

# Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam

Drs. Hanna M. van Dijk  
Dr. Jane M. Cramm  
Dr. Freek J.B. Lotters  
Prof.dr. Anna P. Nieboer

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2013.10

Sociaal-Medische Wetenschappen (SMW)



*Erasmus*

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM  
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT  
GEZONDHEIDSZORG



# Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam

## **Publicatiedatum**

Juni 2013

## **Auteurs**

Drs. Hanna M. van Dijk

Dr. Jane M. Cramm

Dr. Freek J.B. Lötters

Prof.dr. Anna P. Nieboer

## **Contactgegevens**

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Prof.dr. Anna P. Nieboer

Tel. (010) 408 8555

[nieboer@bmg.eur.nl](mailto:nieboer@bmg.eur.nl)

[www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)



Het project Even Buurten Rotterdam en de evaluatie van dit project zijn gefinancierd door ZonMw (projectnummer: 314030201).

#### Dankwoord

De auteurs danken alle partijen en betrokken professionals, alsmede de ouderen voor hun deelname aan het onderzoek. De stuurgroep van Even Buurten willen wij bedanken voor hun inzet om de transitie naar integrale zorg- en ondersteuning mogelijk te maken.

# Inhoud

Samenvatting .....	5
Inleiding.....	11
Doelstelling Even Buurten.....	13
Evaluatieonderzoek Even Buurten.....	14
Methode .....	15
Onderzoeksdesign.....	15
Kwantitatief onderzoek ouderen.....	15
Kwalitatief onderzoek ouderen .....	17
Kwantitatief onderzoek professionals .....	17
Kwalitatief onderzoek professionals.....	18
Kosteneffectiviteitsanalyse .....	18
Beschrijving experimentwijken.....	21
Oud worden in Rotterdam; de rol van de buurt .....	23
Welzijn en kwetsbaarheid.....	23
Sociale cohesie.....	24
De ideale buurt .....	24
Kwaliteit van leven onder Even Buurten ouderen.....	27
Baseline vergelijking interventie en controleouderen.....	27
Veranderingen in kwaliteit van leven .....	27
Zorggebruik en doelmatigheid.....	29
Veranderingen in zorggebruik binnen de groepen.....	29
Kosten van zorggebruik.....	32
Ervaringen spelen.....	35
Barrières binnen een integrale wijkaanpak .....	39
Barrières voor wijkgerichte ondersteuning .....	39
Barrières voor de spelen .....	41
Conclusie en discussie.....	45
Het belang van de buurt .....	45
De ideale buurt .....	46
Effectiviteit en doelmatigheid.....	46
Ervaringen spelen.....	46
Barrières binnen een wijkgerichte aanpak .....	47
Referenties .....	51
Appendices.....	54



## Samenvatting

Door de dubbele vergrijzing en noodzaak van kostenbesparing in de zorg wordt steeds meer een appèl gedaan op ondersteuning van ouderen door informele netwerken. Vrijwel alle ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven leven in hun eigen buurt. Een sterk ondersteunend netwerk is een belangrijke voorwaarde om dat doel te bereiken. In Rotterdam is sinds mei 2011 het project 'Even Buurten' actief waarin professionals uit zorg en welzijn via een integrale wijkaanpak proberen de sociale netwerken rondom thuiswonende ouderen te versterken. Dit met als doel om (vroeg)signalering mogelijk te maken en concrete hulp en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen. Uitgangspunt hierbij is de wens van de oudere zelf, wat hij of zij zelf nog kan doen, zonodig met ondersteuning uit het informele netwerk en –pas als dat niet voldoende blijkt te zijn– professionele ondersteuning.

Onderzoekers van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) evalueren het Even Buurten project onder leiding van Professor Anna Nieboer. Doel van deze rapportage over de tussentijdse bevindingen van de evaluatie is i) inzicht geven in de relaties tussen kenmerken van ouderen zoals, geslacht, opleidingsniveau, etnische achtergrond, kwetsbaarheid en welzijn en buurtkenmerken zoals sociale cohesie, veiligheid en kwaliteit van de buurt, ii) de behoeften van (kwetsbare) ouderen beschrijven als het gaat om hun fysieke en sociale omgeving, iii) inventariseren in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten bijdraagt aan de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen, iv) nagaan wat de kosten en baten zijn van de inzet van spullen in de buurt, v) beschrijven wat de ervaringen van de spullen zijn in het Even Buurten project en vi) rapporteren welke barrières er zijn bij deze wijkgerichte aanpak.

### *Het belang van de buurt*

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat contacten in de wijk en onderlinge verbondenheid tussen buurtbewoners een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van ouderen. Daarnaast is aangetoond dat de kwaliteit van de buurt, het sociaal kapitaal in de buurt (het verkrijgen van ondersteuning via informele relaties, zoals van buren) en de sociale cohesie (onderlinge relaties tussen buurtgenoten) in de wijk het welzijn van ouderen beschermen tegen nadelige gevolgen van alleenstaand zijn of het hebben van een lager inkomen. Dit geldt ook voor de kans op kwetsbaarheid onder ouderen. De buurtkenmerken veiligheid, sterkere sociale cohesie in de buurt en je 'thuis' voelen in de buurt verlagen het risico op kwetsbaarheid onder ouderen. Gezien het belang van sociale cohesie voor zowel kwetsbaarheid als het welzijn van ouderen is daarnaast onderzocht hoe



sociale cohesie in buurten kan worden versterkt. Ervaren veiligheid in de buurt blijkt een belangrijke voorspeller van sociale cohesie te zijn.

#### *Een ideale buurt voor kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen?*

Een belangrijk thema als het over een wijkgerichte aanpak gaat is hoe een ideale buurt er dan uit ziet voor verschillende ouderen. Wat is er volgens ouderen zelf nodig om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen in eigen buurt en eventuele opname in verzorgings- of verpleeghuis te voorkomen? Er blijken duidelijke verschillen te bestaan tussen kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen als het gaat om hun visie op een ideale buurt om oud in te worden. Wat zij wel overeenkomstig hebben is een sterke behoefte aan autonomie en de wens om niet afhankelijk te zijn van anderen. Zij rapporteren dat (zorg)voorzieningen op loopafstand hiervoor bijvoorbeeld van belang zijn, zodat zij zelf boodschappen kunnen halen en de huisarts en apotheek kunnen bezoeken. Ook het belang van een veilige buurt en goed openbaar vervoer komen duidelijk naar voren. Om zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen de juiste ondersteuning in de buurt te bieden, moet echter wel rekening worden gehouden met de mate van kwetsbaarheid van buurtbewoners.

#### *Doelmatigheid*

Kijkend naar de effectiviteit van het Even Buurten project zien we nog geen verandering in zorggebruik en kwaliteit van leven na 6 maanden. Ook zien we nog geen verschil in de verandering van kwaliteit van leven en zorggebruik tussen de experiment- en controlegroep. De resultaten tot dusver duiden in ieder geval niet op een toename van het zorggebruik in de Even Buurten experimentgroep. Winsten in (kosten)effectiviteit worden vaak ook pas na langere termijn zichtbaar. Deze tussentijdse resultaten zijn gebaseerd op ongeveer één derde van de onderzoekspopulatie. De kosten van de spullen bedragen gemiddeld € 265,- per cliënt per jaar. De spil besteedt gemiddeld 8,5 uur aan cliëntgebonden activiteiten; dit betreft alle tijd die direct valt terug te voeren op de zorg en ondersteuning van cliënten (zoals (telefonische) consulten, afstemming met het (in)formele netwerk met betrekking tot ondersteuning van de cliënt, verwerking van cliëntinformatie in het dossier). Van deze tijd is circa 7,5% reistijd. Gezien de kleine onderzoekspopulatie, mate van spreiding en onzekerheid van resultaten is de validiteit van de tussentijdse bevindingen met betrekking tot de kosten en baten beperkt. Wanneer we over de gegevens van de totale populatie beschikken zowel na 6 als na 12 maanden kunnen hardere conclusies worden getrokken.

## *Spillen*

De spillen zijn duidelijk tevreden over hun werkzaamheden. Wij hebben de spillen ook gevraagd in hoeverre het hen lukt om kwetsbare ouderen (eerder) op te sporen (vroegsignalering). De tussentijdse resultaten laten zien dat de spillen hier nog moeite mee hebben. Zij geven aan dat het veel tijd kost om het vertrouwen van kwetsbare ouderen te winnen. Een ander belangrijk doel van Even Buurten is het creëren van een sterk netwerk in de buurt. Ons onderzoek laat zien dat de spillen het meest tevreden zijn over hun samenwerking met welzijnsmedewerkers, gevolgd door medewerkers uit de zorg, en zij zijn relatief wat minder positief over de samenwerking met informele zorgverleners. Opvallende bevinding is wel dat de barrières in de samenwerking met het formele netwerk groter zijn dan de barrières in de samenwerking met het informele netwerk.

Kijkend naar het draagvlak voor de werkzaamheden als spil is ook naar ondersteuning vanuit het management van de eigen organisatie gevraagd. Spillen zijn aangesteld bij een welzijn- of zorgorganisatie als welzijnswerker of wijkverpleegkundige en hebben daarnaast ruimte voor hun taken als spil in het kader van Even Buurten. Een meerderheid van de spillen geeft aan dat er nog geen goede ondersteuning is door het management van hun organisatie om hun taken als spil uit te voeren.

## *Een integrale, wijkgerichte aanpak*

Het succes van een wijkgerichte aanpak als Even Buurten is sterk afhankelijk van een integraal formeel én informeel ondersteunend netwerk in de buurt, waarbij partners op het gebied van preventie, cure, care, welzijn en wonen goed met elkaar samenwerken van signalering tot zorgverlening. Helaas blijkt de zo noodzakelijke samenwerking binnen het formele en tussen het formele en informele netwerk nog onvoldoende van de grond te komen. Hoewel professionals het belang van het informele netwerk rondom ouderen onderschrijven, zijn zij tegelijkertijd terughoudend in het betrekken van dit netwerk bij de ondersteuning van kwetsbare ouderen. De samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties is ook niet vanzelfsprekend (zoals tussen zorg en welzijn). Hoewel professionals veel waarde hechten aan de behoeften en het welzijn van de kwetsbare ouderen, geven zij tegelijkertijd aan dat de (financiële) belangen van de organisatie samenwerking in de weg staan. Even Buurten en gelijksoortige initiatieven in de wijk kunnen bijdragen aan het wegnemen van concurrentiegevoelens tussen organisaties doordat financiële schotten tussen organisaties worden weggenomen. Wijkgerichte aanpakken als Even Buurten zijn echter vaak afhankelijk van tijdelijke financiering waardoor de opgebouwde wijknetwerken niet worden geborgd. Door de financiering op structurele wijze meer wijkgericht en

sectoroverstijgend te organiseren, wordt samenwerking tussen professionals mogelijk meer afgedwongen. Wijkgerichte financiering kan een gedeelde verantwoordelijkheid voor het welzijn van ouderen (of andere (kwetsbare) groepen) stimuleren, waarbij samenwerking met zowel andere professionals als informele ondersteuners beter tot zijn recht komt. In hoeverre mogelijke verplaatsing van extramurale verpleegkundige zorg naar de zorgverzekeringswet en het onderbrengen van verzorgende, begeleidende en ondersteunende taken naar de WMO tot betere integrale zorg en ondersteuning leidt zal ook afhangen van de mate waarin professionals over de muren van hun organisaties en sectoren heen kijken en samenwerking zoeken met zowel andere professionals als informele ondersteuners. Alleen op die manier kan beter tegemoet gekomen worden aan de behoeften en wensen van kwetsbare ouderen en wordt optimale, integrale ondersteuning in de wijk geboden.

## **Wat bepaalt het succes van een wijkgerichte aanpak als Even Buurten?**

- **Investeren in veiligheid en kwaliteit van de buurt en onderlinge contacten tussen burens**
- **Ontwikkelen integrale ondersteuning in de buurt bestaande uit zowel formele als informele netwerken**
- **Wegnemen van concurrentiegevoelens; informele ondersteuning is complementair aan de ondersteuning vanuit formele netwerken - geen vervanging**
- **Helderheid scheppen in de verschillende rollen van formele en informele ondersteuners**
- **Werken aan omwenteling in gedachtengang en verwachtingspatroon bij ouderen waarbij het gevoel van 'recht hebben op' zorg en ondersteuning afneemt**
- **Zorgen dat formele en informele netwerken gaan samenwerken**
- **Werken aan een betere samenwerking binnen het formele netwerk (bijvoorbeeld tussen zorg en welzijn)**
- **Zorgen dat er meer interactie is tussen de verschillende ondersteuners**
- **Continuïteit in de wijkgerichte samenwerking waarborgen**
- **Zorgen voor een wijkgerichte visie die verder reikt dan de belangen van de eigen organisatie**
- **Behoeften ook op wijkniveau inventariseren waarbij het van belang is om rekening te houden met de kwetsbaarheid van ouderen**
- **Inzetten van (financiële) incentives om wijkgerichte aanpak te stimuleren**
- **Op wijkniveau blijven monitoren: meten is weten en beïnvloeden**
- **Zorg dat spullen een 'gezicht' krijgen in de wijk; werk aan bekendheid door inzet van verschillende communicatiekanalen**
- **Zorg dat spullen vertrouwensrelaties op kunnen bouwen met ouderen in de wijk**
- **Waarborg een voldoende grote aanstellingsomvang voor het werk van een spil**
- **Bied brede ondersteuning vanuit de organisatie voor de werkzaamheden van de spil**
- **Geef een wijkgerichte aanpak de tijd om zich te bewijzen: winsten in (kosten)effectiviteit worden pas op langere termijn zichtbaar**



## Inleiding

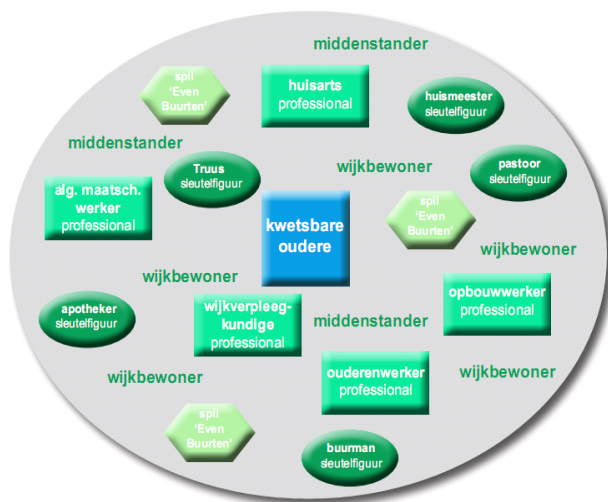
In toenemende mate wil de overheid met haar beleid bevorderen dat ouderen zelfstandig in hun wijk kunnen (blijven) wonen. Staatssecretaris van Rijn kondigde in zijn kamerbrief van 25 april jl. verdere hervormingen in de langdurige zorg aan die erop gericht zijn zorg en ondersteuning steeds meer mens- en buurtgericht te gaan organiseren (VWS, 2013). Hoewel aan dit beleid van extramuralisering een noodzaak tot kostenbesparing ten grondslag ligt, deelt een grote meerderheid van ouderen de wens om ouder te worden in eigen buurt. Onder deze ouderen bevindt zich een groeiende groep kwetsbare ouderen met meervoudige en complexe problematiek. Om ook deze (toekomstig) kwetsbare ouderen succesvol ouder te laten worden in eigen buurt, zullen nieuwe, multidisciplinaire vormen van zorg en ondersteuning geboden moeten worden (European Commission, 2011). Naast versterking van lokale samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen het formele netwerk, wordt in toenemende mate een appèl gedaan op ondersteuning vanuit het informele netwerk (VWS, 2013). VWS benadrukt dat informele zorg 'het fundament' zal vormen van de zorg om deze 'toekomstbestendig' te kunnen organiseren (VWS, 2012). Gemeenten zullen via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning steeds vaker een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van hulpbehoevenden en hun sociale netwerk. Hoewel familieleden een belangrijk aandeel hebben in de zorg en ondersteuning van ouderen, oefenen maatschappelijke ontwikkelingen als de groeiende geografische mobiliteit en arbeidsparticipatie van vrouwen hierop druk uit (De Boer, 2005). Hierdoor en door de kleinere sociale netwerken (McPherson, Smith-Lovin, & Brashears, 2006; Oh & Kim, 2009) en afnemende mobiliteit van ouderen (Shaw, Krause, Liang & Bennett, 2007) zijn zij om zelfstandig in de buurt te kunnen blijven wonen steeds meer afhankelijk van lokale ondersteuning vanuit de buurt. Onderzoek onderstreept het belang van buurtondersteuning en laat zien dat burens een belangrijke rol spelen bij het bieden van instrumentele en emotionele ondersteuning. Hun nabijheid en vertrouwdheid maakt hun ondersteuning complementair aan de ondersteuning van familie en formele zorg (Gardner, 2011; Shaw, 2005; van Dijk, Cramm & Nieboer, 2012).

Hoewel het belang van samenwerking *binnen* het formele netwerk en *tussen* het formele en informele netwerk breed wordt gedragen, is er nog weinig inzicht in hoe deze integrale samenwerking in de wijk vormgegeven dient te worden. Hierdoor zijn er op dit moment nog veel ouderen die onvoldoende worden ondersteund, terwijl zij met extra aandacht voor het behouden en ontwikkelen van een sociaal netwerk langer zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. In Rotterdam is sinds mei 2011 het project 'Even Buurten' actief; een integrale wijkaanpak gericht op kwetsbare, zelfstandigwonende ouderen. Dit transitie-experiment maakt deel uit van het

Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) dat in 2008 van start ging. Het project betreft een samenwerkingsverband tussen de gemeente Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam, Hogeschool Rotterdam, GENERO en verschillende samenwerkingspartners in de wijk (welzijns- en zorginstellingen, woningbouwverenigingen, maatschappelijke organisaties en andere projecten zoals Zichtbare Schakels). Even Buurten wordt uitgevoerd onder regie van de gemeente Rotterdam.

Binnen Even Buurten proberen professionals uit zorg en welzijn via een integrale wijkaanpak de sociale netwerken rondom thuiswonende ouderen te verstevigen. Doel van dit sociale netwerk is (vroeg)signalering en het bieden van concrete hulp en ondersteuning aan kwetsbare ouderen (Cramm, van Dijk, Lötters, van Exel & Nieboer, 2011). Vaak gaat het bij deze ouderen om een combinatie van problemen, variërend van licht tot zwaar, waardoor zij als kwetsbaar worden beschouwd (Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee & Schols, 2010). Zij kunnen met ondersteuning vanuit het (in)formele netwerk echter nog steeds goed functioneren en zelfstandig in hun eigen buurt blijven wonen.

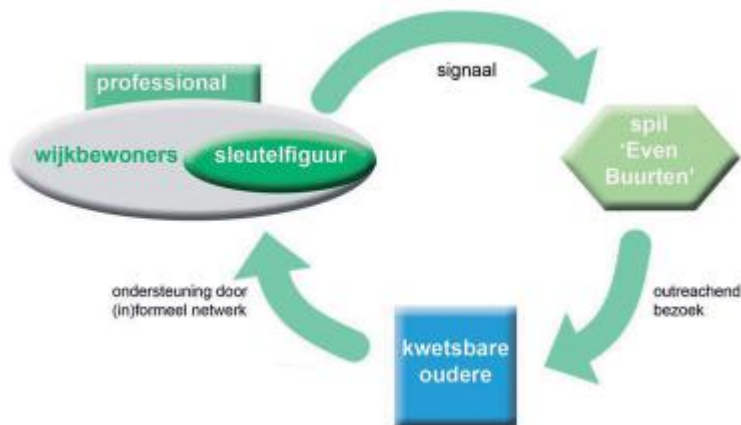
**Figuur 1:** wijknetwerk



Zowel informele (wijkbewoners, familieleden) als formele hulpverleners (bijvoorbeeld welzijnswerkers, huisartsen, maar ook huismeesters en wijkagenten) worden gezien als belangrijke 'sleutelfiguren' in het wijknetwerk rondom ouderen (zie figuur 1). Deze 'ogen en oren' van de wijk hebben een signalerende functie, en zijn door hun vertrouwdheid in de wijk in staat kwetsbaarheid onder ouderen in een vroeg stadium te herkennen. Sleutelfiguren kunnen met hun signalen terecht bij een zogenoemde 'spil' van het Even Buurten project; dit is een professional met een zorg- of welzijnsachtergrond die bekend is in de wijk. Naar aanleiding van de signalen van sleutelfiguren

bezoeken deze spelen de ouderen thuis, inventariseren hun behoeften en noteren deze in een zorg- en welzijnsdossier. In afstemming met de ouderen wordt vervolgens een actieplan opgezet waarbij gezocht wordt naar passende ondersteuning binnen het (bij voorkeur) informele netwerk. Zoals ook te zien in figuur 2 vormt het wijknetwerk een belangrijke basis voor zowel de signalering als ondersteuning van kwetsbare ouderen.

**Figuur 2:** werkwijze Even Buurten



Het transitie-experiment is in mei 2011 van start gegaan in twee wijken in Rotterdam, Lage Land/Prinsenland en Lombardijen. Een jaar later is het project ook gestart in twee andere wijken Oude Westen en Vreewijk.

#### *Doelstelling Even Buurten*

Het primaire doel van Even Buurten is zelfstandigwonende kwetsbare (en toekomstig kwetsbare) ouderen in staat te stellen het leven te leiden dat zij graag willen leiden om daarmee hun kwaliteit van leven en zelfredzaamheid te verhogen. De integrale wijkaanpak van Even Buurten is erop gericht het sociale wijknetwerk rondom ouderen te versterken, ondersteunen en borgen.

De aanpak van Even Buurten probeert tijdige signalering van kwetsbaarheid te bevorderen, zodat de benodigde (in)formele zorg preventief kan worden geboden. Zelfregie en participatie onder ouderen worden hierbij bevorderd en ondersteund. Op wijkniveau probeert Even Buurten daarnaast de samenhang en afstemming tussen het informele (buurtbewoners, mantelzorgers) en formele (welzijn en zorg) netwerk te stimuleren. Tot slot beoogt het project sociale cohesie in de wijk te bevorderen en bij te dragen aan de kwaliteit van leven en gezondheid van mantelzorgers.



*Evaluatieonderzoek Even Buurten*

Onderzoekers van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) voeren onder leiding van Prof.dr. Anna Nieboer het evaluatieonderzoek uit. In deze rapportage worden tussentijdse resultaten van deze evaluatiestudie gepresenteerd. Naar verwachting zal de eindrapportage medio 2014 verschijnen.

## **Methode**

Hieronder zal in beknopte lijnen worden stilgestaan bij het onderzoeksdesign van de evaluatiestudie. Een gedetailleerde beschrijving van ons onderzoeksdesign is te vinden in het onderzoeksprotocol (Cramm et al., 2011). In juni 2011 is dit evaluatieonderzoek goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Erasmus MC in Rotterdam.

Doel van deze rapportage over de tussentijdse bevindingen van de evaluatie is i) inzicht geven in de relaties tussen kenmerken van ouderen zoals, geslacht, opleidingsniveau, etnische achtergrond, kwetsbaarheid en welzijn en buurtkenmerken zoals sociale cohesie, veiligheid en kwaliteit van de buurt, ii) de behoeften van (kwetsbare) ouderen beschrijven als het gaat om hun fysieke en sociale omgeving, iii) inventariseren in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten bijdraagt aan de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen, iv) nagaan wat de kosten en baten zijn van de inzet van spullen in de buurt, v) beschrijven wat de ervaringen van de spullen zijn in het Even Buurten project en vi) rapporteren welke barrières er zijn bij deze wijkgerichte aanpak.

### *Onderzoeksdesign*

Het evaluatieonderzoek van Even Buurten kent een 'mixed methods design' waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden worden ingezet om de effecten, processen en kosten van Even Buurten in kaart te brengen. Met behulp van kwantitatieve methoden (vragenlijstonderzoek) wordt inzicht verkregen in de mate waarin Even Buurten bijdraagt aan het welzijn en de gezondheid van ouderen en mantelzorgers. Door inzet van kwalitatieve methoden (interviews, observaties en documentanalyse) kan een beschrijving worden gegeven van de manier waarop het project vorm heeft gekregen in de verschillende experimentwijken en kan inzicht worden verkregen in de belemmerende en faciliterende factoren. Uit deze beschrijving kunnen andere, vergelijkbare wijkgerichte projecten lering trekken.

### *Kwantitatief onderzoek ouderen*

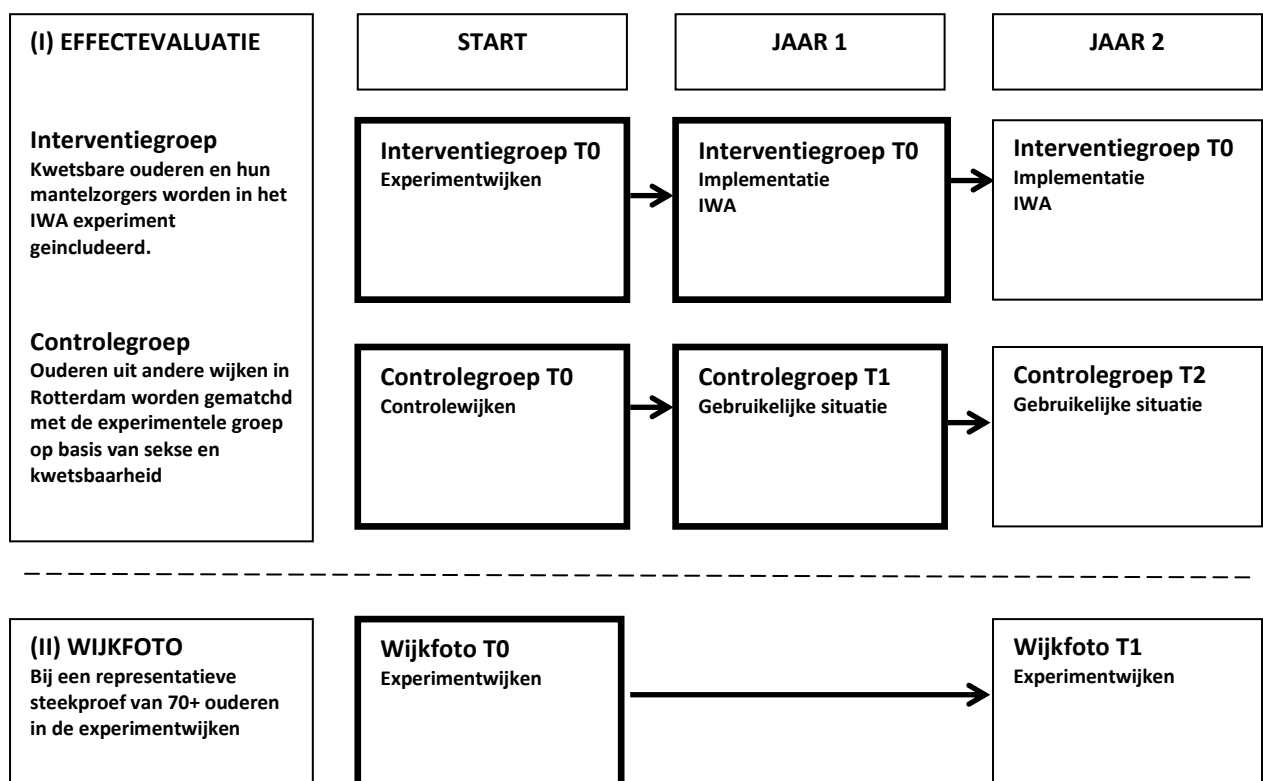
De belangrijkste twee onderdelen van dit deel van de evaluatie worden weergegeven in figuur 1; (I) de effectevaluatie, en (II) de wijkfoto. Met behulp van de effectevaluatie (een gecontroleerde voor- en nameting) krijgen we inzicht in hoeverre Even Buurten bijdraagt aan het welzijn, de gezondheid en de zelfredzaamheid van kwetsbare zelfstandigwonende ouderen. Voor een overzicht van alle uitkomstmaten en gebruikte meetinstrumenten, zie appendix 2. Voor de effectevaluatie worden in totaal 370 kwetsbare ouderen gedurende een jaar drie keer thuis geïnterviewd (T0, T1 (na 6 maanden) en T2 (na 12 maanden)). Kwetsbaarheid wordt vastgesteld aan de hand van de Tilburg Frailty Indicator (TFI); een speciaal ontwikkeld meetinstrument om kwetsbaarheid onder ouderen in

kaart te brengen (Gobbens et al. 2010). De helft van de 370 ouderen bevindt zich in de interventiegroep (185) en de andere helft in de controlegroep (185). Waar ouderen uit de interventiegroep meedoen aan het project Even Buurten en ondersteuning krijgen van een spil, ontvangen ouderen uit de controlegroep de gebruikelijke zorg en ondersteuning.

De controlegroep is gerekruteerd middels een willekeurig getrokken steekproef uit het bevolkingsregister onder zelfstandig wonende Rotterdamse ouderen (70+) die een andere wijk wonen dan waar het Even Buurten experiment loopt. Door de experimentouderen en controleouderen te matchen op basis van geslacht en mate van kwetsbaarheid (TFI-score), kunnen de veranderingen in welzijn, gezondheid en zelfredzaamheid van deze twee groepen met elkaar worden vergeleken.

Daarnaast wordt ook onderzoek gedaan onder de mantelzorgers van deze ouderen (indien aanwezig). Middels een schriftelijke vragenlijst op T0 en T2 (na 12 maanden) wordt hun gezondheid, welzijn en mate van belasting geïnventariseerd.

**Figuur 3:** overzicht onderdelen kwantitatief onderzoek ouderen



Naast de effectevaluatie is in de vier wijken die meedoen aan Even Buurten bij start een ‘wijkfoto’ gemaakt. Met behulp van dit vragenlijstenonderzoek kon een algemene indruk worden verkregen

van de ervaringen van ouderen in de experimentwijken. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de kwaliteit van de buurt, sociale cohesie in de buurt, maar ook naar de gezondheid en het welzijn van ouderen. Voor dit deel van de evaluatie zijn 1440 zelfstandig wonende ouderen (70+) uit Lage Land/Prinsenland, Lombardijen, Oude Westen en Vreewijk willekeurig benaderd uit het bevolkingsregister. In totaal hebben 945 ouderen (respons 66%) aan dit onderzoek meegedaan. Dit vragenlijstonderzoek wordt momenteel na 2 jaar herhaald (T1), waardoor inzicht kan worden verkregen in de ontwikkelingen in de vier experimentwijken tussen 2011 en 2013.

De zwartomlijnde blokjes in figuur 3 geven aan op welke gegevens de tussentijdse resultaten zoals gepresenteerd in deze rapportage zijn gebaseerd. In totaal is tot op heden bij 182 experimentouderen en 185 controleouderen de nulmeting (T0) afgenomen. De vervolgmeting (T1) loopt nog. Follow-up gegevens (T1) van 70 ouderen uit de interventiegroep en 57 uit de controlegroep zijn beschikbaar. Daarnaast worden de tussentijdse resultaten op basis van de T0 meting van de wijkfoto samengevat. Hieraan hebben 945 ouderen deelgenomen.

#### *Kwalitatief onderzoek ouderen*

In deze rapportage zullen wij ook de resultaten beschrijven op basis van kwalitatieve interviews die hebben plaatsgevonden met 32 ouderen. Doel van deze interviews was te achterhalen hoe de ideale buurt van zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen eruitziet om ouder in te worden. Middels een zogenaamde 'q-studie' konden ouderen hun voorkeuren met betrekking tot hun ideale buurt kenbaar maken, zowel wat betreft de fysieke als sociale omgeving (van Dijk, Cramm, van Exel, Nieboer, ingediend).<sup>1</sup>

#### *Kwantitatief onderzoek professionals*

Onder direct betrokkenen (spillen zelf en professionals met wie zij in het Even Buurten project samenwerken; bijvoorbeeld welzijnswerkers, verpleegkundigen, huisartsen, wijkagenten, huismeesters etc.) is medio mei 2013 een vragenlijst afgenomen om hun ervaringen met het Even Buurten project te kunnen evalueren. Aspecten in de vragenlijst waren samenwerking tussen betrokken professionals binnen het Even Buurten project en tevredenheid met de zorgverlening zoals ervaren door de spellen zelf en professionals met wie zij regelmatig samenwerken. Doel is om het belang van samenwerking tussen de spellen en andere professionals voor de kwaliteit van zorgverlening te achterhalen.

---

<sup>1</sup> In een Q-studie worden kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gecombineerd om de meningen, perspectieven of overtuigingen van mensen te onderzoeken. Zie voor meer informatie Van Exel & de Graaf (2005).

### *Kwalitatief onderzoek professionals*

Naast het vragenlijstonderzoek hebben bij start van het project (mei-augustus 2011) interviews plaatsgevonden met een aantal direct betrokkenen (n=26). Dit betroffen zowel spillen zelf, als andere professionals op managementniveau, actieve buurtbewoners en vrijwilligers.

Tot slot is er geobserveerd tijdens verschillende wijkoverleggen die plaatsvonden in het kader van Even Buurten, zowel op uitvoerend niveau (met de spillen en de projectleiding), managementniveau (adviesgroepen van Even Buurten waarin de managers van de betreffende spillen aanwezig waren) als bestuurlijk niveau (stedelijke stuurgroepen van Even Buurten waarin de bestuurders van de betrokken organisaties aanwezig waren). Daarnaast zijn audio-opnames gemaakt en is geobserveerd tijdens opleidingsbijeenkomsten; tijdens deze bijeenkomsten kregen de spillen onderwijs om hen te ondersteunen in hun spiltaken.

### *Kosteneffectiviteitsanalyse*

Om na te gaan in hoeverre Even Buurten een doelmatige manier is om continue, vraaggerichte en gecoördineerde zorg en ondersteuning aan zelfstandigwonende ouderen te organiseren (verbetering van zelfredzaamheid en welzijn) wordt een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd. Vanuit maatschappelijk perspectief, dus met behulp van alle relevante kosten en effecten bij ouderen in interventie- en controlegroep, wordt bekeken welke additionele kosten met Even Buurten zijn gemoeid en hoe deze zich verhouden tot de verwachte verbetering in zelfredzaamheid en welzijn van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.

Om inzicht te krijgen in de kosten die samenhangen met de inzet van de spil, registreren alle spillen gedurende het gehele project hun tijd. Hierbij wordt zowel cliëntgebonden tijd geregistreerd (dit betreft alle tijd die direct valt terug te voeren op de zorg en ondersteuning van cliënten, zoals (telefonische) consulten, afstemming met het (in)formele netwerk met betrekking tot ondersteuning cliënt en verwerking van cliëntinformatie in dossier) en projectgebonden tijd (dit betreft alle tijd die aan het Even Buurten project wordt besteed, maar niet valt terug te voeren op individuele cliënten, zoals projectoverleggen, projectadministratie, opleidingsbijeenkomsten en pr-werkzaamheden).

Naast de tijdregistraties verzamelen we middels het vragenlijstonderzoek onder de interventie- en controlegroep informatie met betrekking tot de consumptie van zorg en ondersteuning. Voor het bepalen van kosten van zorg en ondersteuning worden deze zorgvolumina vermenigvuldigd met integrale kostprijzen (Hakkaart-van Royen et al., 2010).

Met de verzamelde gegevens zal een reguliere kosteneffectiviteitsanalyse worden gedaan, met als

uitkomst een vergelijking tussen interventie- en controlegroep wat betreft verschil in kosten (in €) en welzijn (in quality adjusted life years [QALY], gemeten met EuroQoL-5D) gedurende een follow-up van 6 en 12 maanden. Deze standaardanalyse wordt verricht voor de vergelijkbaarheid van deze studie met resultaten van andere onderzoeken.

Zoals hiervoor toegelicht beschikken wij tot op heden wat betreft de nulmeting (T0) over de gegevens van 367 ouderen en hebben wij follow-up gegevens (T1) van 127 ouderen. Gezien de relatief kleine n wat betreft de follow-up gegevens, zullen de bevindingen met betrekking tot het zorggebruik en de doelmatigheid met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.



## Beschrijving experimentwijken

Even Buurten is tot uitvoering gekomen in de volgende vier experimentwijken en deelgemeenten: Lage Land/Prinsenland (deelgemeente Prins-Alexander), Lombardijen (deelgemeente IJsselmonde), Oude Westen (deelgemeente Centrum) en Vreewijk (Deelgemeente Feijenoord). De volgende tabel geeft de inwonersaantallen weer per wijk (algemeen en 70+). Lage Land/Prinsenland is niet alleen de grootste wijk qua inwonersaantallen, maar bevat (zowel in absolute als relatieve getallen) de meeste mensen van 70 jaar en ouder. De wijk Oude Westen daarentegen kent het kleinste inwonersaantal en het laagste percentage van mensen van 70 jaar en ouder.

**Tabel 1:** inwonersaantallen experimentwijken

Wijken	Aantal inwoners (alle leeftijden)	Aantal 70+ (zelfstandigwonend)
Lage Land/Prinsenland	19.925	3.532 (18%)
Lombardijen	13.330	1.941 (15%)
Oude Westen	9.585	565 (6%)
Vreewijk	13.554	1.750 (13%)

Om inzicht te krijgen in de individuele kenmerken, buurtkenmerken en sociale participatie onder ouderen in deze vier wijken hebben wij vragenlijstonderzoek gedaan (de wijkfoto). Voor dit onderzoek is uit de vier wijken een steekproef getrokken met gelijke aantallen bewoners (70+) per wijk en subdeel binnen de wijken. Hierbij zijn per subdeel ouderen proportioneel naar leeftijd benaderd.

Uit dit onderzoek blijkt dat gemiddeld 49% van de zelfstandigwonende ouderen (70+) in deze experimentwijken kwetsbaar is, waarbij percentages tussen wijken variëren van 44% in Lage Land/Prinsenland tot 56% in Vreewijk (zie tabel 2). Dit is een opvallend hoog percentage vergeleken met andere studies. Zo vonden Metzethin en collega's (2010) in hun studie in Nederland een gemiddelde kwetsbaarheid van 40%, wat mogelijk verklaard kan worden door het feit dat een deel van de studiepopulatie (36%) in een plattelandsgebied woonde.<sup>2</sup>

Op individueel niveau zien we verder dat de uitkomsten significant verschillen tussen de wijken wat betreft opleiding, sociaal functioneren, sociaal kapitaal en welzijn.<sup>3</sup> De wijk Lage Land/Prinsenland scoort hierbij gemiddeld hoger en de wijk Oude Westen lager ten opzichte van de andere wijken. Op buurtniveau vinden we significante verschillen tussen buurten wat betreft de kwaliteit van de buurt

<sup>2</sup> Ook in deze studie was de Tilburg Frailty Indicator (TFI) gebruikt om kwetsbaarheid vast te stellen.

<sup>3</sup> Voor een toelichting op de verschillende begrippen (zoals sociale cohesie en sociaal kapitaal) zie appendix 1.



en veiligheid. Ook hier valt op dat de kwaliteit en veiligheid van de wijk Lage Land/Prinsenland significant hoger wordt gewaardeerd en in de wijk Oude Westen significant lager.

Wat betreft sociale participatie zien we dat gemiddeld 30% van de ouderen aan informeel (ongeorganiseerd en onbetaald) vrijwilligerswerk doet en 19% van de ouderen hun burens regelmatig (meer dan één keer per maand) helpt. De wijken verschillen hierbij significant wat betreft informeel vrijwilligerswerk, waarbij percentages variëren van 24% in Oude Westen tot 36% in Lage Land/Prinsenland. Aanvullende analyses laten zien dat mensen met een Nederlandse achtergrond en een hogere opleiding vaker aan vrijwilligerswerk doen. Deze bevindingen zijn begrijpelijk wanneer we kijken naar de samenstelling en sociaaleconomische status van de buurten; waar het Oude Westen zich kenmerkt door een zeer multiculturele samenstelling en een relatief lage sociaaleconomische status, bestaat Lage Land/Prinsenland voornamelijk uit mensen van Nederlandse afkomst met een hogere opleiding.

**Tabel 2:** vergelijking individuele kenmerken, buurtkenmerken en sociale participatie per wijk

	<b>Lage Land/ Prinsenland (n = 270)</b>	<b>Lombardijen (n = 224)</b>	<b>Oude Westen (n = 203)</b>	<b>Vreewijk (n = 248)</b>	
	% of gemiddelde (sd <sup>a</sup> )	% of gemiddelde (sd <sup>a</sup> )	% of gemiddelde (sd <sup>a</sup> )	% of gemiddelde (sd <sup>a</sup> )	<i>p</i> -waarde
<i>Individuele kenmerken</i>					
Leeftijd	77.45 (5.83)	78.33 (6.07)	77.16 (5.08)	77.81 (5.83)	0.001
Sekse(vrouw)	57%	62%	50%	59%	0.070
Gehuwd	39%	36%	34%	30%	0.206
Lage opleiding	11%	22%	32%	26%	<0.001
Sociaal functioneren (0-100)	77.00 (27.48)	75.23 (28.87)	69.95 (31.24)	71.18 (29.87)	0.028
Sociaal kapitaal (0-20)	6.74(2.65)	6.64 (2.86)	6.19 (2.68)	6.18 (2.53)	0.038
Welzijn (1-4)	2.63 (0.52)	2.58 (0.53)	2.49 (0.52)	2.53 (0.60)	0.026
Kwetsbaar	44%	49%	47%	56%	0.090
<i>Buurtkenmerken</i>					
Sociale cohesie (8-40)	24.71 (4.91)	24.25 (5.72)	24.21 (5.72)	24.39 (5.38)	0.722
Kwaliteit van de buurt (15-60)	43.12 (5.61)	41.88 (6.11)	41.74 (6.54)	41.81 (6.87)	0.040
Veiligheid in de buurt (4-16)	12.18 (1.89)	11.16 (2.11)	10.84 (2.38)	11.21 (2.15)	<0.001
<i>Sociale participatie</i>					
Vrijwilligerswerk	36%	27%	24%	30%	0.024
Burenhulp	19%	17%	14%	23%	0.083

<sup>a</sup>sd= standaarddeviatie.

## Oud worden in Rotterdam; de rol van de buurt

Van de *kwetsbare* ouderen in onze studie geeft 63% aan 'koste wat kost zo lang mogelijk thuis te willen blijven wonen'. Ruim 26% geeft aan alleen naar een verzorgings- of verpleeghuis te willen gaan 'als het echt niet anders kan' en de overige 11% van de ouderen staat hier iets minder negatief tegenover. Hoewel een overgrote meerderheid van de ouderen dus de wens heeft thuis te blijven wonen, is het van belang te achterhalen welke ondersteuning zij nodig hebben in de buurt, om -met behoud van kwaliteit van leven- thuis te kunnen blijven wonen. Onder het begrip welzijn (ook wel kwaliteit van leven genoemd) verstaan we zowel fysiek, sociaal als psychisch welzijn (Ormel, Lindenberg, Steverink, & Verbrugge, 1999).

Om de wisselwerking tussen individuele kenmerken (zoals welzijn en kwetsbaarheid) en buurtkenmerken (zoals sociale cohesie en sociaal kapitaal) te onderzoeken zijn verschillende (multilevel) analyses uitgevoerd. De bevindingen uit deze analyses zullen hieronder in korte lijnen worden weergegeven.

### *Welzijn en kwetsbaarheid*

Wanneer we kijken naar de invloed van individuele en buurtkenmerken op het welzijn van ouderen, dan zien we dat naast het individueel sociaal kapitaal van ouderen, sociaal kapitaal tussen buurtbewoners, de kwaliteit van de buurt en sociale cohesie onder buurtbewoners belangrijke voorspellers zijn van het welzijn van ouderen. Alleenstaande ouderen en ouderen met een laag inkomen rapporteren een lager welzijn in vergelijking met gehuwde ouderen en ouderen met een hoger inkomen. Dit effect verdwijnt echter als we rekening houden met de kwaliteit van de buurt en sociaal kapitaal en sociale cohesie in de buurt. De kwaliteit van de buurt, sociaal kapitaal en sociale cohesie in de buurt blijken het welzijn van ouderen te beschermen. Dit zijn belangrijke inzichten. Om het welzijn van ouderen te verbeteren is het van belang te investeren in de kwaliteit van de buurt, en te zoeken naar manieren om sociale cohesie en sociaal kapitaal tussen buurtbewoners te versterken (zie voor alle resultaten het volledige artikel; Cramm, van Dijk & Nieboer, 2012). We hebben daarnaast gezien dat buurtkenmerken ook bepalend zijn voor kwetsbaarheid onder ouderen in de wijk. De buurtkenmerken veiligheid, sterkere sociale cohesie in de buurt en je 'thuis' voelen in de buurt lijken beschermend te werken voor kwetsbaarheid onder ouderen. Op individueel niveau zien we dat kwetsbaarheid vaker voorkomt bij vrouwen, alleenstaanden, lager opgeleiden en ouderen met een hogere leeftijd (zie voor alle resultaten het volledige artikel; Cramm & Nieboer, 2012).

### *Sociale cohesie*

De hiervoor beschreven bevindingen ondersteunen dat kenmerken van de buurt, zoals sociale cohesie, een belangrijke rol spelen bij het welzijn en kwetsbaarheid van ouderen. Het is dan ook van belang te achterhalen wat bijdraagt aan sociale cohesie in de buurt om hier met beleid op te kunnen anticiperen. Wanneer we nagaan wat de mate van ervaren sociale cohesie beïnvloedt, dan zien we op individueel niveau dat leeftijd, etnische achtergrond, aantal jaren wonend op het huidige adres, inkomen en gezondheid een belangrijke rol spelen. Op buurtniveau wordt duidelijk dat de mate van ervaren veiligheid van de buurt een belangrijke voorspeller is van sociale cohesie. Kortom; indien ouderen zich veiliger voelen in de wijk, is de kans ook groter dat er sprake is van goede onderlinge relaties tussen buren (van Dijk, Cramm & Nieboer, ingediend).

### *De ideale buurt*

Om de behoeften van (kwetsbare) ouderen ten aanzien van hun fysieke en sociale omgeving beter te kunnen duiden en beschrijven, hebben wij 32 kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen geïnterviewd over hun 'ideale buurt om ouder in te worden'. We zien hierbij dat zowel *binnen* als *tussen* de groep kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen verschillende visies bestaan. Tegelijkertijd waren de voorkeuren van beide groepen vaak ingegeven door een gemeenschappelijke behoefte om onafhankelijk te zijn van anderen en over voldoende autonomie te beschikken. Zo gaven zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen aan veel waarde te hechten aan (zorg)voorzieningen op loopafstand van huis. Deze voorzieningen stellen hen in staat zichzelf te voorzien van basale behoeften (zoals het halen van boodschappen en het bezoeken van de huisarts en apotheek). Een veilige buurt en goed openbaar vervoer dragen hier ook aan bij.

Deze voorzieningen komen bovendien ook tegemoet aan een sociale behoefte; wanneer ouderen bijvoorbeeld boodschappen gaan doen, komen zij vaak ook bekenden uit de wijk tegen waar zij een praatje mee maken. Die ogenschijnlijk oppervlakkige sociale interacties met anderen gaven ouderen vaak een gevoel van veiligheid en vertrouwdheid. Hoewel kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen beiden aangaven behoefte te hebben aan een gevoel van onafhankelijkheid en vertrouwdheid in de buurt, verschilt de invulling van deze thema's vaak tussen kwetsbare en niet-kwetsbare ouderen. Waar kwetsbare ouderen zich onafhankelijk kunnen voelen *door* hun thuishulp, voelen anderen - niet-kwetsbare ouderen- dat bijvoorbeeld door het feit dat zijzelf nog in staat zijn hun huis schoon te maken. Een ander voorbeeld betreft veiligheid; waar niet-kwetsbare ouderen aangaven dat een buurt voor hen veilig is wanneer zich weinig criminaliteit voordoet op straat, refereerden kwetsbare ouderen vaak aan voorbeelden van veiligheid binnenshuis (een goed camerasysteem in een

wooncomplex draagt daar bijvoorbeeld aan bij). De behoeften die ouderen hebben ten aanzien van de buurt verschuiven dus al naar gelang de mate van kwetsbaarheid. Om zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen in staat te stellen zelfstandig te kunnen blijven wonen, dienen buurten op de behoeften van zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen te worden afgestemd (van Dijk, Cramm, van Exel & Nieboer, ingediend).



## Kwaliteit van leven onder Even Buurten ouderen

Het Even Buurten project beoogt de kwaliteit van leven van zelfstandigwonende ouderen te bevorderen door het sociale wijknetwerk rondom hen te verstevigen. Aan de hand van onze effectevaluatie kan worden bekeken in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten hieraan bijdraagt. Op dit moment beschikken wij over de follow-up meting van ongeveer één derde van de onderzoekspopulatie (n=127). De bevindingen dienen dan ook met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

### *Baseline vergelijking interventie- en controleouderen*

Wanneer we kijken naar de cliëntkenmerken bij de 0-meting, dan zien we dat de interventie ouderen gemiddeld genomen ouder zijn dan de ouderen in de controlegroep. Er zijn verder geen verschillen gevonden tussen de twee groepen ten aanzien van geslacht, mate van kwetsbaarheid en kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven van de Even Buurten ouderen is lager dan de kwaliteit van leven zoals gerapporteerd door chronisch zieke patiënten in Nederland, namelijk patiënten met (risico op) cardiovasculaire aandoeningen (n=714) 0.8 (0.2); patiënten met COPD (n=380) 0.8 (0.2); patiënten met diabetes (n=195) 0.8 (0.2) en ouderen (65+) 3 maanden na ziekenhuis opname (n=293) 0.8 (0.2). Het is wel hoger dan de kwaliteit van leven van Zichtbare Schakels cliënten in Rotterdam (n=146) 0.6 (0.3) (Nieboer, Lötters & Cramm, 2013).

**Tabel 3:** cliëntkenmerken controle- en interventiegroep

	Interventiegroep (n=182)	Controlegroep (n=185)	
	% of gemiddelde (sd <sup>a</sup> )	% of gemiddelde (sd <sup>a</sup> )	p-waarde
Leeftijd	81.9 (6.1)	80.5 (6.0)	0.031
Geslacht (% vrouw)	76%	74%	0.529
Kwetsbaarheid (TFI)	8.1 (2.3)	8.0 (2.2)	0.535
Kwaliteit van leven (EQ5D)	0.7 (0.3)	0.7 (0.3)	0.086

<sup>a</sup>sd= standaarddeviatie.

### *Veranderingen in kwaliteit van leven*

Voorlopige resultaten van de cliënten waarbij wij beschikken over zowel de T0 als de follow-up meting na 6 maanden (n=127) laten zien dat er zowel binnen de interventiegroep als controlegroep geen sprake is van een significante verandering in kwaliteit van leven tussen T0 en T1. Er zijn op dit moment ook geen significante verschillen gevonden *tussen* de experiment- en controlegroep.



## Zorggebruik en doelmatigheid

Doel van dit deel van de evaluatie is om te bepalen of de inzet van spullen een effectieve en doelmatige manier is om zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen te bieden. Ook hier moeten de gegevens gezien de relatief kleine n van de follow-up meting met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

### *Veranderingen in zorggebruik binnen de groepen*

We hebben het zorggebruik van ouderen onderzocht om mogelijke verschuivingen in zorggebruik inzichtelijk te maken. De kosten per zorgaanbieder zijn afkomstig uit de Handleiding voor Kostenonderzoek zoals dat door het institute for Medical Technology Assessment (iMTA) is opgesteld voor CVZ (Hakkaart-van Royen et al. 2010). De kosten voor hulpmiddelen en aanpassingen zijn gebaseerd op de huidige marktprijzen. Voor het berekenen hiervan is uitgegaan van zorggebruik genormaliseerd naar een jaar. De kosten van de interventie zijn afkomstig van tijdsregistraties van de spullen. Vanuit deze registratie is het aantal uur per cliënt per jaar vastgesteld. Dit is vermenigvuldigd met het uurtarief zoals vastgesteld door het CAO loon en de daaraan gerelateerde kosten. Bij het berekenen van de personeelskosten vanuit het cao-loon is uitgegaan van 1600 werkbare uren en zijn de volgende opslagen gehanteerd: 8% vakantietoeslag, 4,5 % eindejaarsuitkering, 21% sociale lasten / pensioen en 5% overhead. Vervolgens is het verschil in de gemiddelde kosten op de T0 en de gemiddelde kosten van de follow-up (T1) berekend.

In tabel 4 en 5 staan zorggebruikgegevens van de experimentouderen en controleouderen waarbij op zowel T0 en T1 (zes maanden na T0) een interview is afgenomen. Het zorggebruik wordt per zorgaanbieder weergegeven. Op deze manier kan beter zicht worden gekregen op eventuele verschuivingen in het zorggebruik. Omdat de data als input worden gebruikt in de doelmatigheidsanalyse is het zorggebruik genormaliseerd naar een jaar. In tabel 4 worden de gegevens van de interventiegroep op T0 en T1 weergegeven en in tabel 5 de gegevens van de controlegroep op T0 en T1.

Deze voorlopige resultaten laten zien dat er geen significante verschillen zijn ontstaan in zorggebruik onder de experimentouderen (T0 versus T1 binnen de interventiegroep; zie tabel 4). Bij de controleouderen (T0 versus T1 binnen de controlegroep; zie tabel 5) zien we alleen een significante afname wat betreft huishoudelijke hulp van thuiszorg. De totale zorggebruikkosten zijn gelijk gebleven.



**Tabel 4:** Gemiddeld zorggebruik bij cliënten uit de interventiegroep waarvan gegevens beschikbaar waren op T0 & T1 (na 6 maanden) (per cliënt per jaar) (interventiegroep; n= 70).

Zorgaanbieder <sup>a</sup>	T0		T1		% toe- of afname
	n (%)	Gemiddelde(sd <sup>b</sup> )	n %	Gemiddelde(sd <sup>b</sup> )	
Ziekenhuis (aantal dagen)	13 (19)	2,9 (9,0)	5 (7)	1,4 (6,7)	-52%
Huisarts (aantal keer)	53 (76)	3,3 (3,7)	47 (67)	3,8 (4,0)	15%
Huisartsenpost (aantal keer)	11 (16)	0,3 (0,7)	11 (16)	0,4 (1,6)	33%
Huishoudelijke hulp via thuiszorg (aantal uur per week)	42 (60)	2,1 (2,2)	45 (64)	2,6 (3,8)	+24%
Huishoudelijke hulp particulier (aantal uur per week)	10 (14)	0,3 (0,8)	7 (10)	0,2 (0,7)	-33%
Persoonlijke verzorging (aantal uur per week)	14 (20)	0,8 (1,9)	16 (23)	0,7 (1,4)	-13%
Verpleging (aantal uur per week)	4 (6)	0,1 (0,6)	3 (4)	0,1 (0,5)	0%
Verzorgingshuis (aantal weken)	0 (0)	---	0 (0)	--	nvt
Verpleeghuis (aantal weken)	1 (1.4)	0,2 (1,6)	0 (0)	--	-100%
Dagopvang (aantal dagen per week)	6 (9)	0,2 (0,7)	5 (7)	0,2 (0,6)	0%
Dagbehandeling (aantal dagen per week)	0 (0)	--	1 (1.4)	0,03 (0,2)	nvt
Fysiotherapie (aantal keer)	21 (30)	9,3 (19,9)	19 (27)	15,1 (32,0)	62%
Oefentherapie (aantal keer)	3 (4)	1,0 (6,2)	2 (3)	0,6 (4,8)	-40%
Medisch Specialist/Polibezoek (aantal keer)	42 (60)	2,1 (2,4)	32 (46)	2,5 (4,1)	19%
Maatschappelijk werk (aantal keer)	18 (26)	1,9 (6,6)	7 (10)	1,8 (8,0)	-5%
Psycholoog (aantal keer)	1 (1.4)	0,1 (0,7)	2 (3)	0,1 (0,8)	0%

<sup>a</sup>inclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht; <sup>b</sup>standaarddeviatie.

\*=p≤0.05

**Tabel 5:** Gemiddeld zorggebruik bij cliënten uit de controlegroep waarvan gegevens beschikbaar waren op T0 & T1 (na 6 maanden) (per cliënt per jaar) (controlegroep; n= 57)

Zorgaanbieder	T0		T1		% toe- of afname
	n (%)	Gemiddelde(sd <sup>b</sup> )	n %	Gemiddelde(sd <sup>b</sup> )	
Ziekenhuis (aantal dagen)	13 (23)	1,3 (3,1)	9 (13)	2,1 (6,3)	62%
Huisarts (aantal keer)	41 (72)	3,7 (3,9)	39 (56)	4,2 (6,6)	14%
Huisartsenpost (aantal keer)	4 (7)	0,1 (0,6)	7 (12)	0,5 (1,5)	400%
Huishoudelijke hulp thuiszorg (aantal uur per week)	27 (47)	1,7 (2,5)	21 (37)	1,0 (1,5)	-41%*
Huishoudelijke hulp particulier (aantal uur per week)	18 (32)	0,9 (1,4)	22 (39)	1,1 (1,6)	22%
Persoonlijke verzorging (aantal uur per week)	10 (17)	0,2 (0,6)	10 (18)	0,4 (1,1)	100%
Verpleging (aantal uur per week)	2 (4)	0,3 (1,7)	0 (0)	--	--
Verzorgingshuis (aantal weken)	4 (6)	0,2 (0,8)	2 (4)	0,3 (1,7)	0,5
Verpleeghuis (aantal weken)	1 (2)	0,02 (0,13)	1 (2)	1,5 (11,2)	7400%
Dagopvang (aantal dagen per week)	0 (0)	--	0 (0)	--	nvt
Dagbehandeling (aantal dagen per week)	0 (0)	--	0 (0)	--	nvt
Fysiotherapie (aantal keer)	20 (35)	10,7 (23,7)	17 (3)	10,0 (21,9)	-7%
Oefentherapie (aantal keer)	4 (7)	1,1 (4,4)	2 (4)	0,9 (5,9)	-18%
Medisch Specialist/Polibezoek (aantal keer)	39 (68)	4,9 (14,9)	30 (5)	2,6 (3,2)	-47%
Maatschappelijk werk (aantal keer)	2 (4)	0,1 (0,6)	1(2)	0,07 (0,5)	-30%
Psycholoog (aantal keer)	1 (2)	0,05 (0,4)	0 (0)	--	-100%

<sup>a</sup>inclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht; <sup>b</sup> standaarddeviatie.  
\*= $p \leq 0.05$

## Kosten van zorggebruik

In de volgende tabellen staan de kosten voor zorggebruik (per zorgaanbieder) weergegeven. Ook in deze tabel is voor het berekenen van de kosten uitgegaan van zorggebruik genormaliseerd naar een jaar. In tabel 6 worden de kosten van zorggebruik van de interventiegroep op T0 en T1 weergegeven en in tabel 7 de kosten van zorggebruik van de controlegroep op T0 en T1.

**Tabel 6:** Kosten zorggebruik in euro's per cliënt uit interventiegroep per jaar (op basis van T0 en T1 na 6 maanden).

Zorgaanbieder <sup>a</sup>	T0	T1
	Gemiddelde (sd)	Gemiddelde (sd)
Ziekenhuis	1321,94 (4135,99)	643,48 (3098,17)
Huisarts	96,02 (106,60)	112,54 (117,52)
Huisartsenpost	27,71 (82,07)	48,89 (178,98)
Huishoudelijke hulp Thuiszorg	2826,79 (2828,67)	3479,13 (5092,28)
Huishoudelijke hulp Particulier	375,59 (1026,06)	276,75 (937,58)
Persoonlijke verzorging	1927,89 (4659,09)	1580,05 (5319,92)
Verpleging	409,94 (1982,88)	358,70 (1847,26)
Verzorgingshuis	0 (0)	0 (0)
Verpleeghuis	328,33 (2747,07)	0 (0)
Dagopvang	496,60 (1669,67)	425,66 (1580,11)
Dagbehandeling	0 (0)	395,73 (3310,96)
Fysiotherapie	359,91 (760,62)	579,27 (1224,15)
Oefentherapie	36,08 (228,59)	22,28 (177,66)
Medisch Specialist/ polibezoek	144,20 (161,76)	167,19 (281,86)
Maatschappelijk werk	132,96 (454,70)	121,96 (552,11)
Psycholoog	7,30 (60,88)	9,70 (63,90)
Rolstoel	24,51 (100,30)	12,26 (71,99)
Alarmknop	2,57 (12,24)	3,43 (14,03)
Rollator	12,73 (33,38)	4,24 (20,20)
Traplift	0 (0)	0 (0)
Drempels in huis	4,29 (25,17)	2,14 (17,92)
Douche	20,49 (67,39)	6,83 (40,10)
Inzet SPIL (interventie)		265,37 (166,93)
<b>TOTAAL</b>	<b>€ 8.498,93 (€ 9.482,25)</b>	<b>€ 8.838,65 (€ 10.693,97)<sup>b</sup></b>

<sup>a</sup>inclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht <sup>b</sup>inclusief kosten spil

De kosten van de spellen bedragen gemiddeld € 265,- per cliënt per jaar. De spil besteedt gemiddeld 8,5 uur aan cliëntgebonden activiteiten; dit betreft alle tijd die direct valt terug te voeren op de zorg en ondersteuning van cliënten (zoals (telefonische) consulten, afstemming met het (in)formele netwerk met betrekking tot ondersteuning cliënt, verwerking van cliëntinformatie in dossier etc.). Van deze tijd is circa 7,5% reistijd. Tabel 6 laat dus nauwelijks verschil zien in de totale kosten van zorggebruik (minus de kosten van de spil) voor de interventiegroep op T0 en T1.

**Tabel 7:** Kosten zorggebruik in euro's per cliënt uit controlegroep per jaar (op basis van T0 en T1 na 6 maanden).

Zorgaanbieder <sup>a</sup>	T0	T1
	Gemiddelde (sd)	Gemiddelde (sd)
Ziekenhuis	577,04 (1430,99)	956,23 (2930,01)
Huisarts	106,98 (113,95)	123,59 (195,36)
Huisartsenpost	15,83 (68,24)	51,45 (163,64)
Huishoudelijke hulp Thuiszorg	2277,11 (3270,69)	1347,68 (1946,70)
Huishoudelijke hulp Particulier	1182,53 (1918,11)	1466,34 (2077,74)
Persoonlijke verzorging	529,72 (1454,55)	1015,29 (2630,34)
Verpleging	1006,87 (5977,37)	0 (0)
Verzorgingshuis	129,02 (527,62)	211,12 (1124,10)
Verpleeghuis	31,57 (236,25)	2651,96 (19845,41)
Dagopvang	0 (0)	0 (0)
Dagbehandeling	0 (0)	0 (0)
Fysiotherapie	408,67 (904,18)	382,00 (834,91)
Oefentherapie	40,52 (163,50)	32,41 (220,89)
Medisch Specialist/ polibezoek	330,07 (1009,82)	173,97 (214,40)
Maatschappelijk werk	0 (0)	0 (0)
Psycholoog	8,94 (49,93)	5,96 (44,98)
Rolstoel	15,05 (79,63)	0 (0)
Alarmknop	2,1 (11,14)	0 (0)
Rollator	13,89 (34,69)	6,95 (25,51)
Traplift	43,86 (331,13)	0 (0)
Drempels in huis	2,63 (19,87)	0 (0)
Douche	16,77 (61,59)	8,39 (44,37)
<b>TOTAAL</b>	<b>€ 7079,12 (€ 10.042,34)</b>	<b>€ 8283,14 (€ 21.570,97)</b>

<sup>a</sup>inclusief cliënten die hebben aangegeven de betreffende zorgaanbieder niet te hebben bezocht

Kijkend naar de kosten voor zorggebruik van de controlegroep (tabel 7), dan zien we dat de kosten voor zorggebruik zijn toegenomen. Dit verschil is echter niet statistisch significant.

Gezien de kleine onderzoekspopulatie, mate van spreiding en onzekerheid van resultaten is de validiteit van de bevindingen van de tussentijdse bevindingen beperkt. Wanneer de totale populatie van de experiment- en controle ouderen opnieuw is bevraagd op T1 en T2 kunnen hardere conclusies worden getrokken. De resultaten tot dusver duiden in ieder geval niet op een toename van het zorggebruik in de Even Buurten interventie groep.



## Ervaringen spillen

Doel van dit deel van het onderzoek is om na te gaan in hoeverre spillen tevreden zijn over de zorg en ondersteuning zoals door hen gegeven binnen het Even Buurten project. In onderstaande tabel is de mate van tevredenheid te zien van spillen ten aanzien van verschillende aspecten van hun werk. Met een gemiddelde tevredenheid van 7,5 beoordelen de spillen hun werkzaamheden vrij positief. De spillen zijn het meest tevreden over hun bereikbaarheid en professionaliteit en geven daarvoor allebei gemiddeld een 7,9. Relatief gezien zijn de spillen iets minder tevreden over hun zichtbaarheid (m=7,2), hun effectiviteit (m=7,1) en de verbinding die ze maken tussen de gezondheidszorg, in het bijzonder de eerste lijn en het sociaal maatschappelijke domein van de spil (m=7,3). Eerder onderzoek naar de tevredenheid van Zichtbare Schakels over hun werkzaamheden laat vergelijkbare cijfers zien (Cramm, Lötters & Nieboer, 2013). Ook Zichtbare Schakels kennen zichzelf hogere cijfers toe wat betreft hun bereikbaarheid (m=7,8) en professionaliteit (m=7,9), en geven relatief lagere cijfers voor hun zichtbaarheid (m=7,1) en de mate waarin ze verbinding leggen tussen de gezondheidszorg, in het bijzonder de eerste lijn en het sociaal maatschappelijke domein (m=7,4).

**Tabel 8:** Tevredenheid werkzaamheden van de spil beoordeeld door de spillen zelf (n=18)

		Gemiddelde cijfer
De bereikbaarheid van de spil	Gemiddelde	7.9
	standaarddeviatie	0.8
	n	18
Zichtbaarheid van de spil	Gemiddelde	7.2
	standaarddeviatie	1.0
	n	18
Professionaliteit van de spil	Gemiddelde	7.9
	standaarddeviatie	0.5
	n	18
Rol in de wijk van de spil	Gemiddelde	7.6
	standaarddeviatie	0.9
	n	18
Verbinding tussen gezondheidszorg/ in het bijzonder de eerste lijn en sociaal maatschappelijke domein van de spil	Gemiddelde	7.3
	standaarddeviatie	1.2
	n	18
Complementariteit van de spil	Gemiddelde	7.7
	standaarddeviatie	1.2
	n	18
Effectiviteit van de spil	Gemiddelde	7.1
	standaarddeviatie	1.2
	n	18
Gemiddelde totaal score tevredenheid spil	Gemiddelde	7.5
	standaarddeviatie	0.7
	n	18

Om de verschillende aspecten van het werk van de spil nader te bekijken, hebben wij hen verschillende stellingen voorgelegd. Aangezien één van de doelen van Even Buurten (vroeg)signalering betreft, hebben wij de spillen de volgende stelling voorgelegd: “Ik weet wie de kwetsbare ouderen zijn in de buurt en ik kan ze goed bereiken”. Bijna een kwart van de spillen (22%) antwoordt hierop ‘over het algemeen niet’; 39% ‘soms’ en tot slot geeft 39% van de spillen aan kwetsbare ouderen ‘meestal’ in beeld te hebben en te kunnen bereiken. Wanneer we de spillen vragen hoe vaak het hen ‘veel tijd kost om het vertrouwen van kwetsbare ouderen te winnen’, geeft 28% aan dat het hen over het algemeen niet veel tijd kost, 33% dat het soms tijd kost en tot slot zegt 34% van de spillen dat het hen meestal of bijna altijd veel tijd kost.

Een ander belangrijk uitgangspunt van Even Buurten is de integrale samenwerking tussen het formele en informele netwerk. Tabel 9 laat zien hoe spillen de samenwerking met het formele netwerk waarderen. Uit de tabel wordt allereerst duidelijk dat de overgrote meerderheid van de spillen (83%) ‘meestal’ of ‘bijna altijd’ goed samenwerkt met welzijnsmedewerkers in de ondersteuning van kwetsbare ouderen. Een wat kleinere groep spillen (66%) doet datzelfde meestal of bijna altijd met zorgverleners. Opvallend is verder dat een meerderheid van de spillen (61%) soms barrières ondervindt in de samenwerking met andere hulpverleners en 11% deze barrières meestal ervaart.

**Tabel 9:** Oordeel over samenwerking met het formele netwerk (n=18)

	Bijna nooit	Over het algemeen niet	Soms	Meestal	Bijna altijd
Ik werk goed samen met zorgverleners om samen kwetsbare ouderen te ondersteunen in hun eigen buurt	-	17%	17%	22%	44%
Ik werk goed samen met welzijnsmedewerkers om samen kwetsbare ouderen te ondersteunen in hun eigen buurt	-	6%	11%	33%	50%
Ik word door zorg en welzijn professionals benaderd om kwetsbare ouderen te ondersteunen	-	-	50%	33%	17%
Er zijn barrières in de samenwerking met andere hulpverleners (concurrentie gevoelens, financiële belangen)	11%	17%	61%	11%	-

Wanneer we kijken naar het oordeel van spillen over de samenwerking met het informele netwerk (zie tabel 10), dan valt op dat 56% van de spillen aangeeft meestal of bijna altijd goed met hen samen te werken. Hoewel dit een meerderheid betreft, waarderen de spillen de samenwerking met

het formele netwerk (in het bijzonder met de welzijnswerkers) duidelijk hoger. Wat betreft de inzet van het informele netwerk voor de zorg en ondersteuning van ouderen, geeft de helft van de spullen aan dat het hen meestal lukt om vrijwilligers/informele hulpverleners in te zetten, 22% bijna altijd, en tot slot ervaart 28% van de spullen hierbij soms moeilijkheden. Bovendien wordt de deskundigheid van vrijwilligers door een meerderheid (61%) van de spullen meestal als voldoende beschouwd; bijna een kwart van de spullen (22%) vindt hen soms voldoende deskundig. Een belangrijke bevinding is verder dat 56% van de spullen aangeeft soms en 6% meestal barrières te ervaren in de samenwerking met het informele netwerk.

**Tabel 10:** Oordeel over samenwerking met het informele netwerk (n=18)

	Bijna nooit	Over het algemeen niet	Soms	Meestal	Bijna altijd
Ik werk goed samen met het informele netwerk van ouderen zelf (buren, vrienden, familie) om goede ondersteuning te geven	-	6%	39%	28%	28%
Het lukt me om vrijwilligers/informele hulpverleners in te zetten	-	-	28%	50%	22%
Er zijn barrières in de samenwerking met het informele netwerk van ouderen	-	33%	56%	6%	-
De vrijwilligers die ik inzet om kwetsbare ouderen te ondersteunen zijn voldoende deskundig	-	6%	22%	61%	11%
Mensen in de buurt benaderen mij als ze denken dat een kwetsbare oudere hulp nodig heeft	-	6%	67%	22%	6%

Naast samenwerking met het (in)formele netwerk, is ook aan de spullen gevraagd in hoeverre zij zich gesteund voelen door het management van hun organisatie in hun taken als spil. Hieruit blijkt dat 28% van de spullen zich bijna nooit of over het algemeen niet gesteund voelt en 33% van de spullen dit soms voelt. Daarnaast geeft 39% van de spullen aan het meestal of bijna altijd moeilijk te vinden om de werkzaamheden als spil te combineren met hun andere baan. 17% van de spullen ervaart dit probleem soms en 28% over het algemeen niet of bijna nooit.





## **Barrières binnen een integrale wijkaanpak**

Om de langdurige zorg toekomstbestendig te houden voert het kabinet de komende jaren een aantal grote hervormingen uit. Deze hervormingen bouwen voort op een al eerder ingezet beleid van extramuralisering en vereisen een integrale wijkgerichte aanpak. Om een integrale wijkaanpak te ontwikkelen is samenwerking nodig tussen verschillende partners op meerdere niveaus waaronder de overheid, zorgverzekeraars, gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, buurten, professionals, mantelzorgers, buurtbewoners en ouderen zelf. Er zijn echter verschillende barrières die een integrale wijkaanpak belemmeren.

Om deze barrières inzichtelijk te maken hebben vorig jaar in totaal 26 interviews plaatsgevonden met actieve buurtbewoners, vrijwilligers en professionals (zie van Dijk, Cramm & Nieboer 2013; van Dijk et al., 2013). Daarnaast hebben observaties plaatsgevonden tijdens bijeenkomsten met professionals (zowel tijdens opleidingsbijeenkomsten als bij projectoverleggen op uitvoerend en bestuurlijk niveau).

### *Barrières voor wijkgerichte ondersteuning*

Het ingezette beleid van extramuralisering gaat gepaard met een aantal verregaande ontwikkelingen die in een snel tempo worden doorgevoerd. Zo worden ouderen geconfronteerd met het feit dat er in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de (financiële) mogelijkheden van henzelf en hun sociale netwerk. Bovendien zien ouderen door de decentralisaties en aanbestedingen steeds meer vertrouwde plekken (zoals buurthuizen) en mensen (zoals hun thuishulp) verdwijnen. De snelheid en omvang van deze hervormingen maakt dat ouderen hier soms geen zicht meer op hebben en daardoor het gevoel hebben de controle te verliezen. Hoewel deze ontwikkelingen deels onvermijdelijk lijken te zijn, doen zij afbreuk aan de vertrouwdheid en continuïteit van zorg en ondersteuning. In projecten als Even Buurten wordt zichtbaar dat professionals veel tijd nodig hebben om het vertrouwen van ouderen te winnen. Zo vraagt bijvoorbeeld het 'binnenkomen' bij ouderen om een investering; ouderen zijn gezien vervelende ervaringen (terecht) steeds voorzichtiger in het toelaten van vreemden. Bovendien heerst onderen ouderen soms teleurstelling over het komen en gaan van projecten en professionals, waardoor zij niet altijd (meteen) openstaan voor een nieuw project en gezicht. Voor professionals die wijkgericht werken is het dus van groot belang een vertrouwensrelatie op te bouwen en bekend te zijn in de wijk. Communicatie(materiaal) draagt hieraan bij; door het adverteren in de wijkkrant (liefst met foto) en het ophangen van posters op centrale plekken in de buurt (zoals de supermarkt, huisartsenpraktijk en kapper) wordt herkenbaarheid bevorderd.

Een tweede uitdaging is het organiseren van passende ondersteuning binnen het (in)formele netwerk. Het is noodzakelijk om de weerstand die ouderen voelen ten aanzien van het betrekken van het informele netwerk te overbruggen. Hieraan ligt deels vraagverlegenheid ten grondslag; hulpbehoevenden lijken het makkelijker te vinden om ondersteund te worden door een professional dan door een buurtbewoner. Naast het gevoel dat de inzet van buurtondersteuning afbreuk doet aan hun onafhankelijkheid, associëren ouderen (een teveel aan) burenccontact ook met een negatieve vorm van sociale controle.

Er lijkt een maatschappelijke omwenteling nodig te zijn waarbij de mentaliteit van 'recht hebben op' zorg en ondersteuning minder vanzelfsprekend wordt. Een professional benadrukte dat ouderen nu nog vaak uitgaan van eerdere verworvenheden: *"Daarvoor heb je toch maatschappelijk werk? Heeft het iets te maken met je woning, daar heb je corporatie voor, inspecteur voor, huismeester voor. Daar heb je niet de burens voor.. nee"*.

Ook professionals vinden het soms lastig om de zorg en ondersteuning toe te vertrouwen aan het informele netwerk. Hoewel professionals het belang van het informele netwerk rondom ouderen onderschrijven, ondervinden zij hierbij tegelijkertijd een spanningsveld: *"En toen zei die man van de ouderenbond tijdens het sollicitatiegesprek: 'dus jij gaat er weer een heel leger professionals op afsturen?' Toen dacht ik van ja, daar moet ik wel erg voorzichtig mee zijn dat ik dat ga doen, maar aan de andere kant moet ik ook weer voorzichtig zijn dat ik niet alleen maar vrijwilligers erop afstuur terwijl er heel veel aan de hand is"*. Professionals ervaren hierbij onzekerheid omtrent de deskundigheid en betrouwbaarheid van informele zorgverleners en wijzen daarbij op juridische aspecten als aansprakelijkheid. Tot slot beschouwen professionals het informele netwerk soms ook als een bedreiging: *"Ik heb ook tegen de deelgemeente gezegd: wat zitten wij dan te doen? Als dat wat wij doen vervangen moet worden door informele netwerken.."*. Uit de literatuur en ons onderzoek komt echter duidelijk naar voren dat informele en formele zorgverlening complementair zijn aan elkaar en dat er nauwelijks sprake is van onderlinge substitutie (van Dijk, Cramm & Nieboer, 2013). Waar informele zorgverleners kunnen voorzien in vertrouwde en flexibele ondersteuning, zijn professionals onmisbaar in het bieden van gespecialiseerde zorg én het bieden van ruggensteun aan informele zorgverleners. Om ervoor te zorgen dat professionals informele zorgverleners in toenemende mate als samenwerkingspartner gaan zien in de zorg en ondersteuning van ouderen, is het van belang dat zij hen erkennen en waarderen in hun rol. Om hieraan bij te dragen zou in de opleiding van professionals aandacht moeten worden besteed aan de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van professionals en informele zorgverleners. Hierbij zou bovendien centraal moeten staan hoe professionals het wijknetwerk kunnen versterken, ondersteunen en borgen.

Naast de barrières in samenwerking met het informele netwerk, laat ons onderzoek zien dat samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties (zoals tussen zorg en welzijn) ook niet vanzelfsprekend is. Hoewel professionals erg veel waarde hechten aan de behoeften en het welzijn van de cliënt, geven zij tegelijkertijd aan dat de (financiële) belangen van de organisatie samenwerking in de weg staan: *“ik denk dat er nog teveel mensen zijn die denken van ja, ok even mijn eigen toko, eigen productie, zus en zo, maar kijken uiteindelijk niet meer naar die klant: hoe is die klant ermee geholpen?”*. De focus op het verhogen van productie en inkomsten van de organisatie zorgt er daarnaast voor dat organisaties minder kritisch worden in de afweging welke doelgroep en hulpvraag past bij hun expertise. Een adjunct-directeur van een welzijnsorganisatie licht dit toe: *“Kijk je ziet aan de ene kant dat partijen overal bij willen zijn, want in perioden van schaarste wil je het liefst vooraan lopen en kijken waar de kansen liggen. En misschien ook niet zo kritisch durven zijn, dit wel en dit niet”*. Dit heeft als gevolg dat verschillende organisaties in een wijk geneigd zijn projecten en diensten in de wijk te initiëren die qua doelstellingen overlappen. Hiermee profileren en ontwikkelen zorg- en welzijnsorganisaties zich minder duidelijk op hun kernkwaliteiten, waardoor zij hun onderscheidende waarde riskeren te verliezen. Dit werkt zowel verwarrend voor professionals zelf, alsook voor klanten en buurtbewoners. Bovendien werkt dit concurrentiegevoelens in de hand omdat het gevoel ontstaat dat men in dezelfde vijver vist. Indien echter duidelijk is dat verschillende partners binnen zorg en welzijn van aanvullende waarde zijn aan elkaar, wordt de veelzijdige expertise die een multidisciplinair team kan bieden ook beter benut. Om samenwerking tussen professionals verder te stimuleren, is het van belang dat zij elkaar gemakkelijk kunnen vinden. Vaak helpt het in dat opzicht wanneer professionals samen gehuisvest zijn in hetzelfde gebouw (zoals een gezondheidscentrum), maar ook het ontmoeten van elkaar tijdens (actiegerichte) lokale overleggen en bijeenkomsten op het gebied van zorg en welzijn draagt hieraan bij (van Dijk, Cramm & Nieboer, 2013; van Dijk et al., 2013).

### *Barrières voor de spullen*

Binnen het Even Buurten project zijn ook op uitvoerend niveau een aantal specifieke opmerkingen te plaatsen bij mogelijke barrières binnen een integrale wijkaanpak. De werkzaamheden van een spil – of van een vergelijkbare functie– zijn heel veelzijdig; naast het signaleren en ondersteunen van kwetsbare ouderen, dienen spullen zowel binnen het informele als formele netwerk contacten te leggen en onderlinge samenwerking te stimuleren. De diversiteit en complexiteit van deze werkzaamheden vereist dan ook veel vaardigheden en inzet van professionals in een dergelijke functie. Om genoeg aandacht te hebben voor deze vaardigheden en hierin verder te kunnen ontwikkelen is het van belang dat professionals voldoende ureninzet hebben en deze functie –gezien

het belang van continuïteit– gedurende langere tijd kunnen vervullen. Daarnaast blijkt het, zoals in het vorige hoofdstuk ook naar voren kwam, vaak lastig om deze werkzaamheden te combineren met een andere baan. Naast het moeten schakelen tussen de verschillende functies, kunnen deze onderling ook conflicteren met elkaar. Waar een spil zich kenmerkt door het kunnen bieden van ‘belangeloze’ ondersteuning aan ouderen, vragen andere functies soms om een meer commerciële houding. Voor professionals die een dergelijke functie gaan uitvoeren, is het daarnaast van groot belang dat zij zich gesteund voelen door hun organisatie en management. Zeker ook gezien de innovatieve aard van de functie, hebben professionals behoefte om te worden erkend in de uitdagingen die dat met zich meebrengt en hierover kunnen sparren binnen de organisatie. Bovendien zouden organisaties kunnen leren van de kennis en ervaringen die professionals met een dergelijke aanpak opdoen. Omdat spullen vooral buiten de (fysieke) grenzen van de organisatie werkzaam zijn, kunnen zij zich losgezongen voelen van de organisatie en een teamgevoel missen. Het is dan ook belangrijk dat professionals in een dergelijke functie elkaar tijdens opleidingsbijeenkomsten, intervisiebijeenkomsten en/of informele bijeenkomsten kunnen ontmoeten, adviseren en bemoedigen.

Het wegnemen of beperken van financiële schotten wordt door veel professionals aangehaald als belangrijke voorwaarde voor samenwerking. Door het bestaan van gescheiden financieringsstromen ervaren professionals weinig incentives om samen te werken en worden zij vooral gestimuleerd te voldoen aan de output die de organisatie van hen vereist. Wijkgerichte projecten als Even Buurten nemen deze financieringsschotten weg, waardoor samenwerking wordt bevorderd: *“Het leuke is dat ik laatst ook een klant doorkreeg via de huishoudelijke hulp van Humanitas. Omdat we allemaal ons eigen gebied hebben vallen de grenzen van de organisaties weg en kun je makkelijk klanten doorverwijzen”*. Helaas zijn dergelijke wijkgerichte aanpakken echter vaak gestoeld op tijdelijke financiering waardoor de opgebouwde wijknetwerken niet worden geborgd. Door de financiering op structurele wijze meer wijkgericht en sectoroverstijgend te organiseren, wordt samenwerking tussen professionals ook meer afgedwongen. Binnen een wijkgerichte financiering zal eerder een gedeelde verantwoordelijkheid ontstaan voor het welzijn van ouderen (of andere (kwetsbare) groepen). Hierbij is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid om te coördineren ook gezamenlijk gedeeld wordt. De spil heeft een coördinerende taak, maar kan niet eenzijdig voor goede afstemming zorgen. Zo wordt samenwerking bevorderd en wordt voorkomen dat professionals verantwoordelijkheden op elkaar afschuiven.

Gezien de snelheid en omvang van de huidige hervormingen in de langdurige zorg is het daarnaast van groot belang te monitoren. Nu gemeenten in toenemende mate verantwoordelijk worden voor

de ondersteuning van kwetsbare groepen en zij daarbij de ruimte krijgen dit op eigen wijze invulling te geven, is het nodig om kritisch te volgen welke consequenties deze ontwikkelingen hebben voor organisaties, buurten en verschillende groepen burgers. Alleen wanneer deze ontwikkelingen en de uitwerkingen daarvan goed worden gemonitord, kan worden geleerd en bijgestuurd en kan bovendien worden voorkomen dat grote verschillen gaan ontstaan in de zorg en ondersteuning die hulpbehoevenden ontvangen.



## Conclusie en discussie

Doel van deze rapportage over de tussentijdse bevindingen van de evaluatie is i) inzicht geven in de relaties tussen kenmerken van ouderen zoals, geslacht, opleidingsniveau, etnische achtergrond, kwetsbaarheid en welzijn en buurtkenmerken zoals sociale cohesie, veiligheid en kwaliteit van de buurt, ii) de behoeften van (kwetsbare) ouderen beschrijven als het gaat om hun fysieke en sociale omgeving, iii) inventariseren in hoeverre een integrale wijkaanpak als Even Buurten bijdraagt aan de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen, iv) nagaan wat de kosten en baten zijn van de inzet van spullen in de buurt, v) beschrijven wat de ervaringen van de spullen zijn in het Even Buurten project en vi) rapporteren welke barrières er zijn bij deze wijkgerichte aanpak.

### *Het belang van de buurt*

Uit ons onderzoek komt duidelijk naar voren dat onderlinge relaties en verbondenheid tussen buurtbewoners in de wijk een positieve bijdrage leveren aan het welzijn en de kwetsbaarheid van ouderen (Cramm et al., 2012; Cramm & Nieboer, 2012). Gezien de huidige hervormingen maken veel (kwetsbare) ouderen zich zorgen over de toekomst. Door onderlinge relaties en verbondenheid tussen buurtbewoners, waarbij zij elkaar in de gaten houden en ondersteunen, nemen deze zorgen mogelijk af (Wiles et al., 2011). Op deze manier kunnen relaties tussen buurtbewoners de negatieve gevolgen van ouder worden, zoals toenemende afhankelijkheid en achteruitgang in fysiek functioneren, beperken (Baltes & Baltes, 1990). Wijkgerichte aanpakken als Even Buurten die juist gericht zijn op het versterken van sociale netwerken in de buurt kunnen hiervoor een belangrijk instrument zijn. We zien in ons onderzoek ook dat het sociaal kapitaal en de sociale cohesie in een buurt beschermen tegen nadelige gevolgen van alleenstaand zijn of het hebben van een lager inkomen. Dit geldt ook voor de kans op kwetsbaarheid onder ouderen; de buurtkenmerken veiligheid, sterkere sociale cohesie in de buurt en je 'thuis' voelen in de buurt verlagen het risico op kwetsbaarheid onder ouderen (Cramm et al., 2012). Gezien het belang van sociale cohesie voor zowel kwetsbaarheid als welzijn van ouderen, is daarnaast onderzocht hoe sociale cohesie in buurten kan worden versterkt. Ervaren veiligheid in de buurt blijkt een belangrijke voorspeller van sociale cohesie. Deze resultaten onderstrepen de noodzaak voor gemeenten om te investeren in het bevorderen van de veiligheid en kwaliteit van de buurt (van Dijk et al., ingediend).



### *De ideale buurt*

Om de behoeften van (kwetsbare) ouderen ten aanzien van hun fysieke en sociale omgeving beter te kunnen duiden en beschrijven, hebben wij hen gevraagd hoe hun ideale buurt eruit ziet om ouder in te worden. Hierover blijken zowel onder kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen verschillende visies te bestaan. (Kwetsbare) ouderen verschillen echter niet in hun sterke behoefte onafhankelijk te zijn van anderen en over voldoende autonomie te beschikken. Zij geven aan dat (zorg)voorzieningen op loopafstand hiervoor bijvoorbeeld van belang zijn, zodat ze zichzelf van de meest basale behoeften kunnen voorzien (zoals het halen van boodschappen en het bezoeken van de huisarts en apotheek). Ook het belang van een veilige buurt en goed openbaar vervoer komen duidelijk naar voren. De invulling van deze thema's verschillen echter wel per persoon en mate van kwetsbaarheid. Dit sluit aan bij bevindingen van eerder onderzoek waarin wij de voorkeuren van ouderen inventariseerden (Nieboer, Koolman & Stolk, 2010). Het is dus belangrijk om zowel kwetsbare als niet-kwetsbare ouderen op wijkniveau te consulteren in de behoeften die zij hebben ten aanzien van hun fysieke en sociale omgeving.

### *Effectiviteit en doelmatigheid*

Kijkend naar de effectiviteit van het Even Buurten project zien we nog geen verandering in zorggebruik en kwaliteit van leven. Ook zien we nog geen verschil in de verandering van kwaliteit van leven en zorggebruik tussen de interventie- en controlegroep. Winsten in (kosten)effectiviteit bij projecten met een wijkgerichte aanpak als Even Buurten worden echter pas na langere termijn zichtbaar (Nieboer, Lötters & Cramm, 2013; Cramm & Nieboer, 2013).

De kosten van de spellen bedragen gemiddeld € 265,- per cliënt per jaar. De spel besteedt gemiddeld 8,5 uur aan cliëntgebonden activiteiten, waarvan 7,5% bestaat uit reistijd. Gezien de kleine onderzoekspopulatie, mate van spreiding en onzekerheid van resultaten is de validiteit van de bevindingen van de tussentijdse bevindingen beperkt. Wanneer we over de gegevens van de totale populatie beschikken kunnen hardere conclusies worden getrokken.

### *Ervaringen spellen*

Het onderzoek onder de spellen van Even Buurten liet zien dat zij tevreden zijn over hun werkzaamheden. Relatief gezien zijn zij het meest tevreden over hun bereikbaarheid en professionaliteit en het minst tevreden over hun effectiviteit, zichtbaarheid en de verbinding die ze maken tussen de gezondheidszorg, in het bijzonder de eerste lijn en het sociaal maatschappelijke domein. Uit eerder onderzoek onder Zichtbare Schakels kwamen vergelijkbare bevindingen naar

voren (Nieboer, Lötters & Cramm, 2013). De resultaten lieten verder zien dat spullen soms nog moeite hebben met het (eerder) opsporen van kwetsbare ouderen (vroegsignalering), aangezien het hen veel tijd kost om het vertrouwen van kwetsbare ouderen te winnen. Ook eerder onderzoek laat zien dat het winnen van vertrouwen, met name bij zeer geïsoleerde ouderen, veel tijd kost en een belangrijk aandachtspunt is (Machielse & Hortulanus 2011). Wat betreft de tevredenheid met de samenwerking met het (in)formele netwerk, werd duidelijk dat spullen het meest tevreden zijn over hun samenwerking met welzijnsmedewerkers, gevolgd door medewerkers uit de zorg, en zij zijn wat minder positief over de samenwerking met informele zorgverleners. Opvallende bevinding is dat de barrières in de samenwerking met het formele netwerk groter zijn dan de barrières in de samenwerking met het informele netwerk. Kijkend naar het draagvlak voor hun werkzaamheden als spil is ook naar ondersteuning vanuit het management van de organisatie gevraagd. Een meerderheid van de spullen geeft daarbij aan dat er (soms) nog geen goede ondersteuning is door het management van hun organisatie om hun taken als spil uit te voeren. Hoewel het management van zorg- en welzijnsorganisaties het belang van een dergelijke werkwijze lijken te onderschrijven, voelen professionals op uitvoerend niveau zich niet altijd voldoende gesteund. Deze bevinding vraagt om aandacht, aangezien eerder onderzoek laat zien dat leiderschap en ondersteuning door het management bijdragen aan effectiviteit en borging van innovatieve projecten in de gemeente (Cramm, Phaff & Nieboer, 2013). Daarnaast blijken leiderschap en ondersteuning vanuit het management en de organisatie een belangrijke rol te spelen bij het bevorderen van een innovatieve cultuur (Nieboer & Strating, 2012; Cramm et al., 2013). Aangezien wijkgerichte aanpakken als Even Buurten bij uitstek een innovatieve cultuur vereisen, is de behoefte aan bewogen leiderschap en ondersteuning vanuit het management en de organisatie groot.

#### *Barrières binnen een wijkgerichte aanpak*

Het succes van een wijkgerichte aanpak als Even Buurten is sterk afhankelijk van een integraal formeel én informeel ondersteunend netwerk in de buurt, waarbij partners op het gebied van preventie, cure, care, welzijn en wonen goed met elkaar samenwerken van signalering tot zorgverlening. In ons onderzoek kwam naar voren dat het informele netwerk momenteel nog onvoldoende wordt benut. Bij ouderen lijkt een maatschappelijke omwenteling nodig te zijn waarbij het gevoel van 'recht hebben op' zorg en ondersteuning afneemt. Voor professionals is hierin tevens een belangrijke taak weggelegd; door ouderen bewust te maken van de huidige hervormingen en hen te betrekken bij de noodzaak van informele ondersteuning, kunnen zij beter worden ondersteund. In lijn met eerdere bevindingen (Hoad, 2002), liet ons onderzoek zien dat professionals ook barrières ervaren in de samenwerking met het informele netwerk. Het gebrek aan vertrouwen

in de deskundigheid en betrouwbaarheid van informele hulpverleners ligt hieraan deels ten grondslag. Eerder onderzoek liet echter zien dat informele en formele zorgverlening complementair zijn aan elkaar en dat er nauwelijks sprake is van onderlinge substitutie (van Dijk, Cramm & Nieboer, 2013; Wenger et al., 2011). Het is dan ook van belang dat professionals de complementaire rol van informele hulpverleners meer gaan erkennen en benutten.

Ook binnen het formele netwerk wordt nog onvoldoende samengewerkt. Door de druk op het verhogen van inkomsten hebben zorg- en welzijnsorganisaties soms de neiging hun werkveld te verbreden. Niet alleen zorgt dit voor verwarring onder klanten en professionals; het werkt bovendien concurrentiegevoelens in de hand. Indien duidelijk is dat verschillende partners binnen zorg en welzijn van aanvullende waarde zijn aan elkaar, wordt de veelzijdige expertise die een multidisciplinair team kan bieden ook beter benut. Om samenwerking verder te bevorderen dient de interactie tussen professionals met verschillende disciplines te worden gestimuleerd. Dit kan door professionals samen te huisvesten of door het beleggen van (actiegerichte) formele en informele overleggen op wijkniveau. Aangezien de continuïteit van relaties zowel voor ouderen als professionals heel essentieel is voor goede samenwerking, is het tevens belangrijk dat professionals die een wijkgerichte functie gaan vervullen dit voor langere tijd kunnen doen zodat wijknetwerken worden geborgd.

Gezien de decentralisaties in de langdurige zorg bevinden zorg- en welzijnsorganisaties zich in een dynamische en complexe omgeving. Zorg- en welzijnsorganisaties ondervinden bijvoorbeeld grote gevolgen van de gebiedsgerichte aanbesteding van de Gemeente Rotterdam. De nadruk op het verhogen van de productie en inkomsten dragen verder bij aan een competitieve sfeer. Eerder onderzoek laat zien dat een dynamische en competitieve omgeving schadelijk is voor een innovatieve cultuur (Nieboer & Strating, 2011). Indien organisaties worden geconfronteerd met een turbulente omgeving waarin zich grote veranderingen voltrekken, blijkt de onrust die dat veroorzaakt en de aandacht die dat vergt innovatie in de weg te staan (Nieboer & Strating, 2012). Hoewel wijkgerichte aanpakken als Even Buurten een belangrijke innovatieve bijdrage kunnen leveren aan het overbruggen van (financiële) schotten tussen organisaties, oefent de dynamiek van de ontwikkelingen in de langdurige zorg hierop druk uit.

Om samenwerking te bevorderen is het van belang dat financiering op structurele wijze wijkgericht en sectoroverstijgend wordt georganiseerd. Binnen een wijkgerichte financiering zal naar verwachting eerder een gedeelde verantwoordelijkheid ontstaan voor het welzijn van ouderen (of andere (kwetsbare) groepen). Hierbij dient de coördinatie een gezamenlijke verantwoordelijkheid te zijn. Gezien de snelheid en omvang van de huidige hervormingen in de langdurige zorg is het tot slot

van belang te monitoren. Hiermee kan zicht worden verkregen op de consequenties die de hervormingen met zich meebrengen voor organisaties, buurten en burgers. Het monitoren van de veranderingen kan de transitie bovendien positief beïnvloeden (Strating, Nieboer, Zuiderent, Bal, 2011). En alleen door te monitoren kunnen ongelijkheden in de zorg en ondersteuning worden gesignaleerd en bijgestuurd.



## Referenties

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes MM (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

Boer, A. de (red.) (2005). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Cramm, J.M., Dijk, H.M. van & Nieboer, A.P. (2013). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well-being of older adults in the community. *The gerontologist*, 53(1), 142-52.

Cramm, J.M., Dijk, H.M. van, Lötters, F., van Exel, J. & Nieboer, A.P. (2011). Evaluating an Integrated Neighbourhood Approach to improve well-being of frail elderly in a Dutch community: a study protocol. *BMC Research Notes*, 4, 532.

Cramm, J.M., Dijk, H.M. van & Nieboer, A.P. (2013). Het belang van sociale cohesie en sociaal kapitaal in de buurt voor het welzijn van ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 44 (2), 50-58.

Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2012). Relationships between frailty, neighbourhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatrics and Gerontology International*. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00967.x.

Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). *Het belang van zorg en ondersteuning door Zichtbare schakels voor de kwaliteit van leven van kwetsbare cliënten in Vlaardingen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidswetenschappen (SMW).

Cramm, J.M., Phaff, S., & Nieboer, A.P. (2013). The role of partnership functioning and synergy in achieving sustainability of innovative programmes in community care. *Health and Social Care in the Community*, 21(2), 209–215.

Cramm, J.M., Strating, M.M.H., Bal, R., & Nieboer, A.P. (2013). A large-scale longitudinal study indicating the importance of perceived effectiveness, organizational and management support for innovative culture. *Social Science & Medicine*, 83, 119-124. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.017>.

Dijk, H.M. van, Cramm, J.M., Goumans, M., Brix, A., Bakker, S. & Nieboer, A.P. (2013). Klinische les: Belang van ondersteunende netwerken voor ouderen. Geaccepteerd in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Dijk, H.M. van, Cramm, J.M. & Nieboer, A.P (2013). Social cohesion as perceived by community-dwelling older people: The role of individual and neighbourhood characteristics. Ingediend bij: *Journal of Ageing and Later Life*.

Dijk, H.M. van, Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2013). The experiences of neighbour, volunteer and professional support-givers in supporting community dwelling older people. *Health and Social Care in the Community*, 21(2), 150–158.

- Dijk, H.M. van, Cramm, J.M., Exel, J. van & Nieboer, A.P (2013). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. Ingediend bij: *Social Science & Medicine*.
- Gardner, P. J. (2011) Natural Neighborhood Networks – Important social networks in the public lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies*, 25, 236-271.
- Gobbens, R.J., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. & Schols, J.M. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*, 14(3), 175-181.
- Hakkaart-van Royen, L., Tan, S.S., Bouwman, C.A.M. (2010) geactualiseerde versie. *Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en standaardkostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. CVZ: Amstelveen.
- Hoad, P. (2002) Drawing the line: the boundaries of volunteering in the community care of older people. *Health and Social Care in the Community*, 10, 239–246.
- Machielse, A. & Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse Aanpak*. Amsterdam: SWP.
- McPherson, M., Smith-Loving, L. and Brashears. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71, 353-375.
- Nieboer, A.P., Koolman, X., Stolk, E.A. (2010). Preferences for long-term care services: willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1317-1325.
- Nieboer, A.P., Lötters, F. & Cramm, J.M. (2013). *De wijkverpleegkundige als Zichtbare Schakel in de wijk in Rotterdam*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidswetenschappen (SMW).
- Nieboer, A.P. & Strating, M. H. (2012). Innovative culture in long-term health care settings: The influence of organizational characteristics. *Health Care Management Review*, 37(2), 165-174.
- Oh, J-H. & Kim, S. (2009). Aging, neighbourhood attachment, and fear of crime: testing reciprocal effects. *Journal of Community Psychology*, 37(1), 21-40.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. & Verbrugge, L.M. (1999). Subjective well-being and social production functions. *Soc Ind Res*, 46, 61-90.
- Shaw, B.A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *Journals of Gerontology; Social Sciences*, 62B, 90-99.
- Strating, M., Nieboer, A.P., Zuiderent, T., Bal, R. (2011). Creating effective quality improvement collaboratives: a multiple case study. *BMJ Quality and Safety in Health Care*, 20(4):344-350.
- The European Commission (2011). Guidance paper for the steering group of the pilot European innovation partnership on active and healthy ageing. Geraadpleegd op 30 mei 2013, van [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthyageing/steering-group/guidance\\_paper.pdf#view=fit&pagemode=none](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthyageing/steering-group/guidance_paper.pdf#view=fit&pagemode=none).

VWS (2013). *Kamerbrief hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS (2012). *Beleidsbrief Mantelzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS (DMO/SSO-3110260).

Wenger, G.C., Burholt, V. & Scott, A. (2001). *The Ageing Process: The Bangor Longitudinal Study of Ageing 1979–1999*. Wales: Centre for Social Policy Research and Development, Institute of Medical and Social Care.

Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R.E.S. (2011). The meaning of “ageing in place” to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357–366.



## Appendix 1: Definities van begrippen

Begrippen	Toelichting
Lage opleiding	Zes klassen lagere school of minder
Sociaal functioneren	De mate waarin de gezondheid het ondernemen van sociale activiteiten (zoals bezoek van vrienden of familie) belemmert
Sociaal kapitaal	Omvat vragen gerelateerd aan structurele (participatie in organisaties en groepen) en cognitieve (bijvoorbeeld het gevoel ergens thuis te horen, vertrouwen, sociale harmonie) individuele hulpbronnen.
Welzijn	De perceptie van de kwaliteit van leven op fysiek (comfort en stimulatie) en sociaal (gedragsbevestiging, affectie en status) vlak
Kwetsbaarheid	Kwetsbaarheid in het lichamelijke (bijvoorbeeld moeite met lopen, horen en zien), psychische (bijvoorbeeld vergeetachtigheid en somberheid) en sociale domein (bijvoorbeeld eenzaamheid)
Sociale cohesie	Verwijst naar de onderlinge relaties tussen buren, uitgedrukt in het onderlinge vertrouwen, gemeenschappelijke waarden en de onderlinge hulpbereidheid
Kwaliteit van de buurt	De ervaren mate van veiligheid, adequate voorzieningen (goede verlichting, openbaar vervoer en openbare gelegenheden) en sociale samenhang in de buurt
Veiligheid in de buurt	De mate waarin de buurt als veilig, vredig, rustig, netjes en ruim opgezet wordt ervaren
Vrijwilligerswerk	Informeel (ongeorganiseerd) en onbetaald werk
Burenhulp	Regelmatige hulp (meer dan 1 keer per maand) aan buren zoals hulp bij klusjes in huis, boodschappen en vervoer

## Appendix 2: overzicht uitkomstmaten effectevaluatie ouderen en mantelzorgers

Uitkomstmaten ouderen	Instrument	Items
<b>Kwaliteit van Leven</b>		
Short Form 20 (SF-20)	Gevalideerde vragenlijst	20 items
EuroQol (EQ-6D)	Gevalideerde vragenlijst	6 items
Visueel Analoge Schaal (VAS)	Gevalideerde vragenlijst	1 item
Welzijn (SPF_IL)	Gevalideerde vragenlijst	15 items
<b>Gezondheidsuitkomsten, functioneren en vaardigheden</b>		
Cognitief functioneren	Gevalideerde vragenlijst	6 items
Zelfredzaamheid (Katz Index)(ADL)	Gevalideerde vragenlijst	15 items
Zelfmanagement vaardigheden (SMAS-S)		
<b>Gezondheidsgedrag</b>		
Rookgedrag	Gevalideerde vragenlijst	3 items
Fysieke activiteit	Gevalideerde vragenlijst	1 item
<b>Zorggebruik</b>		
Zorggebruik	Gevalideerde vragenlijst	18 items
<b>Ervaringen in de buurt</b>		
Sociale cohesie	Gevalideerde vragenlijst	15 items
Index voor de kwaliteit van de buurt	Gevalideerde vragenlijst	15 items
<b>Sociale bronnen</b>		
Sociale steun index	Gevalideerde vragenlijst	20 items
Sociale relaties index	Gevalideerde vragenlijst	5 items
Sociale steun van partner/kinderen/ nabije familie en vrienden/buren	Gevalideerde vragenlijst	6 items
Sociaal kapitaal	Gevalideerde vragenlijst	9 items
Sociale participatie	Gevalideerde vragenlijst	2 items
<b>Uitkomstmaten mantelzorgers</b>		
<b>Kwaliteit van Leven</b>		
Short Form 20 (SF-20)	Gevalideerde vragenlijst	20 items
CarerQoL-7D	Gevalideerde vragenlijst	7 items
CarerQoL-VAS	Gevalideerde vragenlijst	1 item
Welzijn (SPF_IL)	Gevalideerde vragenlijst	15 items
<b>Gezondheidsuitkomsten</b>		
Zelfredzaamheid (Katz Index)(ADL)	Gevalideerde vragenlijst	15 items
<b>Ervaringen mantelzorg</b>		
Beperkingen in productieve activiteiten (ARS)	Gevalideerde vragenlijst	10 items
Belasting mantelzorg(CSI+)	Gevalideerde vragenlijst	18 items
Gepercipieerde draaglast	Gevalideerde vragenlijst	1 items
<b>Zorggebruik</b>		
Zorggebruik	Gevalideerde vragenlijst	14 items
<b>Sociale bronnen</b>		
Sociale steun	Gevalideerde vragenlijst	6 items
<b>Proces indicatoren</b>		
Partnership Self-Assessment Tool Short version (PSAT-S)	Gevalideerde vragenlijst	24 items
Relationele coördinatie vragenlijst	Gevalideerde vragenlijst	7 items
Kosten van de interventie en andere directe kosten	Tijdregistratie	



Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam

Postadres  
Postbus 1738  
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555  
Internet [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)  
E-mail [research@bmg.eur.nl](mailto:research@bmg.eur.nl)

ISBN 978-94-90420-44-4