

Thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie*

EFFECTEN VAN EEN INTERDISCIPLINAIR EERSTELIJNSZORGPROGRAMMA

Silke F. Metzelthin, Erik van Rossum, Luc P. de Witte, Antonius Ambergen, Sjoerd Hobma, Walther Sipers, Ramon Daniëls, Herbert Habets, Lilo Crasborn en Gertrudis I.J.M. Kempen

- DOEL** Het evalueren van de meerwaarde van een interdisciplinair eerstelijnszorgprogramma voor thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie gericht op het reduceren van beperkingen in functioneren en het voorkómen van functionele achteruitgang of een verergering daarvan.
- OPZET** Een cluster-gerandomiseerd onderzoek.
- METHODE** We stuurden een schriftelijke screeningslijst, bestaande uit onder meer de 'Groningen frailty indicator' (GFI), naar 3498 patiënten ≥ 70 jaar uit 12 huisartsenpraktijken in Zuid-Limburg. Huisartsenpraktijken in de controlegroep ($n = 6$) boden reguliere zorg, terwijl de 6 interventiepraktijken 'Zorg uit voorzorg' (ZuV) toepasten. Dit programma bestaat naast de screening uit een multidimensioneel assessment en interdisciplinaire zorg gebaseerd op een op maat gesneden behandelplan met regelmatige evaluatie en follow-up. De huisarts en zijn of haar praktijkondersteuner vormen de spil in deze aanpak en werken nauw samen met ergotherapeuten en fysiotherapeuten. De primaire uitkomstmaat was beperkingen in activiteiten van het dagelijkse leven. Deze primaire en diverse secundaire uitkomstmaten, zoals sociale steun, bezorgdheid om te vallen en kwaliteit van leven, werden bij aanvang van de studie en na 6, 12 en 24 maanden gemeten (Current Controlled Trials ISRCTN31954692).
- RESULTATEN** De respons op de schriftelijke screening bedroeg 80%. Van de 1101 ouderen die mee wilden doen aan de studie werden 393 (36%) als 'kwetsbaar' beschouwd (GFI-score: ≥ 5). Uiteindelijk includeerden we 346 kwetsbare ouderen van wie 270 de studie voltooiden. Uit de multi-levelanalyses bleek dat er geen significante verschillen waren tussen de groepen wat betreft alle primaire en secundaire uitkomstmaten.
- CONCLUSIE** Er kon geen overtuigend bewijs voor de effectiviteit van ZuV aangetoond worden. Deze studie draagt bij aan het toenemende bewijs dat eerstelijnszorg voor ouderen in een kwetsbare positie een grote uitdaging is.

Door de vergrijzing van de samenleving is het noodzakelijk dat voor een groeiende groep ouderen goede en betaalbare zorg gerealiseerd wordt. Er zijn aanwijzingen dat extramurale zorg qua effecten en kosten voordelen oplevert ten opzichte van intramurale zorg.¹ Een groep die hierbij speciale aandacht vraagt zijn ouderen in een kwetsbare positie, omdat zij vaak te kampen hebben met meervoudige en complexe gezondheidsproblemen waardoor ze beperkingen in functioneren kunnen ervaren.² Interventies gericht op het verminderen van deze beperkingen en het voorkómen van functionele achteruitgang of een verergering daarvan zijn nodig om het dagelijkse functioneren te bevorderen en opname te voorkomen. In een narratieve review hebben we eerder de veelbelovende componenten voor preventieve interventies voor thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie op een rij gezet.³ Hierbij kozen we als centrale uitkomstmaat het verminderen van beperkingen in functioneren. We concludeerden dat toekomstige interventies uitgevoerd moeten worden door een interdisciplinair eerstelijnssteam. De interventie zou de volgende elementen moeten bevatten: adequate screening, individueel assessment met bijbehorende specifieke interventies (zorg op maat), zelfmanage-

*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *British Medical Journal* (2013;347:f5264) met als titel 'Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial'. Afgedrukt met toestemming.

mentondersteuning, identificeren van en werken aan betekenisvolle activiteiten, casemanagement en lange-termijnfollow-up. Deze elementen zijn gecombineerd in het programma 'Zorg uit voorzorg' (ZuV).⁴

Een pilotonderzoek naar de effecten van ZuV onder 41 ouderen liet positieve ervaringen zien.⁴ Ouderen waardeerden de aandacht, en ervoeren steun bij het bereiken van hun doelen en het omgaan met al dan niet dreigende beperkingen. Hulpverleners rapporteerden dat ZuV houvast gaf voor de invulling van de geriatrische zorg in de eerste lijn en de aandacht verhoogde voor interdisciplinair samenwerken, het herkennen en uitvoeren van betekenisvolle activiteiten en zelfmanagement-ondersteuning.⁴

In dit artikel beschrijven we het cluster-gerandomiseerde onderzoek dat we vervolgens opzetten en uitvoerden om de effecten van implementatie van ZuV op beperkingen in functioneren en op diverse andere uitkomstmaten vast te stellen.⁵

METHODE

STUDIE-OPZET

Van alle huisartsenpraktijken in de regio Sittard (Zuid-Limburg) die geen actief en systematisch beleid hadden met betrekking tot het opsporen en behandelen van ouderen in een kwetsbare positie, waren er 24 geïnteres-

seerd in deelname aan de studie. Met een online-randomisatieprogramma selecteerden we 12 van de 24 praktijken. Hetzelfde programma werd gebruikt om de 12 praktijken toe te wijzen aan de interventiegroep (6 praktijken, ZuV) of controlegroep (6 praktijken, reguliere zorg). De studie werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van Universiteit Maastricht/Academisch Ziekenhuis Maastricht (MEC 09-3-067). Meer details over de studieopzet zijn elders gepubliceerd.⁵

STUDIEPOPULATIE

Alle thuiswonende, oudere patiënten (≥ 70 jaar) uit de 12 praktijken werden benaderd voor deelname aan het onderzoek, met uitzondering van ouderen die terminaal ziek of bedlegerig waren, die cognitief of psychisch ernstig beperkt waren, of die niet in staat waren om in het Nederlands te communiceren. Deze ouderen werden schriftelijk benaderd met de 'Groningen frailty indicator' (GFI), een vragenlijst voor de mate van kwetsbaarheid, waarvan de score een schaal heeft die loopt van 0-15.⁶ Ouderen met een GFI-score van 5 of hoger werden als 'kwetsbaar' beschouwd en kwamen – na schriftelijke toestemming – in aanmerking voor deelname aan het onderzoek.

INTERVENTIE

Ouderen in de interventiepraktijken ontvingen ZuV. De huisarts en diens praktijkondersteuner (POH) vormen de spil in deze aanpak, en werken nauw samen met de ergotherapeut en de fysiotherapeut. Indien nodig worden ook andere hulpverleners uit de eerste of tweede lijn betrokken.

Het programma ZuV bestaat uit 6 stappen: (a) een schriftelijke screening met de GFI om ouderen in een kwetsbare positie op te sporen; (b) een huisbezoek bij opgespoorde ouderen voor een uitgebreid assessment door de POH en eventueel aanvullend onderzoek door andere disciplines; (c) het vaststellen van een voorlopig plan van aanpak door huisarts en POH (bij complexe problematiek wordt het team uitgebreid met andere disciplines, bijvoorbeeld fysiotherapeut of ergotherapeut; in dat geval vindt multidisciplinair overleg plaats); (d) het vaststellen van een definitief plan van aanpak door de POH in samenspraak met de oudere (dit plan bevat doelen, strategieën en acties die gerelateerd zijn aan een 'toolbox' van interventies; de toolbox bestaat uit een combinatie van medische en meer sociaal gerichte interventies in de vorm van participatie of activiteiten); (e) de uitvoering van de toolboxonderdelen met betrokkenheid van POH, huisarts, fysiotherapeut en/of ergotherapeut (daarnaast kan een beroep gedaan worden op andere voorzieningen in de eerste of tweede lijn); en (f) de evaluatie van het bereiken van doelen en de implementatie van strategieën

Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht.

Vakgroep Health Services Research: dr. S.F. Metznelthin, postdoctoraal onderzoeker; prof.dr. G.I.J.M. Kempen, hoogleraar sociale gerontologie.

Vakgroep Methodologie en Statistiek: dr. A. Ambergen, statisticus.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde: dr. S. Hobma, huisarts-onderzoeker.

Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Lectoraat Autonomie en Participatie en Lectoraat Technologie in de Zorg: dr. E. van Rossum, senior onderzoeker; prof.dr. L.P. de Witte, hoogleraar en lector technologie in de zorg (beiden tevens:

Universiteit Maastricht, vakgroep Health Services Research).

Lectoraat Autonomie en Participatie: dr. R. Daniëls, senior onderzoeker; H. Habets, verpleegkundige en

verplegingswetenschapper (tevens: Orbis Medisch Centrum).

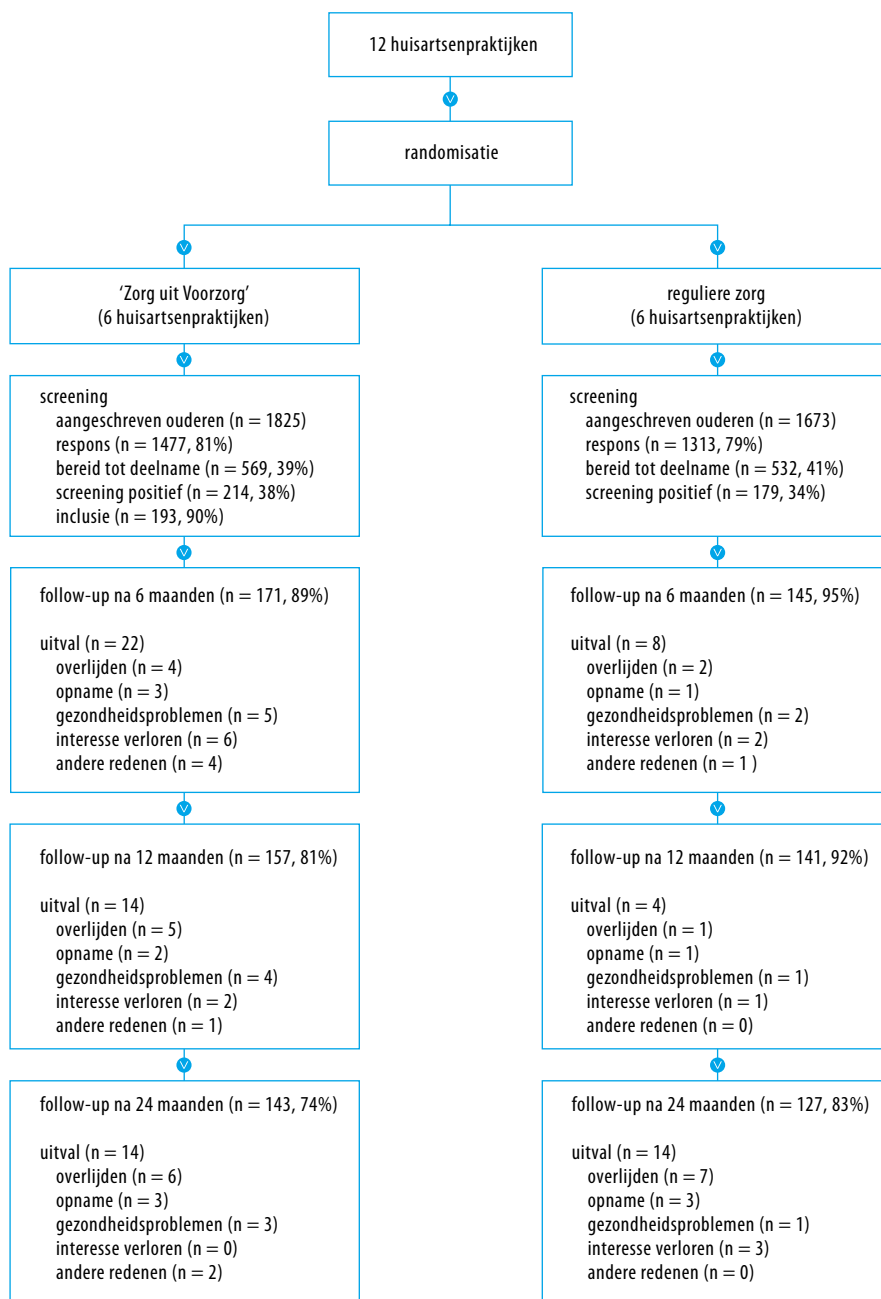
Orbis Medisch Centrum, afd. Geriatrie, Sittard.

Drs. W. Sipers, klinisch geriater.

MCC Omnes, Sittard.

L. Crasborn, projectleider.

Contactpersoon: dr. S.F. Metznelthin (s.metznelthin@maastrichtuniversity.nl).



FIGUUR Stroomdiagram van de screening en follow-up van ouderen.

in het dagelijkse leven en het maken van afspraken voor follow-up.⁴ Een gedetailleerde beschrijving van het programma ZuV is elders gepubliceerd.⁴

METINGEN

Gegevens voor het onderzoek werden met schriftelijke vragenlijsten en telefonische interviews bij aanvang van

de studie en na 6, 12 en 24 maanden geblindeerd verzameld.

Primaire uitkomstmaat De primaire uitkomstmaat was beperkingen in functioneren, gemeten met de 'Groningen-activiteitenrestrictieschaal' (GARS).⁷ De GARS meet activiteiten van het dagelijkse leven (ADL, 11 items) en instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven

TABEL 1 Basiskenmerken van 346 deelnemers in de controle- of interventiegroep*

kenmerk	controle (n = 153)	interventie (n = 193)
leeftijd in jaren; gemiddelde (SD)	76,8 (4,9)	77,5 (5,3)
♀; n (%)	93 (61)	106 (55)
alleenstaand; n (%)	80 (52)	90 (47)
lage opleiding; n (%)	94 (61)	108 (56)
score; gemiddelde (SD)†		
kwetsbaarheid (0-15)	6,7 (1,7)	7,1 (1,9)
beperkingen in functioneren (totale GARS) (18-72)	30,6 (10,6)	33,1 (11,5)
beperkingen in functioneren (ADL) (11-44)	16,5 (5,4)	18,0 (6,1)
beperkingen in functioneren (IADL) (7-28)	14,0 (5,9)	15,1 (6,0)
depressie (0-21)	6,7 (4,4)	6,5 (3,8)
sociale steun (12-48)	27,5 (6,1)	27,2 (6,3)
bezorgdheid om te vallen (7-28)	12,4 (4,7)	13,2 (5,4)
consumptieve participatie (diversiteit) (0-3)	1,9 (1,6)	1,6 (1,5)
consumptieve participatie (frequentie) (0-7)	0,5 (0,4)	0,4 (0,4)
formele participatie (diversiteit) (0-3)	0,7 (0,9)	0,6 (0,8)
formele participatie (frequentie) (0-7)	0,5 (0,6)	0,4 (0,6)

* Significante verschillen zijn weergegeven in rood.

† Onderstreepte scores bij theoretische minimum- en maximumscores geven een indicatie voor beter functioneren.

(IADL, 7 items). Scores op de totale GARS-schaal kunnen variëren van 18 tot 72 (ADL: 11-44; IADL: 7-28). Hogere scores impliceren meer beperkingen in functioneren.⁷

Secundaire uitkomstmaten Als secundaire uitkomsten werden depressieve symptomen (subschaal 'Hospital anxiety and depression scale'),⁸ interacties op het gebied van sociale steun ('Social support list - interactions'),⁹ bezorgdheid om te vallen ('Short falls efficacy scale - international'),¹⁰ sociale participatie ('Maastricht social participation profile', subschaal 'dingen ondernemen'),¹¹ kwaliteit van leven ('EuroQol-5D'),¹² en zorggebruik en kosten in de metingen meegenomen.

STATISTISCHE ANALYSE

We berekenden de steekproefgrootte op basis van de primaire uitkomstmaat (GARS). Uitgaande van een power van 80%, een alfa van 0,05 (tweezijdig getoetst) en een verwacht verschil van ten minste 2 punten op de GARS was het benodigde aantal ouderen per groep 80 (n = 160 in totaal). Rekening houdend met een uitval van 30% en een clustereffect van 1,73 (intracluster-correlatie-coëfficiënt (ICC): 0,05) werd de uiteindelijke steekproefgrootte bepaald op 180 per groep (n = 360 in totaal).⁵

Voor de effectiviteitsanalyses gebruikten we multi-level analyses. Voor ontbrekende waarden op schaalniveau pasten we een multiplere-imputatietechniek toe. De analyses werden gedaan volgens het 'intention-to-treat'-principe. Alle analysemodellen werden gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en significante verschillen bij aanvang van de studie (kwetsbaarheid en beperkingen in functioneren). Bij de analyses van de secundaire uitkomstmaten werd bovendien gecorrigeerd voor de status bij aanvang van de studie van de betreffende variabele. Het softwarepakket SPSS voor Windows versie 20.0 werd gebruikt voor de statistische analyses. Een p-waarde < 0,05 werd als statistisch significant beschouwd.

RESULTATEN

De figuur laat zien dat van alle 3498 aangeschreven ouderen 80% de screeningslijst retourneerde (n = 2790). Van de 393 ouderen die in aanmerking kwamen voor het onderzoek (kwetsbaar en schriftelijke toestemming voor deelname) werden 47 ouderen niet geïncludeerd, omdat ze de meting bij aanvang van de studie niet hadden afgerond. Uiteindelijk werden 346 ouderen in het onderzoek betrokken: 193 in de interventie- en 153 in de controle-groep.

De gemiddelde leeftijd van alle deelnemers was 77,2 jaar (SD: 5,1), 58% was vrouwelijk, 49% woonde alleen en 58% had een laag opleidingsniveau. Aan het begin van de studie waren ouderen in de interventiegroep significant kwetsbaarder dan ouderen in de controlegroep (GFI: 7,1 vs. 6,7; p = 0,03) en beperkter in functioneren (GARS: 33,1 vs. 30,6; p = 0,03) (tabel 1). In de loop van het onderzoek was de uitval in de interventiegroep hoger dan in de controlegroep (26 vs. 17%; p = 0,05).

PRIMAIRE UITKOMSTMAAT

Over een periode van 2 jaar gingen de ouderen in beide groepen achteruit in functioneren, maar we vonden geen significante verschillen tussen beide groepen na 6, 12 en 24 maanden. Dit geldt zowel voor de totale score op de GARS als voor de scores op de ADL- en de IADL-subschalen (tabel 2).

SECUNDAIRE UITKOMSTMATEN

Tabel 3 laat de uitkomsten voor depressieve symptomen, sociale-steuninteracties, bezorgdheid om te vallen en sociale participatie zien. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen.

Behalve naar deze effecten keken we ook naar de effecten op de kwaliteit van leven, het zorggebruik en de kosten. Ook op deze uitkomstmaten vonden we nauwelijks tot geen effecten in het voordeel van de interventiegroep.

TABEL 2 Gemiddelde scores voor beperkingen in functioneren voor de controle- en interventiegroep na 6, 12 en 24 maanden follow-up

uitkomstmaat*	na 6 maanden			na 12 maanden			na 24 maanden			n
	score; gemiddelde (SD)			score; gemiddelde (SD)			score; gemiddelde (SD)			
	controle	interventie	verschil (p-waarde)†	controle	interventie	verschil (p-waarde)†	controle	interventie	verschil (p-waarde)†	
totale GARS-score (18-72)	30,16 (10,07)	32,83 (10,98)	0,41 (0,51)	30,81 (10,29)	33,08 (11,34)	0,47 (0,47)	31,50 (10,92)	34,39 (11,58)	1,18 (0,35)	310
ADL (11-44)	16,17 (5,13)	17,54 (5,82)	0,25 (0,48)	16,30 (5,31)	17,81 (5,90)	0,59 (0,11)	16,73 (5,73)	18,31 (5,82)	0,77 (0,07)	310
IADL (7-28)	14,00 (5,51)	15,29 (5,92)	0,17 (0,67)	14,51 (5,69)	15,28 (6,03)	-0,12 (0,76)	14,77 (5,86)	16,08 (6,35)	0,40 (0,41)	310

GARS= 'Groningen-activiteitenrestrictieschaal'.

* Onderstreepte scores bij theoretische minimum- en maximumscores geven een indicatie voor beter functioneren.

† Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en significante verschillen bij aanvang van de studie.

BESCHOUWING

In deze studie vonden we geen significante effecten van implementatie van het programma 'Zorg uit voorzorg' op zowel de primaire als de secundaire uitkomstmaten. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor het uitblijven van effecten. Deze kunnen gerelateerd zijn aan (a) de doelgroep; (b) de gekozen uitkomstmaten; (c) ontoereikende implementatie van ZuV tijdens de studieperiode; en (d) de reguliere zorg in Nederland.

Doelgroep Er bestaat nog steeds veel onduidelijkheid rond het begrip 'kwetsbaarheid' en de meetinstrumenten om dit adequaat vast te stellen.¹³ De ouderen die deelnamen aan onze studie hadden een substantieel hogere 'Groningen-activiteitenrestrictieschaal'(GARS)-score dan een steekproef uit de totale Nederlandse populatie van eveneens 70 jaar en ouder (32,0 vs. 24,9).¹⁴ Eerder werd aanbevolen om ouderen in een kwetsbare positie vroegtijdig op te sporen, zodat negatieve gezondheidswaarden nog voorkomen kunnen worden.¹⁵ Wellicht waren de deelnemers in onze studie – gedeeltelijk – te kwetsbaar. Verschillende deelnemende praktijkondersteuners en huisartsen rapporteerden echter tijdens de procesevaluatie dat een substantieel deel van de ouderen volgens hen niet geschikt was voor ZuV, juist omdat zij nauwelijks beperkingen in functioneren hadden.¹⁶ Het blijft daarom vooralsnog onduidelijk welke doelgroep het meest geschikt is voor een programma als ZuV.

Uitkomstmaten De primaire uitkomstmaat in deze studie was de GARS.⁷ De GARS is een valide en betrouwbaar meetinstrument dat beperkingen in activiteiten van het dagelijkse leven (ADL/IADL) meet. Door de 4 antwoordmogelijkheden per item geeft de GARS een genuanceerder beeld dan schalen met dichotome items (wel of niet

beperkt) en is daarom gevoeliger voor het meten van veranderingen in de tijd. Ondanks deze keuze hebben we geen effecten op beperkingen kunnen aantonen.

Het ontbreken van effecten op de primaire uitkomstmaat is consistent met de resultaten op de secundaire uitkomstmaten, inclusief kwaliteit van leven, zorggebruik en kosten. Ook daar vonden we geen effecten in het voordeel van het programma ZuV. De totale kosten per persoon waren in de interventiegroep circa € 6000 hoger dan in de controlegroep.¹⁷ Het uitblijven van een effect heeft mogelijk met de kenmerken van ouderen in een kwetsbare positie te maken. Deze doelgroep vertoont een grote variatie aan problemen en hulpvragen die om een aanpak op maat vraagt. Wellicht zou het evalueren van individuele doelen achteraf bezien meer voor de hand hebben gelegen dan het in kaart brengen van generieke uitkomsten om relevante veranderingen te bepalen.¹⁸

Ontoereikende implementatie De procesevaluatie heeft laten zien dat sommige onderdelen van het ZuV-protocol tijdens de studieperiode niet goed gevolgd werden, omdat ze als tijdrovend of moeilijk toepasbaar ervaren werden. Hulpverleners gaven aan meer behoefte te hebben aan training op de werkvloer en intervisie.¹⁶ De meervoudige en complexe zorgbehoeftes van deze ouderen lijken om complexe interventies te vragen. Daarbij rijst echter de vraag hoeveel complexiteit – en onder welke voorwaarden – hulpverleners aan kunnen.

Reguliere zorg De reguliere zorg, inclusief de ouderenzorg, bevindt zich in Nederland al op een relatief hoog niveau. Bijna alle Nederlanders beschikken over een zorgverzekering, waarbij zorg relatief makkelijk toegankelijk is en de kwaliteit van geleverde zorg vaak goed is.¹⁹ Mogelijk was het verschil tussen ZuV en de reguliere zorg in de controlegroep te klein om substantiële effec-

ten te kunnen aantonen. Dit roept de vraag op of het niet steeds moeilijker wordt om aanvullend effectieve programma's te ontwikkelen die het dagelijkse functioneren van ouderen verbeteren.¹⁸

Onze bevindingen zijn deels consistent met de literatuur. In de laatste decennia is veel onderzoek verricht naar de mogelijkheden voor het verbeteren van het dagelijkse functioneren van thuiswonende ouderen. Sinds 2000 zijn er diverse meta-analyses,^{20,21} systematische reviews,²²⁻²⁴ en literatuurreviews uitgevoerd.^{25,26} Deze reviews beschrijven een breed scala aan interventies die door verschillende disciplines zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld multidimensioneel geriatrisch assessment, gezondheidsbevordering of zelfmanagementprogramma's. De gerapporteerde effecten bleken inconsistent en ook tegenstrijdig. Enkele studies rapporteerden positieve effecten op beperkingen in functioneren,^{27,28} maar de meeste studies lieten negatieve resultaten of hooguit bescheiden effecten zien.³

Het laatste geldt ook voor het 'Ouderenzorgproject Mid-den Utrecht' (Om U), dat net zoals ZuV recentelijk is geëvalueerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg.²⁹ Om U bevat een screening op kwetsbaarheid aan de hand van routinematig vastgestelde zorgdata,

gevolgd door een verpleegkundig zorgprogramma dat bestaat uit verschillende componenten. Na 12 maanden werden significante effecten gevonden wat betreft dagelijkse beperkingen, zoals vastgesteld met de Katz-15,³⁰ maar deze waren met een verschillscore < 0,2 op een schaal van 0-15 vanuit het perspectief van klinische relevantie bescheiden.

Een andere recente studie in Nederland naar de effectiviteit van proactieve huisbezoeken door getrainde wijkverpleegkundigen liet net zoals onze studie op geen enkele uitkomstmaat significante effecten zien.³¹ Ook hier was de gebrekkige implementatie van het complexe interventieprotocol een van de mogelijke verklaringen voor het ontbreken van effecten.

STERKE EN ZWAKKE PUNTEN

De sterke punten van onze studie zijn de lange observatieperiode van 2 jaar met relatief weinig ontbrekende data en de hoge follow-uppercentages. Bovendien gebruikten we valide en betrouwbare uitkomstmaten en verzamelden wij de gegevens geblindeerd.

Een methodologische beperking betreft echter de significante verschillen bij aanvang van de studie tussen de interventie- en controlegroep met betrekking tot kwets-

TABEL 3 Gemiddelde scores voor depressieve symptomen, sociale steun, bezorgdheid om te vallen en participatie voor de controle- en interventiegroep na 6, 12 en 24 maanden follow-up

uitkomstmaat*	na 6 maanden			na 12 maanden			na 24 maanden			n
	score; gemiddelde (SD)			score; gemiddelde (SD)			score; gemiddelde (SD)			
	controle	interventie	verschil (p-waarde)†	controle	interventie	verschil (p-waarde)†	controle	interventie	verschil (p-waarde)†	
depressie (0-21)	5,82 (3,88)	5,72 (3,49)	-0,11 (0,76)	5,68 (3,92)	6,36 (4,13)	0,78 (0,04)	6,10 (3,78)	5,97 (4,18)	-0,07 (0,87)	305
sociale steun (12-48)	26,94 (5,53)	27,03 (6,36)	0,18 (0,71)	27,27 (6,54)	27,10 (6,09)	-0,12 (0,84)	27,35 (6,27)	26,76 (5,98)	-0,29 (0,60)	312
bezorgdheid om te vallen (7-28)	12,37 (4,90)	12,66 (5,25)	-0,67 (0,11)	12,15 (5,24)	13,42 (5,43)	0,34 (0,44)	12,95 (5,29)	13,73 (5,75)	-0,04 (0,94)	306
consumptieve participatie (diversiteit) (0-3)	2,10 (1,63)	1,92 (1,57)	-0,06 (0,71)	2,10 (1,64)	1,73 (1,45)	-0,22 (0,09)	1,94 (1,70)	1,61 (1,33)	-0,13 (0,38)	310
consumptieve participatie (frequentie) (0-7)	0,46 (0,40)	0,40 (0,36)	0,00 (0,96)	0,45 (0,40)	0,35 (0,32)	-0,05 (0,12)	0,44 (0,45)	0,33 (0,31)	-0,04 (0,32)	310
formele participatie (diversiteit) (0-3)	0,69 (0,88)	0,64 (0,79)	0,03 (0,73)	0,73 (0,91)	0,60 (0,81)	-0,06 (0,43)	0,71 (0,87)	0,58 (0,77)	-0,04 (0,57)	310
formele participatie (frequentie) (0-7)	0,41 (0,59)	0,39 (0,55)	0,03 (0,52)	0,43 (0,62)	0,35 (0,51)	-0,03 (0,47)	0,45 (0,64)	0,34 (0,51)	-0,05 (0,31)	310

* Onderstreepte scores bij theoretische minimum- en maximumscores geven een indicatie voor beter functioneren.

† Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, significante verschillen bij aanvang van de studie en de status van de uitkomstmaat bij aanvang van de studie.

baarheid en beperkingen in functioneren. Met dit verschil is echter rekening gehouden in de analyses. Ook was het aantal deelnemers ongelijk verdeeld over beide groepen, wat overigens vaak voorkomt in cluster-gerandomiseerde studies.³² Een andere beperking is dat de uitval in de interventiegroep hoger was dan in de controlegroep (26 vs. 17%).

BELANG VAN PUBLICEREN NIET-EFFECTIEVE STUDIES

Ook al vonden we geen empirisch bewijs voor de effectiviteit van ZuV, het publiceren van niet-effectieve studies is relevant om te voorkomen dat de effecten van positieve studies overschat worden. Toekomstige studies zouden zich moeten richten op het conceptualiseren en meten van kwetsbaarheid. Bovendien zouden bestaande interventies of onderdelen daarvan voor thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie doorontwikkeld en vervolgens wederom op hun effectiviteit en kosteneffectiviteit getoetst moeten worden.

CONCLUSIE

We konden geen effectiviteit aantonen van het interdisciplinaire programma 'Zorg uit voorzorg' voor kwetsbare ouderen. Deze studie draagt bij aan het toenemende bewijs dat eerstelijnszorg voor ouderen in een kwetsbare positie een grote uitdaging is.

- **Eerstelijnszorg voor ouderen in een kwetsbare positie is een uitdaging vanwege multiple en complexe hulpvragen die vaak tot beperkingen in functioneren leiden.**
- **In de laatste decennia zijn verschillende eerstelijnsinterventies voor ouderen in een kwetsbare positie ontwikkeld, waarvan de bevindingen wisselend zijn en de langetermijneffecten ontbreken.**
- **Er kon geen bewijs worden geleverd voor de effectiviteit van het interdisciplinaire eerstelijnszorgprogramma 'Zorg uit voorzorg' voor kwetsbare ouderen.**
- **Effectieve scholingsprogramma's lijken nodig om hulpverleners in de eerste lijn uit te rusten met adequate competenties en praktisch toepasbare handvatten om de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie te verbeteren.**

Belangenconflict: formulieren met belangenverklaringen zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A7355; klik op 'Belangenverstrengeling'). Financiële ondersteuning voor dit artikel: dit onderzoek werd gefinancierd door het Nationaal Programma Ouderenzorg (ZonMw 311070301).

Aanvaard op 20 maart 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7355

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

LITERATUUR

- 1 Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med.* 2003;349:768-75.
- 2 Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:M255-63.
- 3 Daniels R, Metzelthin S, Van Rossum E, et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing.* 2010;7:37-55.
- 4 Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil.* 2011;25:963-74.
- 5 Metzelthin SE, van Rossum E, de Witte LP, et al. The reduction of disability in community-dwelling frail older people: design of a two-arm cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2010;10:511.
- 6 Steverink N, Slaets JPJ, Schuurmans H, et al. Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist.* 2001;41:236-7.
- 7 Kempen GJMJ, Miedema I, Ormel J, et al. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1996;43:1601-10.
- 8 Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PPA, et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med.* 1997;27:363-70.
- 9 Kempen GJMJ, van Eijk LM. The psychometric properties of the SSL12-I, a short scale for measuring social support in the elderly. *Soc Indic Res.* 1995;35:303-12.
- 10 Kempen GJMJ, Yardley L, van Haastregt JCM, et al. The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age Ageing.* 2008;37:45-50.
- 11 Mars GMJ, Kempen GJMJ, Post MWM, et al. The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. *Qual Life Res.* 2009;18:1207-18.
- 12 Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* 3e dr. New York: Oxford University Press; 2005.
- 13 Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.* 2012;10:4.
- 14 Daniels R, Van Rossum HIJ, Beurskens A, et al. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health.* 2012;12:69.
- 15 Pijpers E, Ferreira I, Stehouwer CDA, et al. The frailty dilemma. Review of the predictive accuracy of major frailty scores. *Eur J Intern Med.* 2012;23:118-23.

- 16 Metzelthin SE, Daniels R, Van Rossum E, et al. A nurse-led interdisciplinary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:1184-96.
- 17 Metzelthin SE. An interdisciplinary primary care approach for frail older people. Feasibility, effects and costs [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2014.
- 18 Rockwood K, Howlett S, Stadnyk K, et al. Responsiveness of goal attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:736-43.
- 19 Smeulders ESTE, van Haastregt JCM, Ambergen T, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2010;66:1487-99.
- 20 Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2001;323:719-25.
- 21 Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002;287:1022-8.
- 22 Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, et al. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:74.
- 23 Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008;63:298-307.
- 24 Van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, et al. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community. systematic review. *BMJ.* 2000;320:754-8.
- 25 Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *J Clin Nurs.* 2004;13(6B):112-20.
- 26 Liebel DV, Friedman B, Watson NM, et al. Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Med Care Res Rev.* 2009;66:119-46.
- 27 Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ.* 1998;316:1348-51.
- 28 Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med.* 2002;347:1068-74.
- 29 Bleijenberg N. Personalized primary care for older people: an evaluation of a multicomponent nurse-led care program [proefschrift]. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde - UMCU; 2013.
- 30 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185:914-9.
- 31 Van Hout H, Jansen A, Van Marwijk H, et al. Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet.* 2011;54:366-74.
- 32 Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG, et al. CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ.* 2004;328:702-8.