598,04)	374,97 (659,27)	277,87 (556,10)	147,79 (371,40)	217,78 (470,64)
Contacten GGZ hulpverleners	15,43 (97,64)	25,16 (133,09)	4,06 (33,32)	7,42 (55,16)	20,39 (150,84)	3,98 (36,25)	45,67 (409,79)	28,38 (207,10)
Contacten alternatieve genezers	24,61 (199,68)	22,48 (118,31)	5,58 (50,74)	12,75 (68,10)	15,13 (74,60)	11,49 (71,55)	0,97 (9,37)	4,97 (34,43)
TOTALE KOSTEN GEZONDHEIDSZORG	7.390,20 (14183,39)	3.766,40 (5908,08)	3.529,71 (5021,61)	2.746,61 (4099,36)	5.548,47 (7.452,17)	4.037,16 (5.999,82)	3.443,19 (5.768,61)	2.438,76 (3.692,42)

<Vervolg Tabel A6.> Gemiddelde kosten (sd) in euro's per deelnemer bij de eerste meting en followup meting (vragenlijstgegevens)

	Kosten eerste meting				Kosten followup meting			
	A ^y , m (sd)	B ^y , m (sd)	C ^y , m (sd)	D ^y , m (sd)	A ^y , m (sd)	B ^y , m (sd)	C ^y , m (sd)	D ^y , m (sd)
Hulpmiddelen	206,56 (414,64)	331,26 (1247,63)	255,38 (441,09)	166,70 (326,52)	171,16 (437,16)	165,84 (602,74)	198,21 (632,98)	136,70 (382,20)
Personenalarmering	12,39 (94,11)	27,49 (156,65)	42,20 (190,31)	10,96 (99,25)	14,44 (56,67)	14,10 (56,01)	19,91 (65,65)	3,66 (29,25)
Maaltijdservice	34,38 (183,17)	20,34 (115,70)	15,26 (98,86)	12,30 (81,56)	39,31 (174,65)	13,73 (120,17)	20,37 (142,89)	28,50 (129,87)
Vervoersvoorziening	14,69 (46,27)	13,90 (48,20)	13,08 (43,63)	4,60 (18,62)	25,59 (82,76)	6,52 (18,80)	13,84 (51,08)	14,30 (71,72)
TOTALE KOSTEN OVERIGE SECTOREN	206,56 (414,64)	331,26 (1.247,63)	255,38 (441,09)	166,71 (326,53)	226,10 (490,56)	209,80 (671,89)	257,26 (711,30)	190,08 (440,15)
Onbetaalde hulp van familie/vrienden	1365,76 (5038,39)	120,89 (525,72)	242,77 (793,44)	304,96 (867,20)	431,27 (1532,01)	201,43 (630,55)	490,47 (1880,01)	168,10 (622,47)
Dagen niet in staat om dagelijkse bezigheden uit te voeren	2737,21 (7909,70)	1055,59 (3252,19)	1900,74 (6192,20)	1597,86 (6418,46)	2277,02 (5629,36)	1974,48 (5737,72)	930,99 (3172,47)	715,95 (1987,21)
TOTALE KOSTEN PATIENT & FAMILIE	4102,97 (9320,97)	1176,48 (3449,83)	2179,04 (6282,28)	1902,82 (6576,76)	2708,30 (5918,77)	2175,90 (6055,06)	1467,58 (3844,58)	884,05 (2181,13)
TOTALE KOSTEN	11699,74 (21020,01)	5274,14 (7666,68)	5964,14 (9198,77)	4.816,14 (8360,96)	8482,87 (10924,46)	6422,86 (8798,91)	5168,03 (8426,47)	3512,89 (5427,43)

^yA=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Tabel A7. Gemiddelde kosten (sd) in euro's per deelnemer op basis van registratiegegevens CZ, 2010 en 2011

	CZ registratiegegevens 2010				CZ registratiegegevens 2011			
	A ^y , m (sd)	B ^y , m (sd)	C ^y , m (sd)	D ^y , m (sd)	A ^y , m (sd)	B ^y , m (sd)	C ^y , m (sd)	D ^y , m (sd)
Ziekenhuisopnames Klinisch	1.434,78 (3.393,75)	1.461,40 (4.202,30)	1.222,03 (3.141,19)	1.076,97 (3.038,05)	1.033,04 (2.899,74)	1.292,78 (2.920,55)	1.316,04 (3.343,25)	942,35 (2.406,08)
Ziekenhuisopnames met dagopname	288,49 (561,63)	339,06 (839,89)	259,89 (720,92)	253,77 (654,01)	331,77 (792,41)	226,04 (582,75)	318,96 (873,40)	270,69 (665,00)
Medisch specialistische zorg poliklinisch	807,61 (775,56)	799,51 (880,26)	804,41 (777,87)	670,72 (848,83)	886,19 (843,90)	1.030,39 (940,98)	1.083,28 (1.068,62)	737,28 (1.000,93)
Tweedelijnscontacten GGZ Klinisch	0,00 (0,00)*	344,80 (3.395,87)	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*
Tweedelijnscontacten GGZ ambulante	15,15 (147,66)	44,51 (250,46)	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	30,30 (207,71)	89,03 (348,51)	37,22 (229,43)	0,00 (0,00)*
Fysiotherapie (basisverzekering)	269,44 (743,18)	174,64 (630,05)	174,54 (491,47)	291,24 (791,73)	291,02 (834,36)	233,62 (753,38)	183,80 (444,66)	331,67 (860,71)
Ergotherapie (basisverzekering)	3,58 (20,76)	3,98 (21,98)	0,98 (7,57)	2,52 (14,36)	1,91 (13,52)	1,87 (14,53)	5,48 (33,01)	1,96 (13,52)
Logopedie (basisverzekering)	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	5,58 (60,09)	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,88 (9,49)	0,00 (0,00)*
Dieetadvies (basisverzekering)	2,05 (17,36)	2,58 (18,02)	1,68 (15,71)	4,82 (21,49)	2,05 (17,36)	2,58 (18,02)	1,68 (15,71)	4,82 (21,49)
Aantal consulten met huisarts en/of PH	228,33 (190,22)	310,89 (236,10)	235,91 (188,38)	178,24 (153,76)	234,38 (176,04)	316,48 (249,85)	231,13 (180,55)	183,92 (148,40)
Aantal ANW consulten	7,47 (19,04)	12,35 (26,21)	4,21 (15,46)	8,77 (28,43)	12,61 (29,43)	9,61 (30,20)	7,65 (18,76)	7,67 (21,96)
Eerstelijns contacten GGZ (basisverzekering)	0,87 (8,47)	3,40 (33,53)	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*	0,00 (0,00)*
Mondzorg (basisverzekering)	4,27 (11,48)	3,08 (8,14)	4,05 (11,91)	7,90 (20,37)	4,94 (12,63)	5,50 (15,18)	6,62 (14,19)	7,11(19,96)
Hulpmiddelen	473,25 (784,84)	683,70 (1425,00)	328,79 (588,30)	275,00 (545,09)	657,05 (1163,73)	694,45 (1493,98)	391,68 (712,30)	367,03 (680,43)
ambulance vervoer (basisverzekering)	82,04 (277,80)	80,50 (291,70)	31,02 (141,56)	40,39 (195,16)	54,73 (183,67)	54,69 (217,49)	58,22 (173,64)	24,87 (111,07)
zittend ziekenvervoer (basisverzekering)	12,20 (85,44)	38,72 (313,83)	28,81 (227,47)	0,00 (0,00)*	22,91 (177,40)	11,53 (113,56)	12,18 (131,09)	0,00 (0,00)*

Tabel A8. Volumina eerste meting (vragenlijstgegevens)

concept	N= 107	A [‡] , m (sd)	N= 105	B [‡] , m (sd)	N= 122	C [‡] , m (sd)	N= 89	D [‡] , m (sd)
Ziekenhuisopnames	19	2,62 (9,15)	15	0,88 (2,74)	7	0,46 (2,22)	9	0,97 (3,39)
Dagbehandeling	1	1,35 (13,92)	5	0,98 (9,37)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
contacten specialisten	66	4,41 (5,88)	64	3,43 (4,52)	66	3,05 (4,20)	47	3,98 (9,60)
huisartsencontacten totaal	85	7,74 (11,66)	86	5,58 (5,13)	89	4,54 (4,71)	61	4,94 (7,29)
huisartsencontacten ongepland	17	0,56 (2,14)	15	0,42 (1,20)	14	0,56 (2,26)	12	0,40 (1,14)
thuiszorg verzorging en verpleging	22	39,73 (99,53)	12	12,22 (51,44)	16	16,66 (60,98)	5	5,82 (38,60)
thuiszorg huishoudelijke hulp	45	62,08 (81,30)	38	56,36 (79,23)	46	64,76 (89,56)	20	39,80 (77,56)
huishoudelijke hulp overig	19	19,63 (55,47)	7	7,16 (33,52)	17	15,87 (44,85)	11	18,74 (44,70)
particuliere verzorging en verpleging	2	1,35 (9,80)	1	0,46 (4,68)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Tijdelijke opnames in een instelling	0	0,00 (0,00)	0	0,00 (0,00)	3	0,02	3	0,03
Dagopvang	1	2,69 (27,84)	5	1,94 (18,74)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
contacten paramedische hulpverleners	37	15,64 (32,00)	33	14,78 (32,77)	31	8,95 (22,59)	29	13,44 (26,35)
contacten GGZ hulpverleners	3	0,19 (1,18)	4	0,30 (1,61)	2	0,05 (0,40)	2	0,09 (0,67)
contacten alternatieve genezers	5	1,08 (8,80)	7	0,99 (5,21)	2	0,25 (2,24)	4	0,56 (3,00)
Hulpmiddelen		n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.
Aanpassingen in huis		n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.
personenalarmering	5	n.v.t.	5	n.v.t.	7	n.v.t.	2	n.v.t.
maaltijdservice	5	n.v.t.	7	n.v.t.	7	n.v.t.	3	n.v.t.
vervoersvoorziening	22	n.v.t.	20	n.v.t.	21	n.v.t.	14	n.v.t.
onbetaalde hulp van familie/vrienden	28		9		16		15	
dagen niet in staat om dagelijkse bezigheden uit te voeren	28		20		25		13	

‡A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Tabel A9. Volumina follow-up meting* (vragenlijstgegevens)

concept	N= 81	A [‡] , m (sd)	N= 83	B [‡] , m (sd)	N= 94	C [‡] , m (sd)	N= 64	D [‡] , m (sd)
Ziekenhuisopnames	13	1,75 (5,32)	5	1,11 (6,79)	5	0,70 (3,93)	6	0,75 (2,88)
Dagbehandeling	5	0,44 (2,81)	5	0,14 (0,61)	2	0,79 (7,43)	0	0,00 (0,00)*
Contacten specialisten	58	4,10 (5,12)	46	3,06 (4,28)	47	3,04 (4,33)	31	2,44 (3,31)
Huisartsencontacten totaal	63	7,88 (10,85)	66	4,96 (4,02)	66	4,49 (4,48)	46	4,91 (7,09)
Huisartsencontacten ongepland	14	0,77 (2,54)	12	0,46 (1,26)	4	0,11 (0,54)	5	0,41 (1,60)
Thuiszorg verzorging en verpleging	16	27,79 (85,88)	9	17,47 (78,71)	11	10,00 (33,82)	6	3,72 (15,07)
Thuiszorg huishoudelijke hulp	36	60,48 (73,27)	36	61,10 (74,62)	34	61,44 (88,31)	14	35,52 (70,99)
Huishoudelijke hulp overig	16	26,00 (58,59)	8	12,31 (45,96)	17	17,36 (42,15)	10	22,88 (59,47)
Particuliere verzorging en verpleging	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Tijdelijke opnames in een instelling	1		2		1		1	
Dagopvang	3	8,30 (43,46)	5	8,87 (37,75)	2	3,57 (30,06)	0	0,00 (0,00)*
Contacten paramedische hulpverleners	28	16,52 (29,04)	28	12,24 (24,50)	26	6,51 (16,36)	21	9,59 (20,73)
Contacten GGZ hulpverleners	2	0,25 *1,83)	1	0,05 (0,44)	2	0,55 (4,96)	2	0,34 (2,51)
Contacten alternatieve genezers	4	0,67 (3,29)	3	0,51 (3,15)	1	0,04 (0,41)	2	0,22 (1,52)
Hulpmiddelen		n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.
Aanpassingen in huis	1	n.v.t.	1	n.v.t.	0	n.v.t.	3	n.v.t.
Personenalarmering	5	n.v.t.	5	n.v.t.	8	n.v.t.	1	n.v.t.
Maaltijdservice	0	n.v.t.	0	n.v.t.	0	n.v.t.	0	n.v.t.
Vervoersvoorziening	1	n.v.t.	5	n.v.t.	3	n.v.t.	2	n.v.t.
Onbetaalde hulp van familie/vrienden	24		17		15		8	
Dagen niet in staat om dagelijkse bezigheden uit te voeren	24		23		19		14	

* Vragenlijstgegevens zijn maal 2 gedaan (half jaar → jaar) muv hulpmiddelen en aanpassingen.

‡A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Tabel A10. Referentieprijzen vragenlijstgegevens

	Eenheid	Referentieprij na indexering	Bron(nen)	Opmerking
Kosten gezondheidszorg				
ziekenhuisopnames	Aantal nachten	471,62	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. verpleegdag in ziekenhuis, 2009.
dagbehandeling	Aantal dagen	259,04	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: dagbehandeling per dag 2009
contacten specialisten	Aantal contacten	74,30	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: referentieprij per polikliniekbezoek, 2009
huisartsencontacten standaard	Aantal contacten	28,90	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Vergelijking: Zowel kosten als volumina, CZ:Referentieprij: per standaardconsult, 2009
huisartsencontacten ongepland / ANW	Aantal contacten	44,38	Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Vergelijking CZ: zowel kosten als volumina Referentieprij: per consult met visite aan huis huisarts, 2009
thuiszorg verzorging en verpleging	Aantal uren	45,41	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. uur verzorging, voor minimum gekozen van verzorging en verpleging, 2009.
thuiszorg huishoudelijke hulp	Aantal uren	24,76	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. thuiszorg per uur, 2009.
particuliere huishoudelijke hulp	Aantal uren	12,90	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. informele zorg per uur, 2009.
particuliere verzorging en verpleging	Aantal uren	12,90	Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. informele zorg per uur, 2009.
tijdelijke opnames in een instelling	Aantal nachten	divers	Hakkaart-van Roijen et al., 2010) of tarief.	Referentieprij: afhankelijk van soort instelling
dagopvang	Aantal dagen	71,03	http://www.nza.nl/137706/142055/567517/CA-300-541.pdf	Referentieprij: o.b.v. dagactiviteit, per dagdeel*2, 2012.
contacten paramedische hulpverleners	Aantal contacten	22,70	Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Vergelijking met CZ: Aantal contacten fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, dieetadviesing (zowel kosten als volumina) Referentieprij: minimum uurtarief genomen van paramedische zorg, 2009.

<Vervolg Tabel A10.> Referentieprijzen vragenlijstgegevens

	Einheid	Referentieprij na indexering	Bron(nen)	Opmerking
Kosten gezondheidszorg				
contacten GGZ hulpverleners	Aantal contacten	82,56	Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Vergelijking met CZ: Alleen kosten. Referentieprij: per contact eerstelijnspsycholoog, 2009.
contacten alternatieve genezers	Aantal contacten	22,70	Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: minimum genomen van alle mogelijke paramedische zorg, per uur, 2009.
Kosten overige sectoren				
Diverse hulpmiddelen	Per hulpmiddel	divers	Diverse bronnen via internet	Referentieprij: minimum tarief genomen dat werd gevonden op internet.
Diverse aanpassingen in huis	Per aanpassing	divers	Diverse bronnen via internet	Referentieprij: minimum tarief genomen dat werd gevonden op internet.
personalarmering	Aantal weken	19,50	http://www.sensire.nl/onze_diensten/zorg_op_afstand/personalarmering.aspx	Referentieprij: 19,50 per week
maaltijdservice	Aantal keren	3,80	http://www.maaltijdservice.nl/	Referentieprij: per maaltijd. Range (3,80-4,95)
vervoersvoorziening	Aantal keren	1,99	https://www.regiotaxilimburg.nl/portal/men-reizen-prks/tarieven-prks	Referentieprij: 0,65 * 3,06 (kosten per zone 2014 * gem aantal zones per rit obv rapportage regiotaxi 2012)
Kosten voor patiënt en familie				
onbetaalde hulp van familie/vrienden	Aantal uren	12,90	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. informele zorg per uur, 2009.
dagen niet in staat om dagelijkse bezigheden uit te voeren	Aantal dagen	103,20	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: o.b.v. uurtarief informele zorg * 8 uur, 2009.

Tabel A11. Volumina CZ 2010

Concept	n=	A ^y m (sd)	n=	B ^y m (sd)	n=	C ^y m (sd)	n=	D ^y m (sd)
Ziekenhuisopnames Klinisch	18	0,26 (0,62)	15	0,27 (0,77)	19	0,22 (0,58)	11	0,20 (0,56)
Ziekenhuisopnames met dagopname	20	0,21 (0,41)	17	0,25 (0,61)	16	0,19 (0,53)	13	0,19 (0,48)
Medisch specialistische zorg poliklinisch	75	1,95 (1,87)	70	1,93 (2,12)	87	1,94 (1,88)	51	1,62 (2,05)
Tweedelijnscontacten GGZ Klinisch	0	0,00 (0,00)*	1	0,01 (0,10)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Tweedelijnscontacten GGZ ambulante	1	0,01 (0,10)	3	0,03 (0,17)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Fysiotherapie (basisverzekering)	15	7,25 (20,00)	9	4,70 (16,96)	20	4,70 (13,23)	12	7,84 (21,31)
Ergotherapie (basisverzekering)	3	0,16 (0,91)	4	0,18 (0,97)	2	0,04 (0,33)	3	0,11 (0,63)
Logopedie (basisverzekering)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	1	0,16 (1,76)	0	0,00 (0,00)*
Dieetadvies (basisverzekering)	2	0,07 (0,62)	2	0,09 (0,65)	2	0,06 (0,56)	4	0,17 (0,77)
Aantal consulten met huisarts en / of PH	89	7,81 (6,57)	93	10,61 (8,04)	112	8,11 (6,48)	75	6,06 (5,25)
Aantal ANW consulten	14	0,17 (0,43)	21	0,28 (0,59)	9	0,09 (0,35)	10	0,20 (0,64)
Eerstelijns contacten GGZ (basisverzekering)	1	0,01 (0,10)	1	0,04 (0,41)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Mondzorg (basisverzekering)	13	0,20 (0,54)	13	0,14 (0,38)	16	0,19 (0,56)	16	0,37 (0,95)
Hulpmiddelen	58	n.v.t.	57	n.v.t.	64	n.v.t.	35	n.v.t.
ambulance vervoer (basisverzekering)	9	n.v.t.	8	n.v.t.	6	n.v.t.	4	n.v.t.
zittend ziekenvervoer (basisverzekering)	2	n.v.t.	3	n.v.t.	3	n.v.t.	0	n.v.t.

* waarde is absoluut 0.

^yA=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Tabel A12. Volumina CZ 2011

Concept	n=	A [‡] , m (sd)	n=	B [‡] , m (sd)	n=	C [‡] , m (sd)	n=	D [‡] , m (sd)
Ziekenhuisopnames Klinisch	13	0,19 (0,53)	19	0,24 (0,54)	20	0,24 (0,61)	12	0,17 (0,44)
Ziekenhuisopnames met dagopname	17	0,24 (0,58)	14	0,16 (0,43)	17	0,23 (0,64)	13	0,20 (0,49)
Medisch specialistische zorg poliklinisch	70	2,14 (2,03)	84	2,48 (2,27)	86	2,61 (2,58)	52	1,78 (2,41)
Tweedelijnscontacten GGZ Klinisch	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Tweedelijnscontacten GGZ ambulante	2	0,02 (0,14)	6	0,06 (0,24)	3	0,03 (0,16)	0	0,00 (0,00)*
Fysiotherapie (basisverzekering)	15	7,82 (22,42)	14	6,28 (20,25)	23	4,94 (11,95)	16	8,91 (23,13)
Ergotherapie (basisverzekering)	2	0,08 (0,60)	2	0,08 (0,64)	5	0,24 (1,45)	2	0,09 (0,60)
Logopedie (basisverzekering)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	1	0,03 (0,28)	0	0,00 (0,00)*
Dieetadvies (basisverzekering)	4	0,06 (0,32)	2	0,05 (0,42)	2	0,03 (0,29)	2	0,07 (0,57)
Aantal consulten met huisarts en / of PH	91	7,96 (6,00)	92	10,84 (8,52)	111	7,91 (6,18)	77	6,27 (5,06)
Aantal ANW consulten	18	0,28 (0,66)	14	0,22 (0,68)	18	0,17 (0,42)	10	0,17 (0,49)
Eerstelijns contacten GGZ (basisverzekering)	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*	0	0,00 (0,00)*
Mondzorg (basisverzekering)	16	0,23 (0,59)	14	0,26 (0,71)	25	0,31 (0,66)	15	0,33 (0,94)
Hulpmiddelen	63	n.v.t.	57	n.v.t.	66	n.v.t.	38	n.v.t.
ambulance vervoer (basisverzekering)	10	n.v.t.	8	n.v.t.	13	n.v.t.	4	n.v.t.
zittend ziekenvervoer (basisverzekering)	3	n.v.t.	1	n.v.t.	2	n.v.t.	0	n.v.t.

[‡]A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Tabel A13. Volumina welzijnsvoorzieningen follow-up meting (vragenlijstgegevens)

	aantal gebruikers	A [*] , n=81 m (sd)	aantal gebruikers	B [*] , n=83 m (sd)	aantal gebruikers	C [*] , n=94 m (sd)	aantal gebruikers	D [*] , n=64 m (sd)
Eetpunt	6	2,10 (10,18)	9	0,79 (3,78)	3	1,28 (8,15)	3	3,38 (17,56)
Hulp bij administratieve of financiële activiteiten	40	2,00 (6,89)	48	1,72 (5,19)	50	1,91 (5,08)	36	1,36 (4,17)
Sport- of bewegingsactiviteiten voor ouderen vanuit activiteiten- of dienstencentrum	11	4,51 (14,74)	16	5,13 (11,17)	19	5,88 (13,48)	13	6,31 (14,20)
Recreatieve /culturele activiteiten voor ouderen vanuit activiteiten- of dienstencentrum	13	4,58 (13,63)	21	8,89 (19,57)	20	6,16 (15,30)	13	9,50(22,20)
Hulp in- en om huis van een vrijwilliger via vrijwilligersorganisatie	5	0,00 (0,00)	0	0,00 (0,00)	5	0,00 (0,00)	0	0,00 (0,00)
Hulp bij het aangaan of onderhouden van sociale contacten	1	0,00 (0,00)	0	0,00 (0,00)	0	0,00 (0,00)	1	0,09 (0,75)
Vervoer naar voorzieningen (bv vervoersdienst, boodschappentaxi)	3	2,09 (13,81)	4	0,17 (0,85)	6	1,59 (8,49)	0	0,00 (0,00)
Lokaal loket voor info over gezondheid, zorg, welzijn en wonen	2	0,04 (0,25)	3	0,08 (0,50)	2	0,02 (0,15)	0	0,00 (0,00)
Contactpunt ter Eyck	9	4,44 (7,45)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Buurthulp baanbrekend werk	5	4,20 (4,66)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Uitgebreid gesprek gehad bij u thuis over uw situatie (keukentafelgesprek)	15	2,43 (1,70)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Ontmoetingspunt 'De Verbinding Corisberg'	nvt	nvt	17	3,35 (8,85)	nvt	nvt	nvt	nvt
Dienstverlening van d'r Durpswinkel (ontmoetingspunt / diensten zoals strijkservice) Simpelveld	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0	0,00 (0,00)
Dienstverlening van d'r Durpswinkel (ontmoetingspunt / diensten zoals strijkservice) Bocholtz	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0	0,00 (0,00)
Buurthulpdienst 'Bij de Hand' Simpelveld	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0	0,00 (0,00)
Buurthulpdienst 'Bij de Hand' Bocholtz	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0	0,00 (0,00)

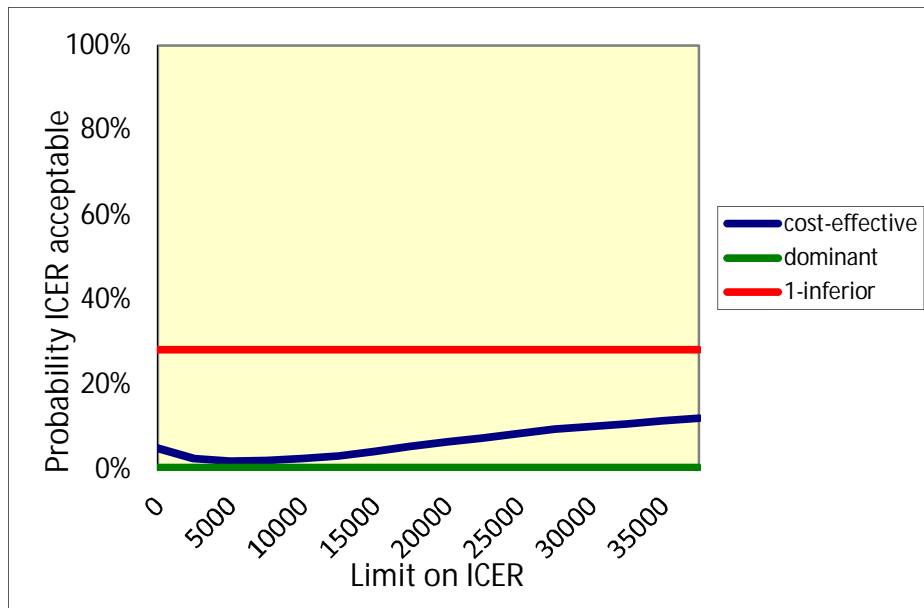
*A=stadsbuurt Heerlerheide, interventiegebied; B=stadsbuurt Heerlerbaan-centrum, vergelijkingsgebied; C=plattelandsgemeente Onderbanken, interventiegebied; D=plattelandsgemeente Simpelveld, vergelijkingsgebied.

Tabel A14. Kostprijzen CZ 2010 en 2011

	Eenheid	Referentieprij na indexering	Bron(nen)	Opmerking
Ziekenhuisopnames Klinisch	Aantal DBC's / DOT's	Zie opmerking	CZ	Referentieprij: De gemiddelde prijs van een DBC van 2010
Ziekenhuisopnames met dagopname	Aantal DBC's / DOT's	Zie opmerking	CZ	Referentieprij: De gemiddelde prijs van een DBC van 2010
Medisch specialistische zorg poliklinisch	Aantal DBC's / DOTS	Zie opmerking	CZ	Referentieprij: De gemiddelde prijs van een DBC van 2010
Tweedelijnscontacten GGZ Klinisch	Aantal DBC's	Zie opmerking	CZ	Referentieprij: Gemiddelde prijs per DBC verschaft door CZ, 2010
Tweedelijnscontacten GGZ ambulante	Aantal DBC's	Zie opmerking	CZ	Referentieprij: Gemiddelde prijs per DBC verschaft door CZ, 2010
Fysiotherapie	Aantal contacten	37,15	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per zitting, 2009
Oefentherapie	Aantal contacten	36,12	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per zitting, 2009
Ergotherapie	Aantal contacten	22,70	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per uur, 2009
Logopedie	Aantal contacten	34,06	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per zitting, 2009
Dieetadvisering	Aantal contacten	27,86	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per uur, 2009
Aantal consulten met huisarts en / of PH	Aantal contacten	28,90	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per standaard consult, 2009
Aantal ANW consulten	Aantal contacten	44,38	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per visite aan huis, 2009
Eerstelijns contacten GGZ	Aantal contacten	82,56	(Hakkaart-van Roijen et al., 2010).	Referentieprij: per contact met eerstelijnspsycholoog, 2009
Mondzorg	Aantal contacten	21,34	http://www.nza.nl/98174/139255/858862/TB-CU-7080-01_Tandheelkundige_zorg.pdf	Referentieprij: per contact op basis van NZA tariefapplicatie
Hulpmiddelen	Euro's	n.v.t.	CZ	Totale kosten CZ
Ambulance vervoer	Euro's	n.v.t.	CZ	Totale kosten CZ
Zittend ziekenvervoer	Euro's	n.v.t.	CZ	Totale kosten CZ

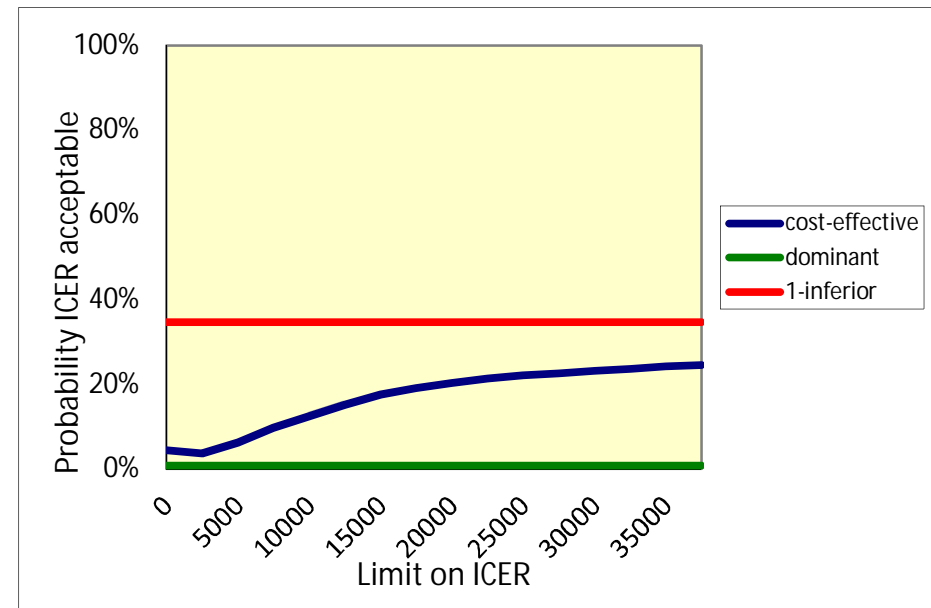
Figuur A1.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. zelfmanagement



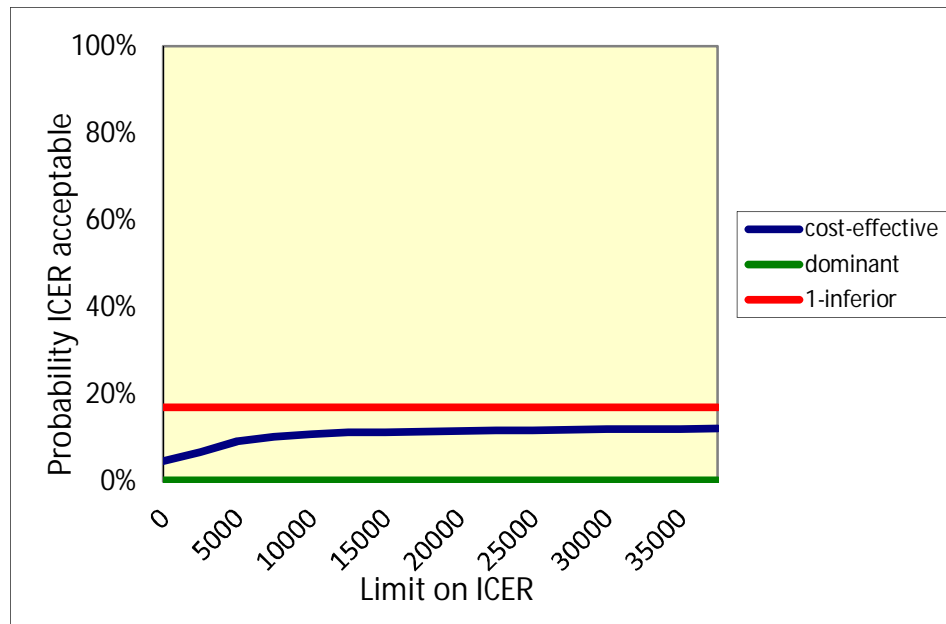
Figuur A2.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. eenzaamheid



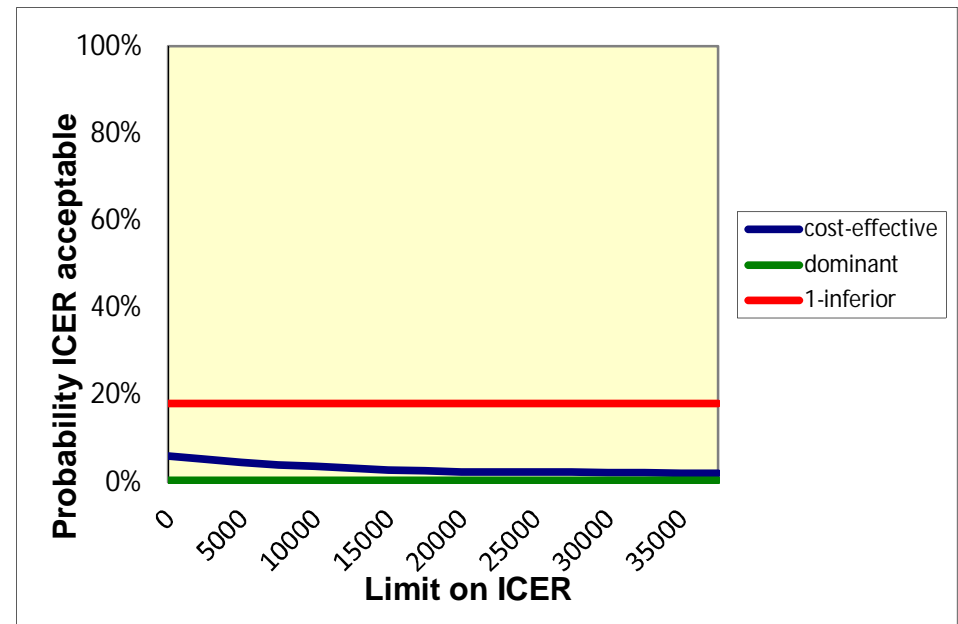
Figuur A3.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)



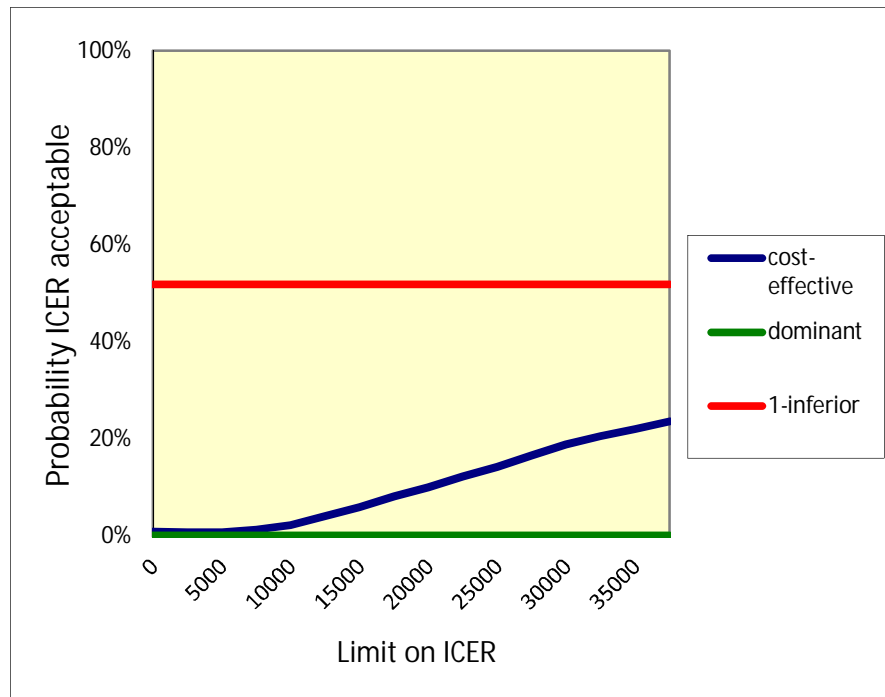
Figuur A4.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebied A+C versus vergelijkingsgebied B+C m.b.t. utiliteiten (EQ5D)



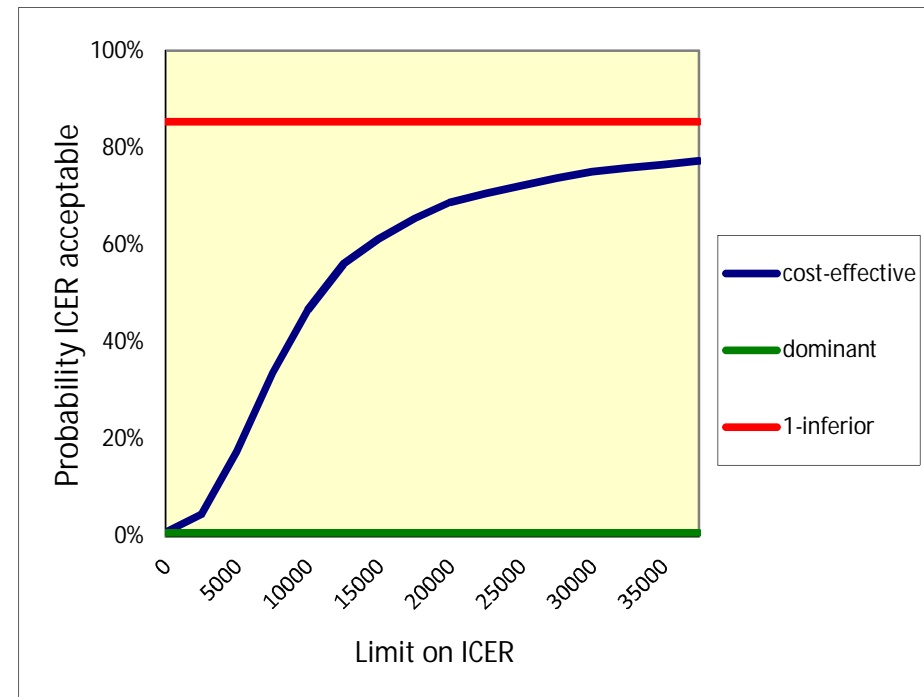
Figuur A5.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. zelfmanagement



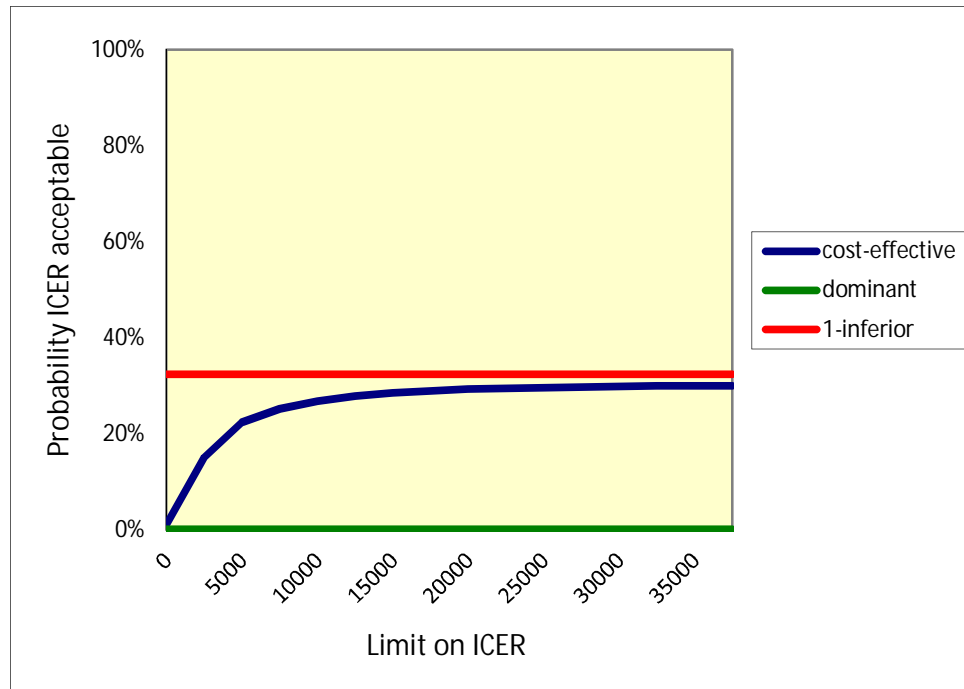
Figuur A6.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. eenzaamheid



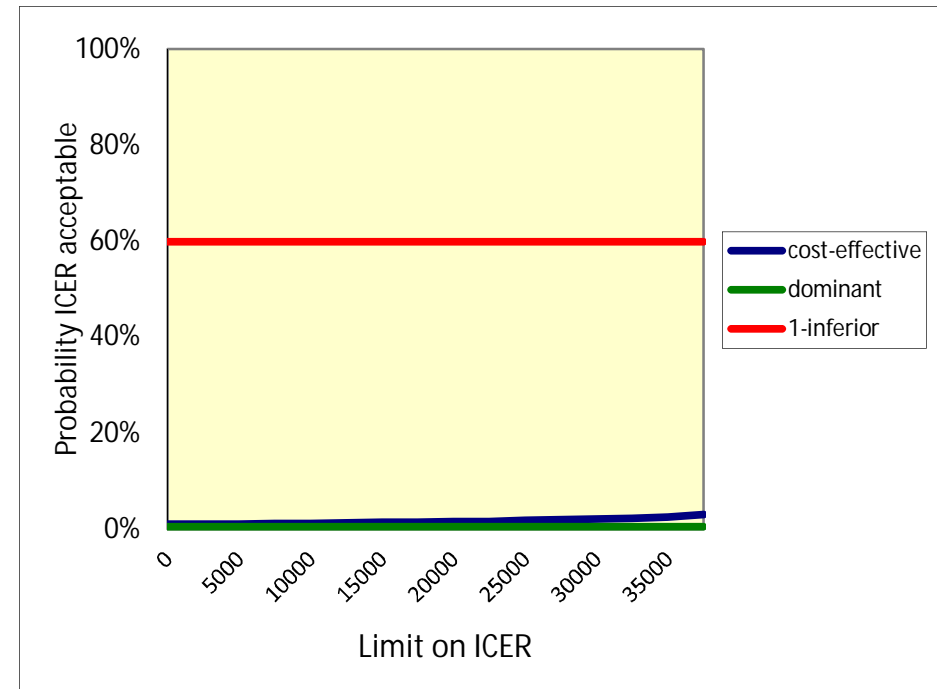
Figuur A7.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van stedelijk gebied: interventiegebied A versus vergelijkingsgebied B m.b.t. kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)



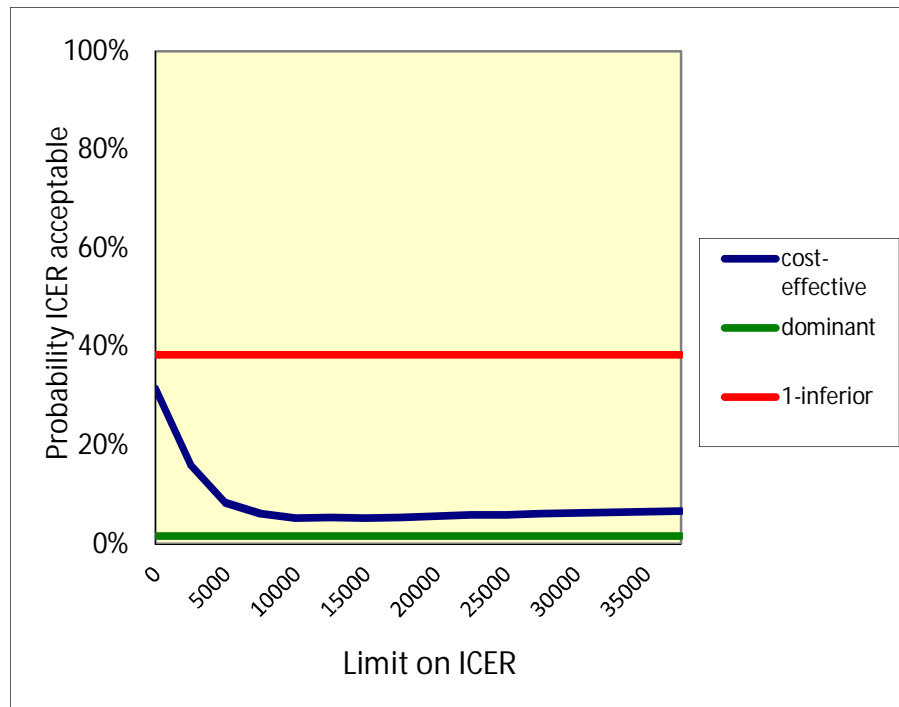
Figuur A8.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van interventiegebieden (A+C) versus controlegebieden (B+D) m.b.t. utiliteiten (EQ5D)



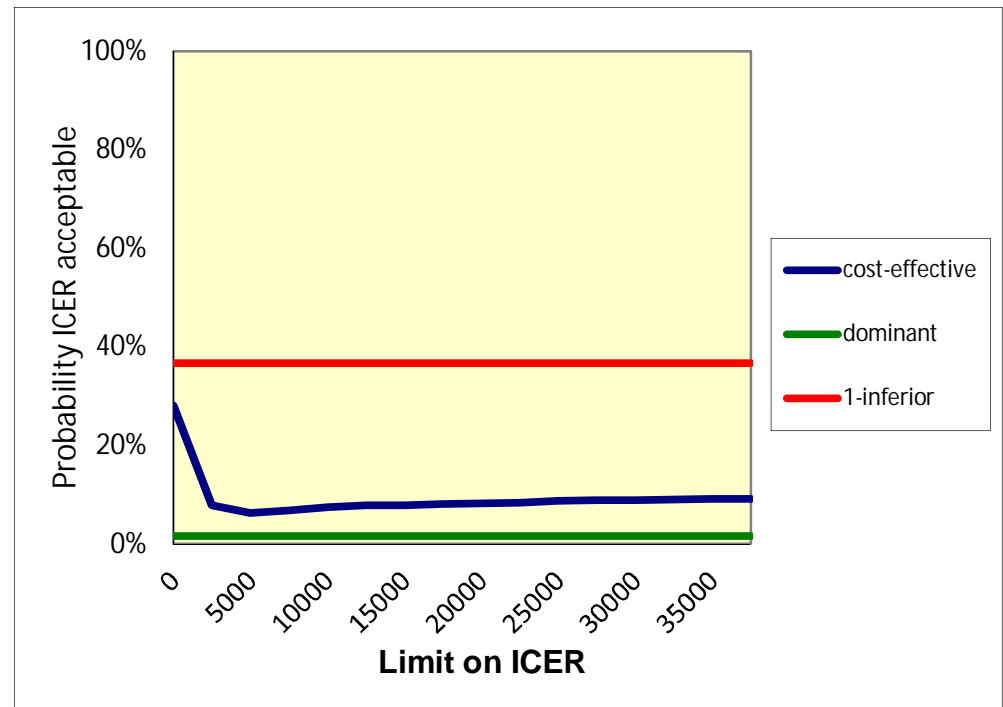
Figuur A9.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. zelfmanagement



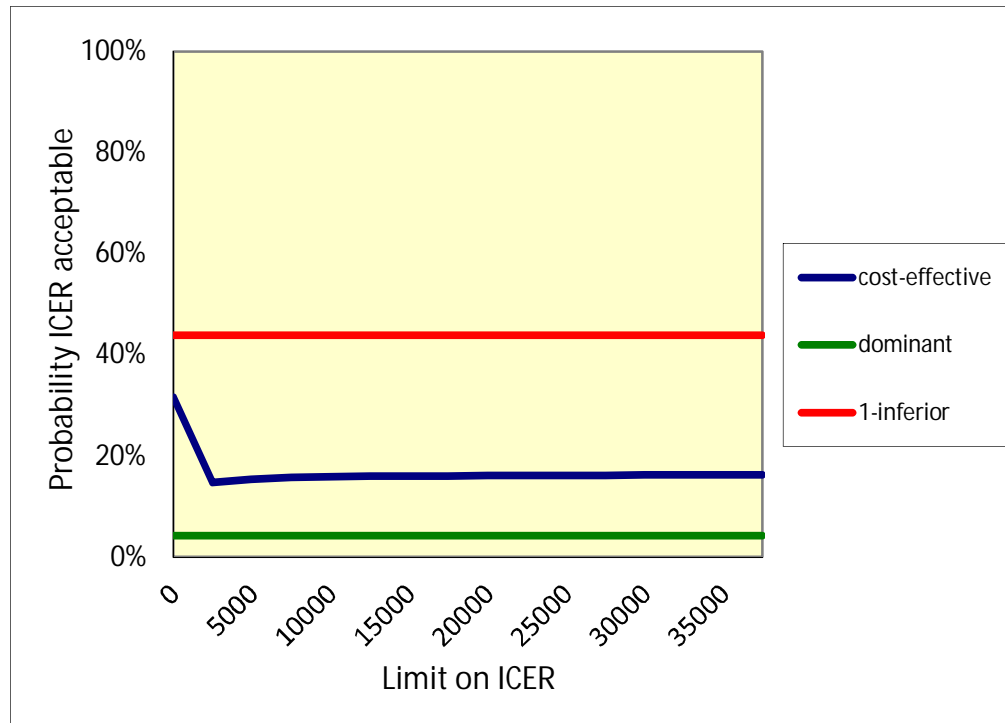
Figuur A10.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. eenzaamheid



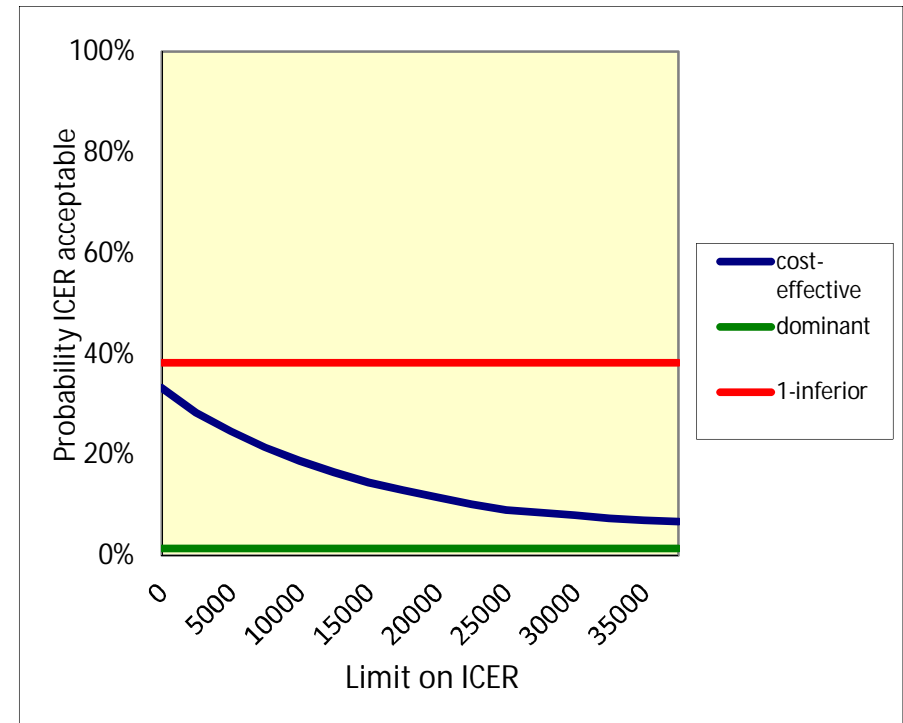
Figuur A11.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. kwaliteit van leven (EQ5D-VAS)



Figuur A12.

Kosteneffectiviteit acceptatie curve (CEAC) van plattelandsgebied: interventiegebied C versus vergelijkingsgebied D m.b.t. utiliteiten (EQ5D)



Dit rapport is tot stand gekomen door samenwerking met:



Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Duboisdomein 30
6229 GT Maastricht
Postbox 616
6200 MD Maastricht
T +31 43 38 81570

Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing